

CSM: ANALISI DEI DISSERVIZI DI UN SERVIZIO SANITARIO

La Psicologia del lavoro (e le terapie alternative) al servizio della Psichiatria

INDICE:

Premessa

Il processo di problem solving psichiatrico

1. Problem finding: intercettare il disagio di pazienti e personale. Rilevazioni strutturali sul CSM

- Caso I: ma che freddo fa... in questa oscurità
- Implicazioni sanitarie, etiche e pragmatiche
- Benessere organizzativo
- Rilevazioni funzionali della sezione degenze del CSM
- Caso II: la disattenzione è la peggior "malattia"

2. Problem setting: definire il problema

3. Problem analysis: dallo spazio problema allo spazio soluzione

- Modello Multifattoriale
- Tabella di analisi dello stato attuale e dello stato desiderato
- Modello S.C.O.R.E.

4. Problem solving: riorganizzazione dei processi lavorativi

5. e 6. Decision making e Decision taking: decidere cosa fare e come attuare la decisione

Le terapie alternative

Quale futuro per la Psichiatria italiana?

- La possibile realizzazione di una utopia: progetto per una Psichiatria olistica

Conclusioni

Bibliografia

Sitografia

Altre letture su HT

Premessa

Sono una Psicologa che si riconosce nel modello antipsichiatrico di matrice basagliana, diffuso in Italia da ormai cinquant'anni.

Era infatti il 1961 quando tutto iniziò a Gorizia e, diciassette anni dopo, le lotte combattute dallo Psichiatra veneziano produssero la chiusura dei manicomi a seguito dell'approvazione della legge 180, più nota come **Legge Basaglia**.

Per quanto la legge abbia compiuto passi enormi nella sua attuazione, molto ancora resta da fare.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Nel nostro Paese il modello basagliano trova applicazioni eterogenee, per cui contiamo regioni virtuose che hanno organizzato i servizi sulla scia di quanto previsto dalla legge e altre invece che ancora si attardano in questo senso.

Purtroppo ho esperienza diretta dei disservizi del sistema che gravano su persone già sofferenti rallentandone, se non impedendone, i processi di guarigione.

In questo testo oltre a "denunciare" le carenze e i limiti che ho incontrato - meglio dire in cui mi sono scontrata - personalmente, voglio evidenziare la necessità di sviluppare ulteriormente i processi operativi, all'interno dei servizi psichiatrici, attraverso gli strumenti della Psicologia del lavoro e delle terapie alternative, per favorire il benessere dei pazienti e degli operatori.

La formazione universitaria con il professor **Giuseppe Dell'Acqua**, collaboratore di Basaglia ed ex Direttore del Distretto di Salute Mentale di Trieste; il contatto diretto con le modalità di gestione di un Centro di Salute Mentale italiano, in quanto parente di un paziente in cura; il contesto culturale familiare in cui sono cresciuta, impregnato dalle riflessioni basagliane (per conoscenza personale da parte dei miei genitori del dottor Basaglia e del suo staff ai tempi dell'esperienza goriziana), e infine la partecipazione a convegni e riunioni operative sull'abuso degli psicofarmaci e sulle terapie alternative, mi hanno consentito di integrare molte informazioni sui meriti della rivoluzione promossa da *Franco Basaglia*.

L'esperienza professionale nell'ambito dei contesti organizzativi complessi, propri delle pubbliche amministrazioni, mi ha permesso inoltre di riscontrare alcune criticità nell'attuale applicazione del modello originario.

L'ipotesi che vorrei proporre è che non sia il modello a essere inadeguato ma che, invece, sia il modo in cui è applicato a richiedere una rivisitazione complessiva.

Dare forma al sogno di una Psichiatria più umana ed efficace attraverso l'unione armonica di punti di vista differenti - pazienti e famiglie da un lato, società psichiatrica dall'altro - con la mediazione di Psicologi formati professionalmente e umanamente per raccordare le due diverse, e a volte antitetiche, prospettive esistenziali in un progetto volto al miglioramento del benessere individuale e collettivo.

Questo articolo vuole essere l'incipit per la realizzazione di una visione futurista.

Il processo di problem solving psichiatrico

Prima di essere una Psicologa, sono una parente di un paziente di un CSM italiano, per questo motivo ho potuto osservare da utente il servizio offerto ai malati psichiatrici.

Semplicemente passeggiando per gli stabili adibiti alla cura e ascoltando il personale e i familiari dei pazienti - che liberamente esprimevano le proprie opinioni sull'organizzazione del lavoro - ho riscontrato una serie di **anomalie strutturali e funzionali** che necessiterebbero di un monitoraggio e di una supervisione costanti ai fini del mantenimento della qualità del servizio erogato.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Il mio *modus operandi* nel lavoro e nella vita è basato sul processo di *problem solving* che è costituito da una sequenza di atteggiamenti e comportamenti, finalizzati alla scoperta di soluzioni alternative in situazioni critiche, quali:

1. **Problem finding**: rendersi conto del disagio.
2. **Problem setting**: definire il problema.
3. **Problem analysis**: scomporre il problema principale in problemi secondari.
4. **Problem solving**: eliminare le cause e rispondere alle domande poste dal problema.
5. **Decision making**: decidere come agire in base alle risposte ottenute.
6. **Decision taking**: passare all'azione.

Per questo motivo riporterò i fatti e le osservazioni in modo quanto più oggettivo possibile. Per onestà intellettuale, devo però precisare che quanto descritto sarà comunque filtrato non solo dagli occhi del professionista Psicologo ma anche della figlia preoccupata per il servizio fornito al padre.

Cercherò, tuttavia, di ottimizzare questa duplice condizione nella quale mi trovo, per integrare il punto di vista degli addetti ai lavori con quello dell'utenza. Inizierò, quindi, con una descrizione degli avvenimenti, di cui sono stata testimone, suddividendoli in due categorie di contenuto: **caratteristiche strutturali e funzionali di un CSM italiano**.

Riporterò inoltre, a titolo esemplificativo, alcuni casi osservati. Continuerò con un'analisi delle cause delle criticità rilevate, scomponendo il problema principale in sotto-problemi, al fine di ipotizzare alcune risposte operative, importate da altre strutture pubbliche italiane, non necessariamente appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale.

1. Problem finding: intercettare il disagio di pazienti e personale.

Rilevazioni strutturali sul CSM

Di seguito riporto le criticità strutturali rilevate:

- **Vetustà della struttura del servizio psichiatrico.**
Le vetrate delle porte d'ingresso all'atrio sono rotte, parimenti a quelle delle porte rivolte sulla tromba delle scale che collega al piano terra dell'edificio.
L'**illuminazione** esterna e interna è **inadeguata**, non ergonomica (effetto luci al neon), improvvisata (piccole lampade da tavolo appoggiate a terra nelle stanze), se non addirittura fuori uso. Le persone che entrano ed escono dal CSM di sera rischiano di cadere dalle scale perché i lampioni nell'atrio sono bruciati da mesi. Le prese della corrente nelle stanze non sono tutte funzionanti e, in alcuni casi, i cavi degli apparecchi elettrici sono sospesi nell'aria perché gli attacchi della corrente sono collocati a due metri e mezzo di altezza.
Riscaldamento guasto per mesi, con impossibilità di usufruire di acqua calda oltre che di spazi temperati. Gli **arredi della sezione degenti** sono **rotti, sporchi e scarsi**.
Manca l'impianto di climatizzazione. Corsie austere e buie che necessitano di un restyling in chiave moderna che vada oltre la tinteggiatura policromatica delle porte di accesso alle stanze. Tre piani dello stabile sono abbandonati perché obsoleti e inadatti a ospitare strutture sanitarie.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

- La mancanza di montascale all'ingresso rende **impossibile l'accesso a pazienti o parenti** dei ricoverati **affetti da disabilità**.
- Il giardino antistante **non è attrezzato per l'accoglienza dei degenti e dei familiari**. La mancanza di supporti dove sedersi, ad esempio, comporta che i pazienti utilizzino le panchine alla vicina fermata dell'autobus, essendo quindi costretti a uscire dalla struttura di accoglienza.
- La **mancanza di** panche e seggiole nell'atrio d'ingresso, dove è presente la macchinetta del caffè o in altri locali comuni, impedisce ai parenti dei pazienti di avere **un luogo dove potersi riunire** assieme ai loro familiari.
- Mancanza di **una "sala musica e relax"** parallelamente alla stanza della tv.
- **Disomogeneità tra la sezione accoglienza diurna e la sezione degenze**: arredi e spazi più curati nella prima, **degrado** nella seconda.
A questo riguardo va segnalato il benevolo intervento di un'associazione dei familiari dei pazienti che, dopo aver raccolto i fondi necessari, ha regalato un nuovo divano alla struttura da inserire nella sala comune per compensare, almeno parzialmente, gli arredi che risultavano insufficienti e, in alcuni casi, fatiscenti.

L'ambiente così com'è organizzato, a mio parere, **non stimola la guarigione** ma può, al contrario, essere un fattore coadiuvante degli stati depressivi.

Avendo condiviso queste riflessioni con il Direttore del CSM e con il Direttore Sanitario, la risposta scontata che ho ricevuto è stata che il reparto doveva essere trasferito e che, per questo motivo, non erano stati eseguiti lavori di ristrutturazione poiché antieconomici.

Le condizioni di degrado, tuttavia, permangono ormai da più di dieci anni e rimane il fatto che un malato di cuore non sarebbe curato in queste condizioni.

Allora, perché il paziente affetto da disturbo mentale deve essere trattato diversamente?

Confrontando il reparto di Cardiologia, sezione di Terapia intensiva, con il CSM dell'Azienda Sanitaria ho visto e percepito, con i miei sensi, la differenza: clinica privata svizzera *versus* ghetto medioevale.

Il reparto, in ultima analisi, avrebbe dovuto essere trasferito già da qualche tempo, in una struttura adeguata alle esigenze dei pazienti che, dati i disturbi da cui sono affetti, hanno **bisogno di un ambiente** accogliente e confortevole che li faccia sentire protetti e **accuditi con cura e compassione**, invece che "ammalati di seconda categoria", esattamente come avrebbe voluto Franco Basaglia.

Il progetto per la ristrutturazione dello stabile, dove il CSM avrebbe dovuto essere, è **pronto ormai da sei anni**. Sono già stati stanziati e spesi molti soldi per l'avvio dei lavori, ma ci vorranno almeno altri quattro anni prima che la struttura sia terminata.

Nel frattempo, a mio avviso, una soluzione alternativa dovrà essere trovata.

«Un buon luogo di cura è un luogo curato e per essere curato deve essere valorizzato come luogo di vita per le persone».

(Ota de Leonardis, Sociologa dell'Università di Milano, Intervento alla "Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo", Trieste, 9 - 13 febbraio 2010)

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Caso I: ma che freddo fa... in questa oscurità

Le amministrazioni comunale, provinciale, sanitaria e universitaria di una città italiana, operando in sinergia, hanno dato vita a una serie di iniziative in onore dell'opera basagliana, terminate con un convegno di due giorni.

In quell'occasione sono state spese molte parole dai rappresentanti politici quali il Sindaco della città, il Presidente della Provincia, i Direttori generale e sanitario dell'Azienda Sanitaria locale nonché il Direttore dell'ateneo, in onore della *rivoluzione psichiatrica*.

In particolare, i Direttori generale e sanitario dell'Azienda Sanitaria, entrambi Psichiatri, hanno rilevato la **modernità dell'approccio basagliano** anche dopo cinquanta anni.

Poco tempo prima dell'organizzazione di questo *tributo alla memoria*, è andato in avaria l'impianto di riscaldamento del CSM della città, perché ubicato in uno stabile vecchio e cadente, ormai abbandonato da tutti gli altri servizi sanitari precedentemente inseriti. Dopo tre mesi risultava ancora fuori servizio, nonostante le petizioni e le lamentele dei dipendenti e del direttore del Centro.

I degenti, quindi, non potevano usufruire dell'acqua calda e di una temperatura ambientale consona ai rigori dell'inverno.

Uno degli strumenti utilizzati nei manicomi, per sedare i pazienti agitati, prima dell'intervento del dottor Basaglia, erano proprio i bagni nell'acqua gelata.

A distanza di cinquanta anni, sono tutti i malati a dover usare l'acqua fredda giacché, se non possono lavarsi autonomamente, sono obbligatoriamente lavati dagli infermieri che, ovviamente, usano l'acqua di cui dispongono: gelata (potrebbe, in effetti, essere riscaldata sul fuoco, usando dei pentoloni, come si faceva una volta, ma questa è una condizione utopistica, credo).

Un'altra anomalia riguardava l'impianto di illuminazione all'ingresso della struttura, che non funzionava sempre da qualche mese, lasciando al buio le persone che - recandosi al Centro di Salute Mentale di sera - dovevano salire due rampe di scale quasi completamente *alla cieca*.

Per risolvere entrambi i problemi a titolo personale - non lavoro infatti per alcuna amministrazione pubblica - ho contattato l'assessore del Comune competente in materia, che ha riportato il problema al Direttore sanitario che, a sua volta, ha dato immediatamente ordine di avviare i lavori di manutenzione.

Il giorno successivo alla telefonata, il riscaldamento veniva così finalmente aggiustato in un paio d'ore e, una settimana dopo, veniva sostituita la lampadina bruciata sulle scale d'ingresso.

È stato quindi necessario che un cittadino comune segnalasse il disservizio alle Autorità affinché si trovasse una soluzione al problema.

Le Istituzioni, forse, avrebbero dovuto ascoltare le segnalazioni del personale medico e infermieristico della struttura e monitorare con maggiore puntualità le condizioni ambientali del reparto di Psichiatria, per valutare se fossero rispettate o meno le norme sanitarie e di sicurezza o, forse, non avrebbero dovuto ignorare il problema di cui erano già a conoscenza.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Implicazioni sanitarie, etiche e pragmatiche

Se non comprendiamo che chiunque possa arrivare, in un momento particolare della propria vita, a manifestare una determinata patologia psichiatrica, esattamente come chiunque possa ammalarsi di una delle altre molteplici malattie, non riusciremo a sviluppare una società etica ma, invece, ci allontaneremo sempre più dal senso di umanità che dovrebbe caratterizzarla.

Possiamo essere d'accordo con queste riflessioni nate cinquanta anni fa oppure no, tuttavia, durante le cerimonie ufficiali saremo costretti a celebrare questi concetti per consolidare l'immagine che vogliamo dare di noi stessi al pubblico che, a sua volta, apprezzerà i contenuti espressi, anche se li considererà utopistici e irrealizzabili ma pur sempre degni di essere vagheggiati.

Il dottor Basaglia aveva sognato un modello psichiatrico diverso, nuovo e assolutamente rivoluzionario che è riuscito a realizzare nonostante tutto e nonostante tutti.

I detrattori diranno che il modello basagliano non funziona ma, in realtà, **non è il modello a non funzionare ma il metodo con cui esso è applicato.**

All'interno del Dipartimento di Salute Mentale, ora siamo in difficoltà perfino nel cambiare le lampadine quando si bruciano o ad aggiustare l'impianto di riscaldamento se fuori uso. La sfida è eliminare le cause che impediscono la realizzazione completa del progetto originario.

Benessere organizzativo

Un'ultima constatazione strutturale attiene al famigerato benessere organizzativo che tutte le aziende pubbliche e private devono monitorare per intraprendere azioni correttive, in caso di disfunzioni strutturali o organizzative che possano nuocere al personale.

I medici, gli infermieri, gli operatori sociosanitari e tutto il personale di servizio, sono **sottoposti alle stesse condizioni ambientali** dei pazienti: troppo freddo o troppo caldo, luce al neon inadeguata, uffici obsoleti, "ghettizzazione".

Questi sono tutti elementi che favoriscono l'insorgere di patologie da stress che - negli ambienti medici in generale e in quelli psichiatrici in particolare - sono più comuni e ben citati in tutti i documenti e pubblicazioni che parlano di rischi psicosociali legati allo stress da lavoro.

Da un breve ma indicativo ascolto delle testimonianze che il personale mi ha rilasciato spontaneamente quando mi recavo al CSM per trovare mio padre, dal lamento espresso, si evince un **malcontento generalizzato e diffuso tra medici e infermieri**, per essere stati abbandonati a se stessi e non rispettati nelle esigenze, più volte segnalate con documenti ufficiali (lettere controfirmate da tutto il personale) ai vertici sanitari.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Rilevazioni funzionali della sezione degenze del CSM

Nel mio incontro con il servizio ho potuto constatare le seguenti disfunzioni:

- **Pazienti della sezione degenze lasciati tutto il giorno da soli** a fumare nella sala dove è presente la televisione. La **visione libera degli attuali programmi televisivi**, invece di favorire uno stato di benessere nelle persone ricoverate, potrebbe - a mio parere - far insorgere stati d'ansia, stati depressivi e comportamenti aggressivi per emulazione.
- **Mancanza di relazioni strutturate tra personale e pazienti**, se non durante la somministrazione della terapia o in caso di richiesta di aiuto da parte dei ricoverati. Non sono infatti previsti momenti quotidiani d'intrattenimento e di comunicazione con il paziente, eccezion fatta per il momento della somministrazione della terapia e della valutazione del dosaggio da parte dello Psichiatra.
Manca completamente la dimensione dell'ascolto finalizzato alla cura.
Non si evince quale sia la terapia psicologica e/o occupazionale di supporto alla terapia farmacologica. Scarsi i colloqui terapeutici strutturati. Assenza di personale medico che supervisioni i degenti durante la giornata per accertarsi, da un lato, sulle loro condizioni e, dall'altro, per consolidare una relazione terapeutica basata sulla vicinanza e sulla comprensione emotiva. Gli Psichiatri, infatti, hanno l'ambulatorio in un'ala differente della struttura e i degenti vi si recano su richiesta del Medico.
- **Pazienti paranoici in stanza assieme** si scaricano addosso le loro fobie perché non è previsto nessun momento di condivisione delle loro ansie con il personale.
- **Non sono previste attività educative, psicoterapiche o manuali** per le persone ricoverate.
- **La presenza di un unico Psicologo** - peraltro assente per maternità - che si occupa esclusivamente di terapia di gruppo lascia prive di supporto le persone che necessitano di un intervento individualizzato.
- **La specializzazione manageriale del Direttore del Centro** non consente ai pazienti di usufruire delle competenze psicoterapiche possedute dallo stesso, che non effettua più alcuna attività operativa, fatta eccezione per i colloqui con i familiari.
- **Mancanza di strumenti** programmati, concordati o in fase di sperimentazione, per **gestire i pazienti** ricoverati **che tendono ad allontanarsi** dalla struttura.
- **Critiche** dai familiari dei pazienti **alle cure fornite** perché considerate non sufficienti.
- **Mancato aggiornamento della scheda di un paziente.**
Per due volte consecutive, lo Psichiatra curante ha ommesso di indicare due argomenti importanti riguardanti il degente, segnalati dalla famiglia, impedendo così agli infermieri di turno di gestire le criticità in modo appropriato.
Lo Psichiatra curante aveva anche assicurato ai familiari che avrebbe provveduto ad avviare le modalità concordate di gestione del paziente, senza tuttavia realizzarle effettivamente e senza dividerle con l'équipe.
- **Problemi di comunicazione interna o di superficialità** nella gestione del rapporto **con i familiari** che non sono ascoltati con dovizia, nonostante le assicurazioni fornitegli. Gli accordi intercorsi tra familiari ed équipe non sono rispettati, per quanto riguarda la gestione degli allontanamenti volontari di un paziente dal CSM. Non è il CSM che avvisa la famiglia ma, al contrario, sono i familiari che avvertono la struttura del suo allontanamento.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

- **Mancanza di coordinamento da parte dell'Azienda Sanitaria delle associazioni** di volontariato e di auto-mutuo aiuto **operative in ambito psichiatrico.**
- **Mancanza di gruppi di auto-mutuo aiuto per i pazienti affetti da patologie medio-gravi** come, ad esempio, i disturbi del tono dell'umore perché non presenti figure in grado di gestire questi casi, che così rimangono privi di supporto psicologico sia da parte del CSM sia da parte delle strutture satellitari.
- **Discrepanza tra comunicazione** pubblica delle condizioni organizzative **e realtà operativa.** «L'Azienda Sanitaria prosegue nei suoi insegnamenti di rispetto del malato (psichiatrico), basato sull'abbattimento delle barriere e il reinserimento del paziente in una rete di relazioni legate al territorio». (Impianto di riscaldamento guasto per mesi durante l'inverno, struttura vetusta, illuminazione bruciata).

Caso II: la disattenzione è la peggior "malattia"

Un paziente è ricoverato tramite T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio) per un episodio maniacale in atto legato a un disturbo bipolare, già diagnosticato nove anni prima.

Il T.S.O. è convertito in ricovero volontario dopo tre giorni, perché il paziente è collaborativo e accetta di seguire la terapia prescritta dallo Psichiatra che conferma, comunque, che il paziente si trova ancora in uno stato ipomaniacale. Rimane, quindi, in ospedale sotto controllo medico, con il permesso di uscire accompagnato dal personale o da parenti e amici di fiducia.

La famiglia avverte lo Psichiatra curante che il loro familiare non riesce a contenersi con gli acquisti - sintomo comune nei casi maniacali - e ha ormai accumulato un debito elevato sul conto corrente della famiglia, di cui è l'unico intestatario.

Al paziente è comunque consentito di uscire accompagnato dagli infermieri per recarsi in banca, dove riesce a prelevare allo sportello - poiché il bancomat era stato trattenuto dalla famiglia - ulteriori 250 euro, aumentando il debito verso la banca e lasciando la moglie senza soldi per fare la spesa.

I familiari chiedono spiegazioni al **personale** che l'ha accompagnato all'esterno che, per quanto mortificato dall'accaduto, dichiara **di non essere stato avvisato** della situazione critica e di aver, anzi, ricevuto indicazioni che confermavano il nulla osta all'uscita.

Controllando la scheda del paziente hanno poi visto che non era segnalata la difficoltà dello stesso a gestire il denaro a causa di una visione distorta della liquidità di cui poteva disporre.

Il personale coinvolto afferma che lo Psichiatra curante era di turno nella giornata in cui la vicenda incresciosa si è verificata e non aveva indicato la revoca del permesso.

Il problema può essere stato, nella migliore delle ipotesi, a livello di comunicazione interna: **non è stata aggiornata la scheda clinica** e, durante il briefing mattutino che l'équipe svolge per discutere sulle condizioni dei pazienti, non è stato affrontato l'argomento.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Un'altra ipotesi, forse più grave, potrebbe essere che lo Psichiatra curante abbia sottovalutato, da un lato, la segnalazione del problema da parte della famiglia e, dall'altro, abbia sopravvalutato le condizioni psicologiche del paziente considerandolo ormai in grado di controllarsi in modo equilibrato.

Qualcosa comunque non ha funzionato nel processo operativo, che nei Sistemi di *Gestione della Qualità* (ossia l'insieme delle attività tra loro collegate e interdipendenti che determinano e definiscono la Qualità di un prodotto o di un servizio) equivale a una non conformità rispetto al modello gestionale acquisito.

Questo caso può essere un indizio a conferma dell'ipotesi iniziale: non è il modello basagliano a non funzionare ma il modo in cui è applicato.

Per due giorni consecutivi, lo stesso paziente esce da solo senza che gli infermieri se ne accorgano e arriva a casa della famiglia che avvisa l'ospedale.

Sono chieste spiegazioni all'équipe che dichiara di non poter intervenire perché, se un paziente non in T.S.O. vuole andarsene dal Centro, per legge può farlo a suo rischio e pericolo, in quanto la responsabilità di eventuali azioni o comportamenti lesivi ricadrebbe completamente su di lui, anche se in condizione di disagio psichico.

Un CSM ha le porte aperte e ciò significa che i degenti, avendo libertà di movimento, non possono essere bloccati.

Nessuno si è accorto della scomparsa del paziente perché l'équipe non può monitorare i degenti ininterrottamente, nemmeno nei casi in cui i posti letto complessivi siano otto e non tutti occupati e il numero di infermieri per turno sia di quattro unità. Quest'ultima è una riflessione personale.

In questo caso può essere rilevata un'altra anomalia organizzativa o non conformità, usando il termine tecnico della *Qualità Totale* (intesa come il coinvolgimento e la partecipazione attiva del personale aziendale-sanitario tutto nel raggiungimento dell'obiettivo, in questo caso la cura).

Di fronte a una situazione critica abituale per un CSM - diversi pazienti hanno infatti l'impulso ad abbandonare la struttura - **non sono state previste misure d'intervento**, preventive e di soccorso, nel momento in cui l'evento si manifesta.

Gli infermieri, interrogati su questo punto, hanno ironizzato sulle loro possibilità d'intervento, dicendo che eventualmente possono usare delle cinghie di pelle per legare alle sedie chi tenta di uscire, cosa peraltro impedita dalla legge.

Un altro paziente *abituale*, probabilmente affetto da disturbo psicotico, entra nella segreteria dove si trova l'équipe dicendo di avere un attacco di panico in corso e che, per questo motivo, dovrebbe essere accompagnato fuori dalla struttura.

Gli infermieri rispondono di essere impegnati ma che possono, comunque, dargli una fiala di ansiolitico, se voleva.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Il paziente acconsente, l'infermiere si reca immediatamente a prendere il farmaco senza chiedere nulla al paziente riguardo al suo stato: «*Cos'è successo? Vieni nell'altra stanza che ne parliamo e mi racconti tutto?*». O semplicemente dicendo: «*Caspita mi dispiace molto, ora vediamo cosa possiamo fare assieme*».

Immediatamente dopo aver preso l'ansiolitico il paziente è andato alla macchinetta a bere un caffè che, sommato a tutti gli altri già presi nel corso della giornata, rendeva notevole la quantità di caffeina nel sangue, contribuendo così a elevare lo stato di eccitazione.

In questo CSM, fortunatamente, non è utilizzata la contenzione fisica. L'impiego continuo e costante di **psicofarmaci** come **unico strumento d'intervento** può essere, tuttavia, indice di una terapia basata esclusivamente sul controllo dei sintomi e quindi del paziente, ma lontana dall'occuparsi del benessere psicofisico complessivo della persona.

È più probabile infatti che un **miglioramento delle condizioni di salute** possa essere raggiunto aumentando il numero e il tipo di strumenti utilizzati, attraverso un progetto **integrato centrato sulla persona** che si articoli in: terapia farmacologica, psicoterapia e terapie alternative oltre ai gruppi di mutuo aiuto, alle attività educative, lavorative e ricreative, peraltro organizzate al Centro Diurno del CSM.

Ogni tipo d'intervento efficace poggia, così come strenuamente sostenuto e caldeggiato da Basaglia, le proprie fondamenta sulla **relazione interpersonale sincera** tra operatori e pazienti.

Quando questa componente si riduce o è addirittura annullata, sarà difficile che siano fatti reali e significativi passi avanti nella strada verso la guarigione o, quanto meno, verso un miglioramento della qualità della vita del paziente.

I Centri di Salute Mentale sono un luogo in cui, potenzialmente, la dimensione relazionale umana può essere valorizzata e diventare veicolo di nuovi messaggi costruttivi per i pazienti ma anche per il personale.

La comunicazione infatti è sempre bidirezionale: se vogliamo ascoltare e osservare l'altro, chiunque esso sia, potremo vedere rispecchiate alcune parti di noi o, da un'altra prospettiva, potremo proiettare sull'interlocutore parti della nostra personalità focalizzandole in modo vivido.

Mantenere un contatto quotidiano con la sofferenza umana, invece di mistificarla facendo finta che non esista, consente al personale di adottare uno stile comunicativo più semplice, autentico e affettuoso, caratteristiche quasi inesistenti in altri ambienti professionali (uffici pubblici o aziende private, orientate all'aumento delle vendite).

Il CSM si presenta, quindi, come un **luogo privilegiato**, dove poter implementare pochi ma efficaci strumenti gestionali, scelti accuratamente **per migliorare i processi** senza distorcere il clima interno, contribuendo a **diffondere una nuova cultura** organizzativa e sociale in cui il malato mentale sia inserito come *membro attivo* e non come *elemento di disturbo*.

Queste parole sono state ripetute ininterrottamente da cinquanta anni, prima da Basaglia e poi dai suoi collaboratori ed è importante che continuino a essere diffuse per non dimenticare ma, soprattutto, per continuare a sperare che un contributo effettivo possa essere fornito a chi ha bisogno di un sostegno emotivo e di un indirizzo pragmatico.

2. Problem setting: definire il problema

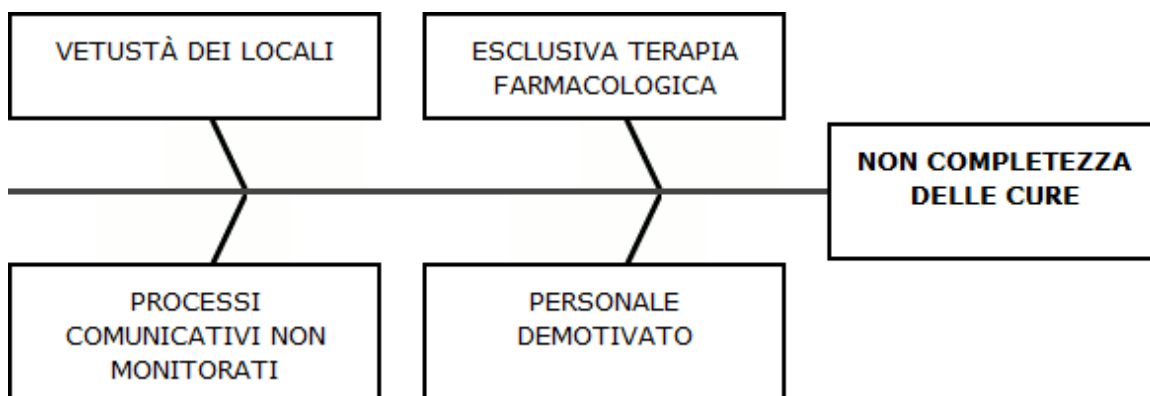
Le osservazioni e i casi riportati nei paragrafi precedenti sono indizi, sintomi di un sistema che sta attraversando un periodo di difficoltà e che andrebbe studiato con strumenti mirati. Voglio comunque provare a delineare limiti e potenzialità del contesto in esame sulla base delle informazioni di cui dispongo.

Modificare una situazione critica implica una trasformazione del disagio percepito in un problema, in altre parole in una questione ben definita da cui partire per strutturare un progetto finalizzato a un obiettivo di miglioramento.

Penso di poter sintetizzare le caratteristiche dei processi del CSM osservato, rilevando un problema di non completa adeguatezza delle cure fornite ai pazienti che può essere scomposto in una serie di sub problemi collegati, mediante il **diagramma causa-effetto** di *Kuaouru Ishikawa*, guru giapponese della Qualità Totale, che dice di domandarsi quattro volte "perché" di fronte a un inconveniente.

Nel corso delle osservazioni che ho condotto "sul campo" sono stati individuati:

- Fattori strutturali deficitari (inadeguatezza dei locali del CSM);
- Forme terapeutiche unidirezionali (esclusiva somministrazione di farmaci e mancanza di una psicoterapia di supporto);
- Blocchi del flusso di comunicazione interna (incomprensioni o omissioni di informazione tra i membri dell'équipe multi-professionale, discrepanza tra dichiarazioni pubbliche e situazione effettiva);
- Malcontento del personale (esternazioni spontanee di disagio professionale).



**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

3. Problem analysis: dallo spazio problema allo spazio soluzione

Come espresso precedentemente, la mia presenza all'interno del CSM non era legata da contratti professionali, quindi le mie osservazioni sono parziali e non sostenute dall'utilizzo sul campo di strumenti di indagine standardizzati. Un progetto di consulenza farebbe emergere in modo più puntuale elementi su cui basare, successivamente, un intervento per il miglioramento della Qualità del Servizio.

Ciò nonostante, l'esperienza maturata in altri contesti amministrativi pubblici mi consente di effettuare un collegamento tra le osservazioni rilevate al CSM e i dati oggettivi raccolti durante ricerche-azione ufficiali condotte per altre Pubbliche Amministrazioni, dove ho potuto utilizzare diversi strumenti per lo sviluppo organizzativo e la formazione del personale.

A questo scopo ritengo che figure adibite alla risoluzione di problemi gestionali, lo Psicologo del lavoro, ma anche uno Psicologo clinico che orienti la sua attenzione al miglioramento complessivo della qualità del servizio, potrebbero utilizzare alcuni **strumenti d'indagine** tratti dalla **Programmazione Neurolinguistica** per studiare il contesto psichiatrico.

Per riflettere in modo sistematico sulle concatenazioni di cause ed effetti necessari per passare, dalla condizione critica sopra descritta, alla situazione potenzialmente ottimale, sono interessanti gli spunti che si possono trarre dall'impiego dei seguenti modelli, che possono essere appresi partecipando a percorsi formativi mirati che prevedano la frequenza ad almeno due anni di specializzazione sull'argomento (nel mio caso PNL a livello practitioner e livello master con *Willy Monteiro*, da cui ho tratto il materiale proposto successivamente):

1. **Modello grafico multifattoriale** per analizzare l'effetto di più variabili nel tempo, osservandole da diversi punti di vista.
2. **Tabella d'analisi dello stato attuale e dello stato desiderato** per passare dallo spazio problema allo spazio soluzione, individuando le aree d'intervento e le problematiche specifiche.
3. **Modello S.C.O.R.E.** (Sintomi, Cause, Obiettivo, Risorse, Effetti) per avere una visione globale dello spazio problema e dello spazio soluzione.

Questi strumenti possono essere usati in successione, nell'arco di un percorso di sviluppo di un determinato processo organizzativo, perché consentono rispettivamente di:

1. ampliare la visione di un problema a 360 gradi;
2. analizzare in modo sistematico le aree d'intervento e le possibili soluzioni operative;
3. creare un'immagine mentale che guidi verso la realizzazione di quanto progettato.

Tutti gli strumenti possono essere utilizzati prima individualmente per uno studio personale del problema, e poi in gruppo (con il personale sanitario, i volontari delle associazioni, i pazienti) per una condivisione plenaria che consenta di concordare una strategia comune.

Ai fini dell'efficacia dell'intervento, è basilare organizzare in modo puntuale una serie di momenti d'incontro (riunioni operative, formazione permanente, counseling) gestiti da un mediatore esperto che spieghi gli scopi e l'utilizzo delle metodologie proposte.



Modello Multifattoriale

Il modello grafico successivo consente di riflettere sui cambiamenti già avvenuti e su quelli che potranno avvenire semplicemente **analizzando le variabili in gioco**, nei loro diversi punti di congiunzione, costruendo così una mappa mentale delle **correlazioni** tra fattori.

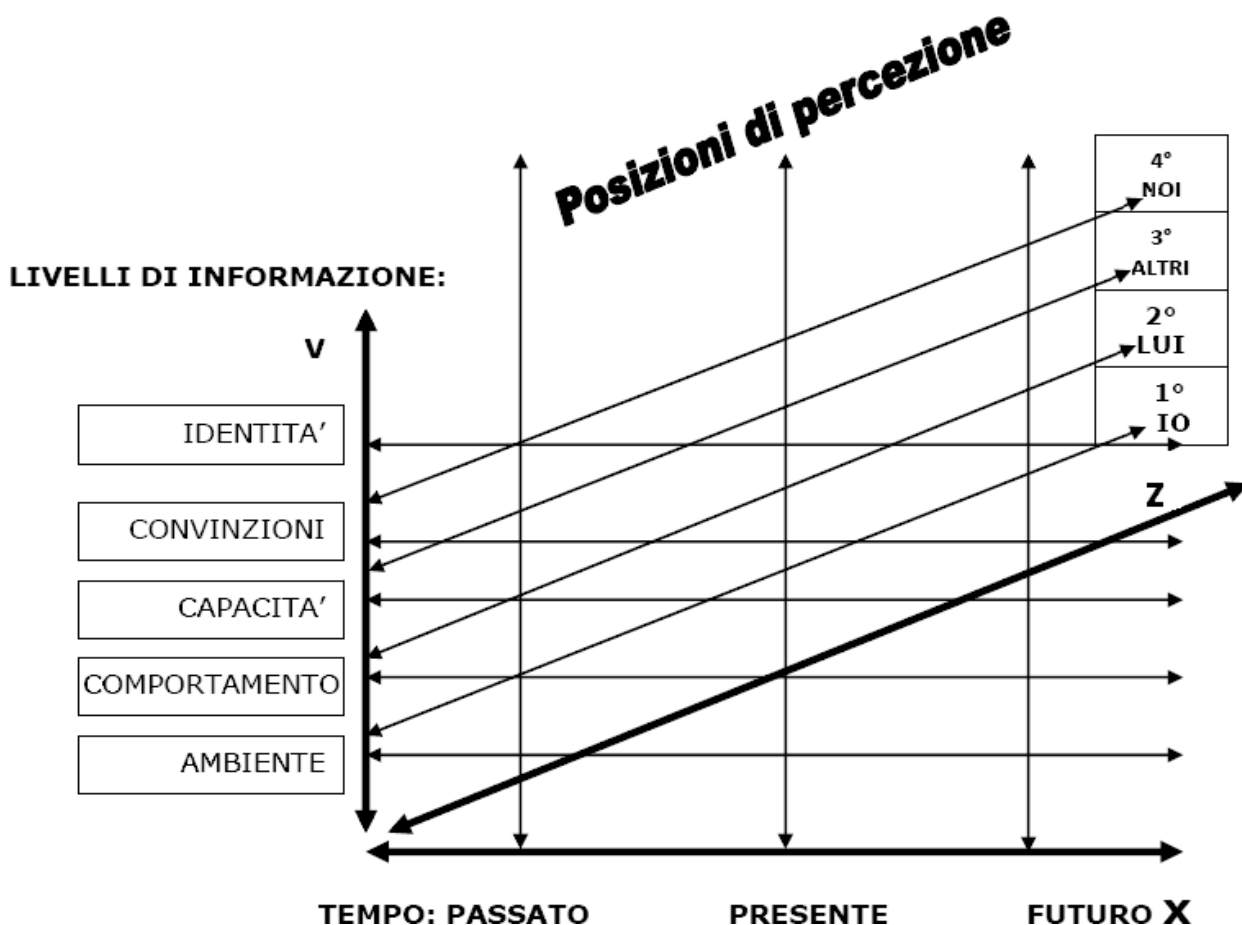
In questo modo si possono tracciare i percorsi evolutivi storici e quelli a venire integrando diversi punti di vista per trovare soluzioni che possano soddisfare l'intero gruppo sociale.

È uno strumento che si presta a essere utilizzato in gruppo, per cui può essere introdotto e gestito da una figura esperta, durante briefing organizzati appositamente per affrontare determinate criticità. Questi incontri potranno essere svolti con il personale ma anche con i membri delle associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto che ruotano attorno al CSM.

La metodica di intervento è la stessa: il leader spiegherà al gruppo lo scopo e il modo di utilizzare lo strumento e lascerà che i singoli partecipanti lavorino individualmente, dedicando in seguito tempo alla condivisione plenaria, per stilare un documento conclusivo che possa integrare le riflessioni di tutti.

Come usare il grafico

- Determinare come le cause e gli effetti siano organizzati a livello temporale (asse x), logico (asse y, livelli di informazione) e percettivo (asse z).
- Combinare le tre direttrici per configurare diverse caratteristiche del problema.
- Utilizzare la direttrice (punto di vista) del NOI per trasformare le situazioni problematiche.





Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

ESEMPIO

X	Y	Z
<p>PASSATO: pre Basaglia</p>	<p>AMBIENTE: manicomio tradizionale chiuso delocalizzato rispetto all'ospedale generale.</p>	<p>Visto dal paziente: prigionia del corpo e dell'anima.</p>
		<p>Visto dagli altri (intesi come società esterna): luogo di cura per il mantenimento della sicurezza.</p>
		<p>Visto dallo Psicologo: situazione non curativa ma collaudata da anni.</p>
		<p>Visto da tutti (Noi): vorremmo che le condizioni fossero diverse ma se non possono cambiare, allora è necessario che continuino a essere in questo modo. Forse un cambiamento è possibile?</p>
<p>PRESENTE: 2012</p>	<p>AMBIENTE: struttura aperta delocalizzata rispetto all'ospedale generale, ubicata in un palazzo obsoleto.</p>	<p>Visto dal paziente: sono in manicomio ma posso uscire.</p>
		<p>Visto dagli altri: disinformazione sull'argomento.</p>
		<p>Visto dallo Psicologo: strutture inadeguate per curare in modo ottimale i pazienti.</p>
		<p>Visto da tutti (Noi): la situazione è migliorata rispetto al passato ma può migliorare ancora almeno fino al livello degli altri reparti ospedalieri.</p>
<p>FUTURO: 2022</p>	<p>AMBIENTE: struttura ospedaliera integrata confortevole e organizzata per rispondere alle esigenze di tutti i pazienti.</p>	<p>Visto dal paziente: sono un malato come un altro e posso essere curato.</p>
		<p>Visto dagli altri: il paziente psichiatrico è un malato come un altro e può essere curato.</p>
		<p>Visto dallo Psicologo: finalmente il malato psichiatrico è considerato un malato come gli altri che può essere curato.</p>
		<p>Visto da tutti (Noi): se in questo modo funziona meglio per tutti, allora è un modello ottimale.</p>

Questo strumento consente di ragionare analiticamente sulle diverse componenti storiche e contemporanee che hanno determinato una certa situazione.

Permette, inoltre, di **sviluppare un senso allargato di identità del gruppo**.

Mettendosi infatti nei panni degli altri - assumendone la posizione percettiva rispetto agli avvenimenti - si comprende come, evitando di creare gruppi contrapposti in *group* (équipe) e *out group* (utenza), si possano **stimolare dinamiche costruttive e creative**, invece che relazioni conflittuali che generano solo accuse e giustificazioni reciproche, senza produrre alcuno sviluppo reale della situazione problematica.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Tabella di analisi dello stato attuale e dello stato desiderato

L'utilizzo di una tabella riepilogativa in cui **scomporre** la fotografia generale della situazione osservata **negli elementi costituenti** - comprese le ipotesi evolutive - è uno strumento di analisi molto semplice da creare.

Il consulente Psicologo o il leader del gruppo possono utilizzarla autonomamente per focalizzare l'attenzione su singole variabili, in modo da trasformare una miriade di informazioni complesse in dati oggettivi privi di contaminazioni emotive da trattare in modo pragmatico.

Questo strumento consente inoltre al leader del gruppo di preparare in modo organico un briefing in cui esporre - in modo sintetico e puntuale - un'**analisi critica** di un problema, sostenendo con argomenti mirati il percorso da intraprendere per arrivare a una possibile soluzione.

Area problematica	Problemi specifici	Cause	Obiettivo di risoluzione
Logistica	Vetustà struttura ospedaliera.	Cultura organizzativa.	Creazione di una struttura adeguata alle esigenze di cura affettiva oltre che fisica e mentale dei malati.
Cultura organizzativa	<p>a. Insufficienza di comportamenti concreti che esprimano rispetto nei confronti del paziente.</p> <p>b. Distacco logistico/operativo del CSM dalla struttura ospedaliera.</p> <p>c. Gestione inefficace della comunicazione interna ed esterna.</p>	Credenze in parte inconsece riguardo alla diversità del malato psichiatrico rispetto agli altri malati e sentimenti di timore o di disagio nei suoi confronti.	Presenza programmata dei dirigenti sanitari e degli assessori competenti all'interno della struttura psichiatrica per verificare le condizioni igienico-sanitarie e terapeutiche.
Approccio terapeutico	Allettamento forzato farmacologicamente.	Mancanza di strumenti alternativi ai farmaci per gestire i pazienti che manifestano una crisi acuta.	Avviare nuovi protocolli di ricerca-azione in ambito psichiatrico per testare metodologie d'intervento che contemplino anche l'utilizzo della medicina alternativa e l'aumento del tempo che il personale dedica alla relazione e all'ascolto del paziente.
Sviluppo del personale	Burn out emotivo e demotivazione.	<p>a. Logistica.</p> <p>b. Cultura organizzativa.</p> <p>c. Approccio terapeutico.</p>	<p>a. Ambiente di lavoro sano e consono alle esigenze del personale e dei pazienti.</p> <p>b. Ascolto attivo e reale delle problematiche del personale.</p> <p>c. Formazione continua nell'ambito della relazione interpersonale del paziente psichiatrico.</p>



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

<p>Comunicazione</p>	<p>a. Blocchi nel flusso di informazioni. b. Mancanza di un curatore responsabile. c. Discrepanza tra comunicazione esterna e interna.</p>	<p>Cultura organizzativa</p>	<p>a. Formazione del personale sulla comunicazione tra colleghi e con l'utenza. b. Individuazione di un responsabile che segua l'intero processo comunicativo di input – feedback – output (es. richiesta di servizio a un ente esterno – risposta dell'organo competente – risoluzione effettiva). c. Stesura di discorsi coerenti e non propagandistici.</p>
-----------------------------	---	------------------------------	---

L'aggiornamento continuo in Medicina e Psicologia favorisce l'acquisizione di nuovi strumenti terapeutici per gli operatori del settore.

L'apprendimento anche di strumenti tipici della Psicologia del lavoro e della Gestione Qualità - come la tabella appena descritta - favorirebbe inoltre l'evoluzione di un approccio più costruttivo alla *risoluzione dei problemi organizzativi*, perché consentirebbe agli addetti ai lavori di suddividere il tempo lavorativo e le energie personali in modo consapevole, tra terapia clinica e risoluzione delle criticità organizzative che compromettono le cure fornite all'utenza.

Sarebbe opportuno, a mio parere, integrare la formazione sanitaria con una formazione permanente nell'ambito della gestione di Qualità di un'organizzazione e indire concorsi per assumere anche Psicologi o Psicoterapeuti del lavoro.

Modello S.C.O.R.E.

Questo strumento consente di riflettere autonomamente o in gruppo per trovare una soluzione ai problemi, attraverso l'utilizzo di una serie di domande che stimolano la creatività.

La completa comprensione della sua applicazione si ottiene attraverso la sperimentazione su se stessi, dopo un approfondimento teorico su un testo specifico.

Una volta che si padroneggia lo strumento, si può fungere da guida ad altre persone, durante un colloquio/seduta individuale. Successivamente, si può sperimentare una modalità di gruppo in cui condividere le singole schede personali per redigere un programma collettivo.

Gli strumenti della PNL sono molto versatili e si prestano quindi a essere utilizzati con diverse tipologie di utenza. In questo caso, nulla vieta che questo metodo possa essere utilizzato con il personale durante riunioni organizzative e con i pazienti durante sedute di counseling o Psicoterapia.

È opportuno ricordare - a mio avviso - che la **PNL** nasce proprio come forma di **Psicoterapia** e solo in seguito ha trovato una vastissima diffusione nel campo del marketing, della comunicazione, del coaching e del counseling aziendali.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Le domande di seguito riportate, sono la guida per completare lo schema successivo che serve da immagine/àncora per fissare nella mente i punti che caratterizzano una determinata situazione e il suo possibile sviluppo nel tempo.

1. DOMANDA D'APERTURA:

Quale pensiero hai in questo momento rispetto alla situazione?

Che tipo di situazione è? C'è un obiettivo che si può raggiungere?

2. Determina le quattro parti che caratterizzano lo spazio problema

(Sintomo, Causa, Obiettivo, Effetto) e osserva dalla posizione percettiva del "Noi" (gruppo).

3. Analizza prima il sintomo.

Che tipo di problema è?

Cosa lo fa essere un problema per te?

Che cosa sta accadendo ora?

QUAL È LA SITUAZIONE ATTUALE?

Poi analizza l'obiettivo (o viceversa).

Cosa si può raggiungere? Che cosa vuoi raggiungere?

Che cosa vorresti al posto di questo sintomo/situazione problematica?

QUAL È LO STATO DESIDERATO?

4. Analizza prima la causa.

Qual è l'origine dei sintomi/situazione problematica?

Che cosa genera questa situazione?

Che cosa fa sì che questa situazione si manifesti?

Che cosa impedisce di risolverla?

Poi analizza l'effetto.

Una volta raggiunto l'obiettivo, quale sarà l'effetto a breve, media e lunga scadenza.

Com'è sarà organizzato il contesto dopo averlo raggiunto?

Quale sarà il guadagno? Eventualmente, si perderebbe qualcosa raggiungendolo?

Causerebbe altri problemi? Quali obiezioni ti sorgono nel raggiungerlo?

Quali rischi?

5. Analizza la situazione seguendo il flusso del tuo pensiero.

6. Osserva la situazione rappresentata nello schema **dal punto di vista del gruppo** – "Noi".

7. Determina lo schema di base:

Qual è il nocciolo dello spazio-problema?

8. Individua la risorsa necessaria che attraverso una ristrutturazione dello spazio problema **consentirà di arrivare alla soluzione.**

RISORSA = AGGIUNTA.

CHE COSA POTREBBE ESSERE D'AIUTO?

Per individuare la risorsa può essere utile modificare la prospettiva temporale, la posizione di percezione o ampliare le informazioni a disposizione.

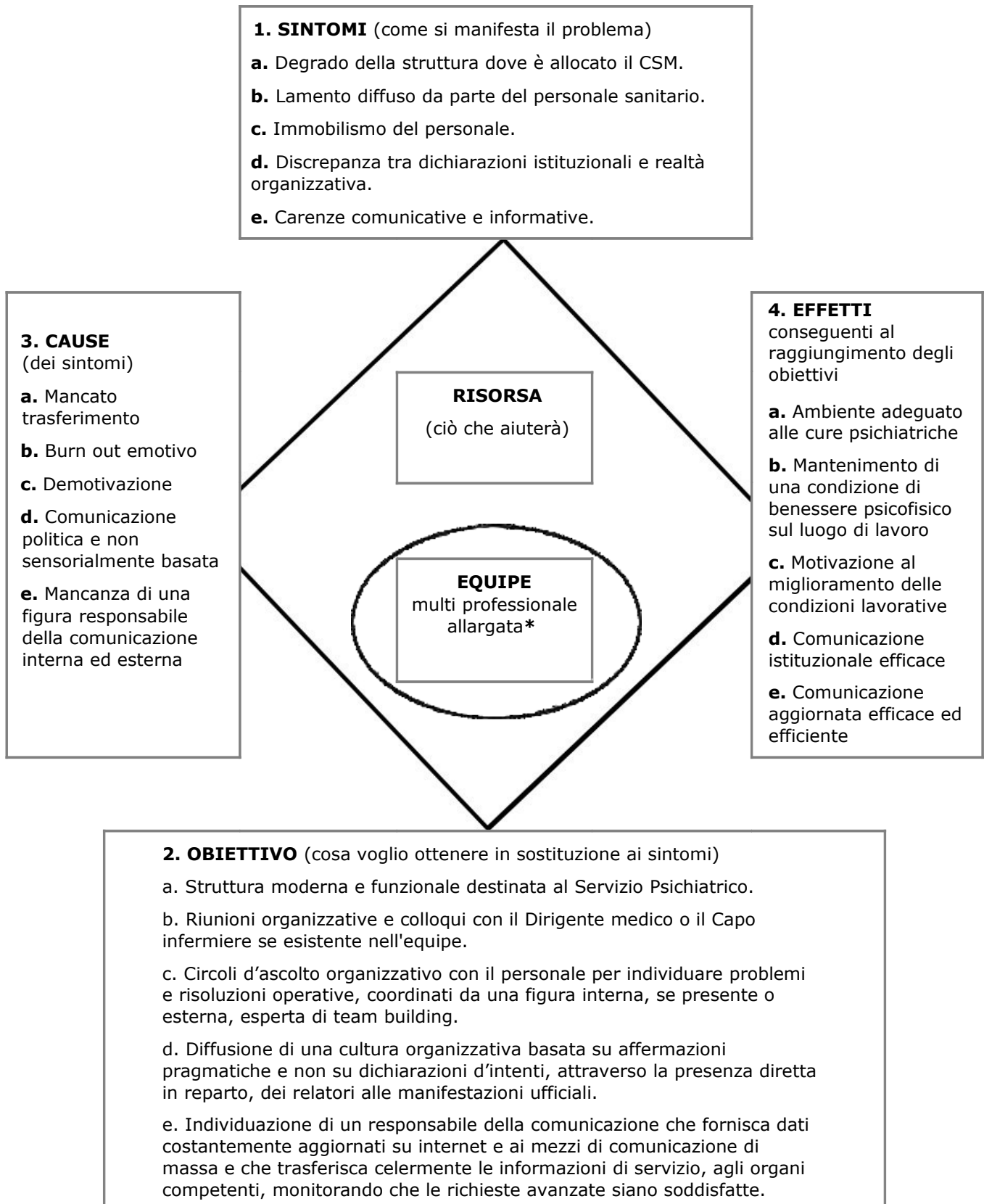
Una risorsa può essere un compito o un incarico.

Formulare un compito o un incarico specifici consente di **evolvere dai sintomi all'obiettivo.**



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com



* Psichiatra, Psicologo clinico, Infermieri, Assistente sociale, Educatore, Psicologo del lavoro, Esperto di comunicazione.



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Il modello S.C.O.R.E. e gli altri strumenti proposti in precedenza sono utili ausili per orientarsi, in modo preciso, quando viviamo una situazione problematica. Il **vissuto emotivo** viene **ancorato a elementi chiari** e specifici che possono essere analizzati in modo puntuale.

In questo modo, si può far luce sui punti difficili da gestire e sulle ragioni della loro criticità ma, soprattutto, **si può far leva sulle risorse a disposizione**, organizzandole verso un obiettivo definito.

In generale la PNL aiuta le persone (Psicologi, pazienti, liberi cittadini) a vivere le **difficoltà come possibilità di crescita** individuale e collettiva.

Fornisce strumenti che abbattano le barriere poste dal problema presente, attraverso la sua **scomposizione in sotto-problemi** più gestibili e mediante la costruzione di una visione d'insieme di tipo sistemico che crea un'alternativa possibile alla situazione reale.

Gli elementi in gioco (ad esempio CSM, strutture semi-residenziali, terapia farmacologica, terapie alternative) sono collegati secondo un ordine diverso che porta a un differente stato di cose, ad esempio un nuovo e moderno sistema psichiatrico integrato.

Sul sito del DSM di Trieste, modello virtuoso per l'applicazione della Legge 180, si possono visionare le schede riportanti gli obiettivi prefissati annualmente e sintetizzati in una tabella riportante anche gli indicatori di risultato, elemento necessario ai fini del controllo dell'efficacia e della qualità del servizio erogato. Questo testimonia che alcuni ausili operativi forniti dalla Qualità e dalla Psicologia del lavoro sono già applicati in alcune realtà.

4. Problem solving: riorganizzazione dei processi lavorativi

La **Psicologia del lavoro** può fornire semplici strumenti che consentano di osservare, ascoltare e raccogliere informazioni finalizzate al **miglioramento continuo** del contesto lavorativo.

A mio avviso, è necessario ammodernare l'impianto organizzativo affinché il progetto originario di Basaglia non sia sconfitto dai problemi gestionali che caratterizzano tutte le organizzazioni pubbliche e private contemporanee, che coordinano diverse funzioni e perseguono molteplici obiettivi usufruendo di budget limitati.

Alcune metodologie - che ho applicato in diversi gruppi di lavoro specializzati nello sviluppo di progetti in strutture complesse - per l'evoluzione di una cultura organizzativa umanamente efficace sono:

- **Circoli di ascolto organizzativo per il personale**, secondo le indicazioni fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica. Sarebbe interessante sviluppare questo approccio anche con i pazienti, impostando il lavoro con differenti regole e modalità, ma perseguendo lo stesso obiettivo di condivisione dei malesseri personali a fini risolutivi.
- Gli strumenti per una gestione strutturata, efficace ed efficiente della comunicazione interna ed esterna come ad esempio la strutturazione di un **Piano della Comunicazione**, coerente con le finalità e con i mezzi del CSM.
Per le Pubbliche Amministrazioni, i programmi di comunicazione sono previsti dal capo II (artt. 11-16) della Legge 7 giugno 2000, n. 150 che disciplina le attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

- Le indagini per la **valutazione del benessere organizzativo** come da Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro DLgs 81/2008 e successive modifiche DLgs 106/2009. Dal mio punto di vista, sarebbe interessante sperimentare un ampliamento dell'indagine anche ai pazienti ricoverati e non limitarla esclusivamente al personale, poiché entrambe le tipologie di persone sono frequentatrici abituali del CSM.
- I modelli di **valutazione delle competenze** parallelamente agli strumenti di **empowerment** per il personale seguendo le indicazioni del Formez (ente governativo che si occupa di assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle Pubbliche Amministrazioni - P.A.).
- **Formazione manageriale e dirigenziale** sulla vision, mission ed etica del lavoro per mantenere l'attenzione focalizzata anche sugli aspetti gestionali oltre che sanitari seguendo le indicazioni della Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, da un lato e un approccio sistemico (PNL sistemica), dall'altro.

5. e 6. Decision making e Decision taking: decidere cosa fare e come attuare la decisione

Ho scritto l'articolo per focalizzare l'attenzione sulle criticità interne di un CSM e sulle ipotetiche soluzioni applicative che potrebbero consentire al modello basagliano di evolvere nel tempo, senza tuttavia avere la facoltà di realizzare nulla, non ricoprendo alcun ruolo operativo interno al CSM stesso.

Per completare quindi il processo di problem solving, attraverso le sue due ultime fasi di decision making e decision taking - per mantenere alta l'attenzione sulla condizione psichiatrica, in modo da **stimolare** chi ha le competenze e la possibilità di farlo ad attivare **un processo di ristrutturazione del sistema** con l'avvio di progetti-pilota - ho scelto di:

1. Pubblicare articoli sull'argomento in testate locali e online per stimolare gli addetti ai lavori a trovare soluzioni alternative, facendo leva, soprattutto, sulle nuove generazioni di Psicologi, Psicoterapeuti che stanno facendo il tirocinio o che già lavorano presso strutture psichiatriche.
2. Contattare l'assessore comunale competente in materia e i vertici dell'Azienda Sanitaria per descrivere loro almeno alcune delle osservazioni rilevate.
3. Partecipare a incontri e convegni dove si affrontano tematiche inerenti lo sviluppo del Sistema Psichiatrico italiano.
4. Approfondire la conoscenza delle terapie alternative per il benessere anche tramite sperimentazione personale, per essere poi portavoce durante attività formative o informative degli effetti benefici di un approccio olistico alla salute psicofisica, che basa i suoi interventi sulla somministrazione di sostanze naturali, la meditazione, lo yoga, il training autogeno, la biodanza e una sana e costruttiva chiacchierata informale o strutturata come colloquio tra counselor di *rogersiana* memoria e cliente.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Le terapie alternative

La cura della malattia mentale in Italia si basa, quasi esclusivamente, su trattamenti farmacologici, sia durante la fase acuta sia durante la remissione, per mantenere sotto controllo le condizioni psicologiche del paziente.

Un approccio di tipo psicoterapeutico, per quanto consigliato da molti Psichiatri anche se non da tutti, non è utilizzato all'interno dei CSM - almeno di quelli di cui ho notizia - perché dispendioso in termini economici e di tempo.

I pazienti, infatti, sono molti e le psicoterapie possono essere lunghe.

Esistono i centri diurni dove sono organizzate attività di tipo ricreativo come, ad esempio, corsi di pittura, musica e danza.

Tuttavia, la possibilità di sperimentare approcci alternativi di tipo olistico è limitata all'iniziativa personale di qualche Psichiatra volenteroso che - essendo magari l'unico promotore di un movimento in contro tendenza che cura la persona nella sua globalità di essere fisico, emotivo, mentale e spirituale - si trova emarginato dal resto della collettività psichiatrica.

In Sardegna, a Sanluri, **Alessandro Coni** - Psichiatra e direttore del Centro di Salute Mentale della Asl 6 - afferma che **la Psichiatria deve diventare sovversiva** se vuole realmente aiutare il malato a vivere meglio, attraverso, ad esempio, approcci definiti sperimentali, come praticare trekking in gruppo con la guida dello Psichiatra:

«Com'è possibile che solo l'1% delle risorse destinate alle cure psichiatriche vadano alle terapie riabilitative? Per quali interessi di parte, le cure si basano quasi esclusivamente sulla somministrazione dei farmaci?».

(A. Coni, intervista del 30 marzo 2012, pubblicata su tiscali.it)

In Friuli Venezia Giulia e più precisamente a Gorizia - dove è nato il modello di Basaglia - un altro Psichiatra, **Marco Bertali**, considera la **Psichiatria come** una *Medicina dell'anima* che deve consentire un'**evoluzione psico-spirituale del paziente**.

A questo scopo propone seminari gratuiti rivolti a tutta la cittadinanza di meditazione per l'apertura e la pulizia dei *chakra* attraverso un approccio psicoterapeutico o semplicemente relazionale che prevede il training autogeno, lo yoga, il rio abierto (metodo espressivo volto all'armonizzazione mente-corpo), il pranich healing (pranoterapia) e affini.

È anche portavoce di una campagna sociale di **psicofarmaco vigilanza** promossa attraverso incontri mensili presso il centro diurno del CSM, in cui denuncia l'attuale commercio di psicofarmaci spesso a danno dell'individuo e, di riflesso, della società. L'obiettivo è costruire una diffusa reazione culturale a tale rischio di avvelenamento delle menti e dei cervelli.

«La maggior parte delle problematiche per le quali viene fatta una diagnosi psichiatrica sono, in realtà, sofferenze psichiche, segnali che la nostra anima ci lancia per richiamare l'attenzione sui nodi non sciolti della nostra vita».

(M. Bertali)

Francesco Bottaccioli, professore di Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), in tutti i suoi testi enfatizza e promuove la diffusione di una nuova cultura sanitaria, basata sulla medicina integrata che considera **l'essere umano** una rete interconnessa di sistemi interni ed elementi esterni al corpo, che **si ammala quando si trova in** uno stato di **disequilibrio**.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

La cura deve pertanto essere basata su una sintesi di diversi approcci terapeutici che non trattino il singolo organo in crisi ma l'intero sistema.

Gli strumenti utilizzati spaziano dalla biomedicina alle medicine antiche e non convenzionali (kinesiologia, medicina cinese). Nei casi di depressione - che nel 2020 secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità costituiranno la seconda causa di disabilità nel mondo- la terapia integrata dà i suoi frutti.

Gli effetti positivi della Psicoterapia sono documentati da studi condotti con la PET (tomografia a emissione di positroni) dalla ricercatrice canadese *Kimberly Goldapple* nel 2004. Ma anche il controllo dello stress, l'attività fisica, un'alimentazione bilanciata e le medicine non convenzionali (omeopatiche, erboristiche) sono validi strumenti curativi.

La terapia farmacologica si basa, essenzialmente, sulla somministrazione di sostanze di sintesi. Esistono tuttavia in commercio prodotti naturali, vegetali, con consolidata documentazione scientifica che possono essere utilizzati nei casi di disturbi del tono dell'umore, ad esempio l'iperico per la depressione e il kava per l'ansia.

Giancarlo Stival - Farmacista specializzato nelle biodiscipline complementari - nei suoi testi riporta le esperienze nella cura delle persone attraverso le medicine alternative e le testimonianze dei pazienti a supporto dell'**influenza che la psiche esercita** sulla manifestazione delle principali malattie contemporanee.

È possibile infatti gestire positivamente con prodotti naturali (i cosiddetti integratori) i meccanismi mentali e psicosomatici, nonché i rapporti con la società e con le persone, i desideri e le passioni interiori che portano a situazioni di disagio prima e di malattia poi.

L'obiettivo verso cui tendere, quindi, per la cura delle malattie in generale e delle malattie mentali in particolare è la sperimentazione di un programma integrato *a basso impatto* (senza effetti collaterali dovuti ai farmaci) e ad alto rendimento (dal miglioramento della qualità della vita fino alla guarigione completa) utilizzando un approccio che unisca gli studi dei Fisici quantistici, dei Neurobiologi, degli Psichiatri/Psicologi, degli Endocrinologi e dei Farmacisti/Naturopati.

Quale futuro per la Psichiatria italiana?

In futuro i CSM potrebbero avere al loro interno delle sezioni dove **sperimentare**, in modo strutturato, **un approccio integrato** che preveda anche l'utilizzo di sostanze naturopatiche e omeopatiche nella cura dei disagi mentali.

In Svizzera è in atto una sperimentazione governativa che prevede la sovvenzione statale - per quattro anni - dei prodotti omeopatici, naturopatici e di integratori alimentari volti alla cura di patologie che solitamente sono trattate con farmaci di sintesi.

L'obiettivo è consentire a un numero maggiore di persone di utilizzare questi prodotti in modo continuato **in sostituzione dei farmaci** tradizionali per verificarne l'efficacia. Attendiamo i risultati, ipotizziamo uno scenario diverso, vagheggiamo un sogno utopistico com'è stato, negli anni sessanta, pensare di chiudere i manicomi.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

La possibile realizzazione di una utopia: progetto per una psichiatria olistica

Walt Disney diceva che se sogni qualcosa allora la puoi realizzare.

La trasformazione di un sogno in realtà necessita, tuttavia, di una visione chiara da perseguire, di un gruppo preparato e competente che lavori in modo affiatato condividendo valori e intenti, metodi e strumenti operativi e finanziari, per realizzare quel programma d'intervento integrato, introdotto nel paragrafo precedente, che potrebbe essere l'avvio dell'ammodernamento del comparto psichiatrico italiano.

Partiamo con la creazione di una *vision* etica.

Il nostro scopo - di Medici, Psichiatri, Psicologi, Infermieri, Educatori, Operatori sociosanitari, Assistenti sociali - è usare nella vita le abilità che ci sono state donate e le competenze professionali apprese mettendole al servizio degli altri.

La creatività, l'entusiasmo, la passione, l'allegria, la sensibilità, l'intuizione, il desiderio di verità, la capacità di ascoltare e parlare con il cuore, l'affidabilità sono le capacità su cui si fonda la nuova struttura per il benessere psicofisico (spirituale), che ha negli spazi coreografici ed esteticamente ordinati il suo centro organizzativo ispirato al rispetto della Natura che ci accoglie.

I materiali, la tecnologia pulita ed ecologica utilizzati sono ispirati dall'ideale della bellezza d'insieme, per ricreare un ambiente che favorisca e alimenti il senso d'appartenenza al gruppo da parte sia dell'équipe sia dei pazienti e dei loro familiari.

Un luogo di incontro per coloro che sentano il desiderio profondo di ritrovare se stessi, lavorando con persone unite dall'amore e dalla volontà profonda di stimolare la valorizzazione delle qualità personali, il rispetto altrui e il sostegno reciproco contribuendo così alla nascita di un mondo migliore per tutti.

La realizzazione di uno spazio e la definizione di un tempo da dedicare al benessere ecologico - all'espressione del potenziale energetico individuale in modo trasparente, nel massimo rispetto della natura, degli altri, degli accordi e delle regole condivisi - permettono di organizzare attività terapeutiche e fisiche, corsi, incontri informativi, seminari di meditazione, serate dedicate alla lettura di testi, incontri di gruppo, colloqui e momenti conviviali coordinati da un team che lavora con metodo, professionalità, regole e valori chiari, rispetto dell'ambiente di cui fa parte e, soprattutto, che opera con l'intenzione di espandere e diffondere l'*energia del cuore*.

La presenza sul territorio di un luogo di diffusione della cultura del benessere psico-fisico-spirituale è garanzia di un sistema operativo efficace e armonico, che può essere esportato in quegli ambienti che condividano le finalità e i valori fondanti del nuovo approccio psichiatrico: il miglioramento della qualità della vita dell'individuo si basa sul rispetto di tutti gli elementi del sistema uomo, organico-biologici, emotivi, mentali, etico-spirituali.

È necessario poi definire una *mission* chiara e precisa che orienti nel percorso di creazione del nuovo sistema psichiatrico nazionale che fonda le sue radici nel modello basagliano ed evolve verso forme integrate di terapia, in strutture di tipo naturalistico (fattorie sociali, centri rieducativi/formativi rurali).



Roberta Riccato
Psicologo

Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Obiettivo è la sperimentazione di un **progetto pilota** basato sull'organizzazione di un servizio a 360 gradi che consenta di offrire alla cittadinanza, accanto alle cure mediche tradizionali (psicofarmaci/"cerebro-farmaci"), **cure alternative** mediante la somministrazione di sostanze naturali e l'erogazione di terapie psicologiche individuali (percorsi di supporto psicologico, psicoterapia) e di gruppo (T-group, psicodramma) associate a corsi rieducativi basati sul movimento fisico (yoga, pilates, rio abierto, metodo Feldenkrais), a incontri di carattere spirituale, per i ricercatori di questa dimensione umana (seminari cristiani, islamici, ebraici, buddisti), per finire con stage operativi di vita nei campi (corsi di agraria, giardinaggio, apicoltura).

Questo tipo di attività sarà differenziato per tipologia di utenza, pazienti, familiari dei degenti, cittadini interessati al proprio benessere interiore per ridurre i carichi di stress, semplici simpatizzanti e curiosi.

La struttura idonea a fornire questo tipo di servizio diffuso sarà il nuovo **C.I.B.**, Centro Integrato per il Benessere psicofisico (spirituale) del Servizio Sanitario Nazionale, che rimarrà il centro di **collegamento con tutte le altre strutture sanitarie** che si occupano di tutela della salute mentale e manterrà in vigore tutti i principi della precedente rivoluzione basagliana, prime fra tutte le cosiddette *porte aperte*.

Occorre a questo punto un **piano d'azione quinquennale** per il periodo 2013 - 2017.
(*Sono un'inguaribile ottimista!*).

2013	Elaborazione del business plan del progetto complessivo con creazione della squadra di collaboratori; presentazione del progetto pilota alle autorità competenti con possibilità di cooperazione transfrontaliera nelle zone di confine.
2014	Ricerca di finanziamenti pubblici nazionali ed europei, privati, donazioni, lasciti.
2015	Ricerca dei siti ottimali per la creazione del centro; concorso di idee per la realizzazione delle strutture di accoglienza (ambulatori, uffici, stanze, bagni, sale comuni, palestre, mense, bar, annessi agricoli, piccole rivendite di generi di prima necessità).
2016	Avvio dei lavori di realizzazione delle strutture.
2017	Selezione degli operatori all'interno del personale sanitario ed erogazione di formazione gestionale a tutti gli addetti ai lavori, a opera di consulenti Psicologi esterni o assunti per occuparsi degli aspetti organizzativi; campagna di comunicazione per informare i cittadini dei nuovi servizi offerti alla collettività.
2018	Inaugurazione del primo CIB del Servizio Sanitario Nazionale, nel giorno scelto per diventare la giornata annuale (nazionale o internazionale) del benessere psicofisico (spirituale).

Sono consapevole che questo progetto è ambizioso, ma sapendo che anche un battito d'ali di farfalla in Cina può scatenare una valanga sulle Alpi, per le reazioni a catena cui dà luogo, **spero che questo mio vagheggiare diventi un progetto realizzato** da qualche magnate della finanza che vuole redimersi attraverso un'*opera magna*. Ad esempio potrebbe stanziare i fondi necessari alla realizzazione del primo C.I.B. italiano il cui nome potrebbe essere "*CIB Sogni con le Ali*".

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Conclusioni

Verificare una teoria con il metodo sperimentale significa definire un'ipotesi di partenza o ipotesi nulla e un'ipotesi alternativa che - se confermata - inficerebbe la prima, cioè il presupposto iniziale di cui si voleva comprovare la veridicità.

Nella visione alla base di questo articolo c'è l'ipotesi che, se il modello di Basaglia non funziona, la causa è da ricercarsi nella disapplicazione delle sue linee guida. L'ipotesi alternativa invece presuppone che, una volta eliminate le anomalie gestionali e applicative, il modello basagliano risulti effettivamente inadeguato.

Quello che si può rilevare dalle osservazioni empiriche e dalle testimonianze di pazienti, familiari e del personale è che l'ipotesi alternativa semplicemente non può essere esaminata, perché le anomalie applicative del modello sono sparse a macchia di leopardo nelle strutture psichiatriche italiane.

Le realtà virtuose che esistono sul territorio si scontrano comunque con un apparato sanitario burocratizzato da un lato, e caratterizzato da una visione di tipo medico organicista nella conduzione delle cure dall'altro.

Questo riduce la portata degli effetti benefici dei trattamenti effettuati nei reparti psichiatrici o nei CSM integerrimi nell'applicazione del modello, perché non trovano riscontro in una visione globale della salute psicologica centrata sull'integrazione di molteplici approcci riabilitativi.

Nella *top five* degli **ostacoli** alla manifestazione completa delle potenzialità del modello basagliano, dal mio punto di vista, possono comparire:

1. **Mancanza di una reale cultura psichiatrica** nella classe Dirigente politica e sanitaria, distante dalla prima linea dove avvengono gli accadimenti assistenziali quotidiani.
2. **Prevalenza di una visione medico organicistica delle cure** psichiatriche delle malattie mentali, la cui causa è considerata di natura prevalentemente biologica piuttosto che psicofisica, esistenziale, etica, spirituale.
3. **Egemonia della terapia farmacologica** a discapito di altri tipi di intervento, senza che ci sia una reale cura della causa della malattia mentale, per altro di difficile individuazione eziologica.
4. **Burn out o demotivazione del personale** medico e infermieristico sottoposto a condizioni lavorative molto lontane dai parametri del cosiddetto benessere organizzativo.
5. **Disattenzione verso gli aspetti umani e sociali delle cure** psichiatriche prestate, specialmente, ai ricoverati. Non ultimo il caso di **Francesco Mastrogiovanni**, maestro elementare di 58 anni prelevato in una mattina di fine luglio del 2009 dalle forze dell'ordine da un campeggio del Cilento nel quale stava trascorrendo le vacanze, per un T.S.O., Trattamento Sanitario Obbligatorio. Ricoverato al centro di Salute mentale dell'ospedale di San Luca, a Vallo della Lucania, il Maestro viene quindi legato a un letto e - dopo 94 ore di calvario, nel corso delle quali viene completamente abbandonato a se stesso dal personale medico - muore. Nell'autunno del 2012 si è svolto il processo a carico dei sanitari in servizio durante il ricovero di Mastrogiovanni - imputati di sequestro di persona, falso in cartella e omicidio colposo - che ha portato alla condanna in primo grado di 6 medici e all'assoluzione degli infermieri (Ndr. Depositata a maggio 2013).

Come avrebbero potuto essere i servizi psichiatrici se veramente ci fosse stata una rivoluzione culturale nella società che avesse modificato il paradigma delle cure mediche su base biologica in un costrutto più umano, basato su terapie centrate sulla persona come sistema socio-biopsichico?



Forse noi saremo i fortunati che vedranno realizzata questo tipo di medicina integrata, dove il pragmatismo occidentale e l'armonia orientale si sposano per fornire all'uomo ciò di cui necessita per vivere in modo sano: equilibrio tra mente e cuore, tra fare e meditare, tra economia e Natura.

È tempo di progettare una nuova forma di Psichiatria integrata con la Psicologia del lavoro - per ovviare ai problemi organizzativi e gestionali che hanno minato lo sviluppo del modello basagliano finora - e con tutte le terapie alternative che danno benefici reali, scardinando in questo modo l'egemonia assoluta della cura farmacologica.

Le lobby farmaceutiche potrebbero semplicemente investire i loro soldi nella medicina alternativa di tipo erboristico e omeopatico, invece di continuare a speculare su farmaci di sintesi che danno enormi effetti collaterali. La sola terapia farmacologica, inoltre, non è sufficiente a migliorare le condizioni di salute del paziente, che ha bisogno di un corredo ad ampio raggio di proposte curative per soddisfare tutti i molteplici bisogni interiori.

Nella teoria generale dei sistemi - quando non si trova una soluzione a un problema in un certo contesto - bisogna cambiare prospettiva e osservare le dinamiche da un'altra angolazione, esterna alla situazione analizzata, in modo da trovare **soluzioni creative** che inglobino le posizioni contrastanti e le uniscano in una proposta complessiva di portata maggiore.

Il dottor **Basaglia** quando incontrava una difficoltà, o era attaccato per le sue proposte rivoluzionarie, **non rispondeva con giustificazioni** sul proprio operato ma sviluppava ulteriormente il suo modello, rendendolo ancora più utopistico per le menti razionali dell'epoca.

Quando a Gorizia fu attaccato per aver impostato il manicomio come una comunità terapeutica, la sua risposta fu di andare avanti per la strada intrapresa e aprire il manicomio ai malati permettendogli di uscire dall'ospedale e alla cittadinanza permettendole di entrare, organizzando feste e confronti pubblici.

Ritengo quindi che, per **superare la diatriba se riaprire o no i manicomi** (eh sì, purtroppo ancora oggi c'è chi sostiene la necessità di riaprirli anche se camuffati da ricoveri denominati *Trattamento necessario extraospedaliero prolungato*, vedi articoli 5, 8 e 9 della Proposta di Legge Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica, 17 Maggio 2012), si possa immaginare di strutturare il servizio psichiatrico in modo evoluto. Ad esempio ci si potrebbe adoperare per creare, appunto, quelli che ho fantasticamente chiamato C.I.B. *Centri per il Benessere psicofisico* (spirituale), dove **applicare** tutti i **moderni approcci gestionali e curativi**.

Qualsiasi cosa decideremo di fare dobbiamo ricordarci che - nonostante possano essere implementati nuovi progetti, ristrutturati processi organizzativi e comunicativi, attivati corsi di formazione manageriale per dirigenti di vertice, create strutture moderne - **nessuno strumento avrà successo se ciascuno degli attori coinvolti** nella piramide organizzativa - partendo dal personale apicale, più distante dalla *prima linea* dove si scatenano i problemi concreti - **non ritornerà in contatto con l'umanità** insita in ciascuno di noi ed **espressa in modo evidente dalle persone con disturbi mentali**: emotività, desiderio di sincerità e lealtà nei rapporti interpersonali, semplicità, veridicità nelle affermazioni, ricerca della purezza interiore nascosta sotto strati di condizionamenti, sofferenza estrema e gioia illimitata per le piccole cose che la vita può offrire.

«Non puoi insegnare qualcosa a un uomo, puoi solo aiutarlo a trovarla dentro di sé».
(San Francesco d'Assisi)

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Bibliografia

- Piccione R., "Manuale di Psichiatria", Bulzoni Editore, Roma, 1995
- Bertali M., "Psichiatria come medicina dell'anima", Macroedizioni, 2006
- Bottaccioli F., "Psiconeuroendocrinoimmunologia", Red Edizioni Milano, 2005
- Stival G., "Una nuova cultura del benessere", I, II, Omnisalus 2007

Sitografia

- Loi A., "La psichiatria cambi passo e diventi 'sovversiva': più terapie alternative, meno farmaci", Intervista al Dottor Alessandro Coni
notizie.tiscali.it/articoli/interviste/12/04/psichiatria_trekking_semus_fortes.html
- "Lo legano al letto per 94 ore e muore: medici e infermieri a processo", Articolo sulla storia di Francesco Mastrogiovanni
www.ilsalvagente.it/Sezione.jsp?idSezione=17647&lookfor=mastrogiovanni
- Santucci U., "Problem setting e problem solving"
www.problemsetting.it/pages/sett_solv.htm
- Redazione Ministerosalute.it, Ministero della Salute, sezione Salute Mentale, "Assistenza psichiatrica in Italia - Rilevazione 2001"
www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?sub=0&id=115&area=ministero&colore=2&lang=it
- Formez PA, Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A.
www.formez.it/notizie/valutare-le-performance-delle-pubbliche-amministrazione%20i-traorganizzazione-e-individuo.html
- Pelizzoni B., Minichillo F. (a cura di), "I Circoli di ascolto organizzativo. Dall'analisi del benessere organizzativo all'esperienza dell'ascolto nelle amministrazioni pubbliche", Dipartimento della Funzione Pubblica
www.magellanopa.it/kms/files/I_circoli_dascolto.pdf
- Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione
www.sspa.it
- Dipartimento di Salute Mentale Trieste, Programmazione
www.triestesalutementale.it/dsm/programmazione.htm
- Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo
www.confbasaglia.org/
- S.O.S. Cervello, Campagna sociale di psicofarmaco-vigilanza
www.sos-cervello.it/index.php?m=1
- Testo integrale Proposta di legge "Trattamento necessario extraospedaliero prolungato", Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccio, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri
manicomionograzie.it/

Altre letture su HT

- Riccato R., "[Basaglia: cinquanta anni di lotte e successi](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 94, 2012
- Canis L., "[Le comunità terapeutiche. Quando la vocazione si scontra con "alcune" realtà!](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 72, 2012