



Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale

QUADRIMESTRALE

ANNO VI – N°3 – DICEMBRE 2012

Sommario



PRIMA PAGINA

- Valutazione esito delle attività di gruppo per lo sviluppo della competenza sociale, in un campione di pazienti schizofrenici ricoverati in una comunità riabilitativa ad alta assistenza
di Marianna Mai, Alessandra Mosca, Emilio Sacchetti

LA VIA ITALIANA

- NORDIC WALKING: un'esperienza innovativa per la Riabilitazione psichiatrica
di Ilaria Caggio

- "La Grande Mela" viaggio-avventura a New York
di Carlo Scovino

IL LAVORO E I SERVIZI

- Percezioni personali e relazionali del tempo nella patologia e nella riabilitazione. Parte 2
di Sara Bignamini, Massimo Rabboni

- Progetto di tirocinio risocializzante "Il laboratorio delle risorse"
di Claudio Manenti

LE REGIONI

RECENSIONI

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: A. Vita
Presidente eletto: G. Corrivetti
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpiniello, G. Saccotelli, R. Roncone
Vice-Presidenti: J. Mannu, C. Viganò
Segretario Generale: D. Semisa
Tesoriere: L. Berti
Coordinatore delle Sezioni Regionali: D. Lamonaca
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F. Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D. Labarbera, D. Nicora, A. Mombello, M. Papi, F. Pesavento, L. Pingani, M. Rigatelli, R. Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni Matacchieri, E. Visani
Delegato S.I.P.: P. Peloso
Revisori dei Conti: I. Boggian, M. Peserico, D. Ussorio
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: M. Nicotera
Campania: U. Volpe
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: J. Mannu
Lombardia: C. Viganò
Liguria: A. Ferro
Marche: E. Alfonsi
Molise: S. Tartaglione
Piemonte: G. D'Allio
Puglia: P. Nigro
Toscana: C. Rossi
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: A. Baita
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETERIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International
Congress SRL - via dei Contarini 7 -
Milano - Registrazione Tribunale Milano
n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori.

L'immagine in copertina, è stata realizzata all'interno del Centro Diurno, Psichiatria II, DSM dell'A.O. Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

Valutazione esito delle attività di gruppo per lo sviluppo della competenza sociale, in un campione di pazienti schizofrenici ricoverati in una comunità riabilitativa ad alta assistenza

di Marianna Mai, Alessandra Mosca**, Emilio Sacchetti****

Abstract

This experimental study was directed towards schizophrenic hospitalized patients and their social skills sets. The impairment of communicative and interpersonal skills hinders the achievement of personal objectives and the completion of social roles, preventing the establishment of meaningful relationships and prejudicing the functional outcome. According to evidence-based medicine, we started social skills training based on Spivak's method: Group Activities for improving Social Competence, consist of team working to learn and develop coping and problem solving skills. Thus sixteen schizophrenic patients were involved in this training to strengthen six macro abilities: decision-making, communication, problem solving, task management, social perception and socialization. This paper describes the rehabilitation results to verify the validity and the effectiveness of social skills training, considering clinical symptoms, general and social functioning, needs and quality of life, before and after the rehabilitation treatment. According to statistical analysis the experimental group obtained improvements compared to the control group, other sixteen schizophrenic patients not included in the training. The value of unmet needs dropped significantly and the parameters of social adjustment and quality of life were statistically significant. Social Skills Training positively influenced communication and interpersonal skills in patients and promoted good mood with a quicker Recovery. Psychopathological parameters did not change significantly because of these limits: low number of patients, reduced timing of training, absence of healthy control group and follow up, lack of combination with cognitive rehabilitation and the venue's high assistance. Social Skills training encourages social adaptive models that need to be consolidated and generalized through exercises and experiences that are familiar and realistic in the patient's life.

Introduzione teorica

È stato ampiamente riconosciuto e descritto nella letteratura scientifica lo scadente funzionamento psicosociale legato alla schizofrenia. La disabilità socioaffettiva che caratterizza i pazienti affetti da questa patologia è legata alla sintomatologia clinica, a fattori neurocognitivi, così come ai deficit di abilità di coping e problem solving, che portano a uno scarso repertorio di abilità sociali e strumentali [1]. La mancanza o la compromissione di queste competenze relazionali ostacolano il raggiungimento di obiettivi personali e l'espletamento di modelli e ruoli sociali soddisfacenti, impediscono di stabilire e mantenere legami significativi e pregiudicano la prognosi dell'outcome funzionale nella schizofrenia. I dati evidence-based sottolineano l'importanza dei trattamenti psicosociali nel ridurre tali limitazioni, tramite lo sviluppo delle abilità sociali. L'acquisizione di tali competenze costituisce il presupposto necessario per promuovere il benessere personale, sociale e occupazionale dei soggetti vulnerabili, in contrapposizione agli eventi stressanti che incidono sull'adattamento e sulla loro qualità della vita [2]. Padroneggiare le situazioni stressanti (interpersonali e intrapersonali), sviluppando una nuova identità

in grado di dirigere gli eventi, è un fattore fondamentale per l'espletamento dei ruoli sociali e per rinforzare il senso di sé, poiché consente di affrontare le prove quotidiane, di apprendere dall'esperienza e di funzionare nelle principali aree dell'esistenza. I Social Skills Training si fondano sul presupposto che la capacità di rispondere in modo adeguato alle situazioni sociali può essere acquisita attraverso contesti strutturati di apprendimento, dove i comportamenti si modificano attraverso l'esperienza affettiva e la pratica strumentale, ma soprattutto in base al riscontro delle conseguenze che un determinato repertorio comportamentale determina [3]. Si tratta, dunque, di mettere in grado la persona di discriminare sensibilmente i segnali di ritorno, feedback di rinforzo o correttivi, che provengono da sé stessi e dagli altri, al fine di individuare l'abilità sociale più funzionale per fronteggiare un preciso contesto ambientale. Un'abilità è saper far qualcosa bene, nei tempi e nei modi appropriati, è compiere una scelta diretta al raggiungimento di uno scopo, che si manifesta con l'esecuzione di azioni e una sequenza osservabile di comportamenti. Durante un programma di Social Skills Training è possibile acquisire un numero limitato di abilità alla volta e risulta importante che il terapeuta scelga quelle appropriate, adattando le procedure standard alle problematiche, alle esperienze e alle esigenze di ogni partecipante. Il terapeuta deve essere in grado di selezionare le abilità mancanti di maggiore utilità per tutti, che possano quindi trattare con flessibilità una varietà di problemi comuni e possano agevolare il raggiungimento di scopi diversi [4]. Allo stesso tempo le abilità possono essere standardizzate e confrontate con un modello comportamentale ideale perché non sono correlate a motivazioni, personalità e attitudini soggettive innate; possono essere apprese e generalizzate a diverse circostanze, vengono messe in atto per una ragione e variano a seconda degli obiettivi, delle persone coinvolte e delle caratteristiche del contesto. Il teorico Mark Spivak [5] parla di abilità critiche che portano la persona all'adozione di Comportamenti Socialmente Competenti, ovvero condotte che consentono all'individuo di portare a termine un compito o di costruire e mantenere una relazione, secondo aspettative sociali e personali, nelle principali aree del proprio spazio vitale. Il programma di riabilitazione teorizzato da Spivak [6] si articola intorno alle Attività di Gruppo di Competenza Sociale (AGCS), le quali sono contesti gruppali, strutturati per l'apprendimento e l'incremento di abilità sociali, all'interno dei quali vien data la possibilità ai singoli pazienti di rimanere sempre in contatto relazionale con altri utenti attraverso l'attuazione di specifiche attività di condivisione. Si tratta, quindi, di organizzare situazioni dove lo stare con altre persone lavorando in gruppo porta ciascun individuo a sperimentare che l'assunzione di una piccola responsabilità può avere come conseguenza, a lui favorevole, l'apprezzamento degli altri per aver portato il proprio contributo e aver partecipato costruttivamente a una causa comune. Con le AGCS si possono perseguire i seguenti obiettivi generali: riattribuire le aspettative proprie e altrui, neutralizzare l'isolamento attivo e passivo, ridurre l'ostilità verso il contesto sociale, riappropriarsi di un valore personale, acquisire un ruolo sociale, osservare diversi modelli sociali, contrastare l'impoverimento e il deterioramento del linguaggio verbale, sperimentare un senso di appartenenza, di reciprocità e di collaborazione e allenarsi nell'organizzazione spazio temporale dei compiti e degli eventi [7]. Il conseguire risultati positivi nelle interazioni sociali o nell'esecuzione di compiti sempre più complessi, all'interno delle AGCS, non deve essere vissuto come evento predittivo di futuri fallimenti e ricadute, ma una gratificazione per un modo socializzato di esprimersi, interagire e di realizzarsi. L'ambiente terapeutico deve essere strutturato in modo tale che le richieste relative ai compiti, le ricompense e le aspettative siano commisurate al repertorio comportamentale di ciascun paziente. Gli operatori intervengono attivamente perché l'individuo agisca con successo nelle interazioni, in situazioni sempre più conformi a quelle che incontrerà nel proprio sottogruppo sociale, senza dare inizialmente per scontato che il paziente possieda

le abilità sociali (inutilizzate o disapprese) necessarie per stabilire efficacemente relazioni affettive, strumentali, comunicative e organizzative.

Scopo dell'indagine

L'obiettivo di questo studio osservazionale caso-controllo è stato quello di analizzare e valutare gli effetti di un Social Skills Training, ispirato alla metodologia operativa delle Attività di Gruppo per la Competenza Sociale (AGCS), sull'andamento clinico, sul funzionamento psicosociale e sulla qualità della vita di un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia, verificandone la validità e l'efficacia riabilitativa.

Materiali e Metodi

A inizio anno 2014, un gruppo di addestramento sulle abilità sociali (Gruppo di Abilità Sociali - GAS) è stato proposto ad un campione di pazienti schizofrenici ricoverati presso la Comunità Riabilitativa ad Alta assistenza (CRA) di via Palermo 16 a Brescia, sede appartenente all'Unità Operativa 22 del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASST "Spedali Civili" di Brescia. Al fine di determinare chi potesse partecipare al training o essere selezionato per il gruppo di controllo, sono stati definiti come criteri di inclusione la diagnosi primaria di schizofrenia, l'età compresa tra i 18 e i 55 anni, disponibilità al trattamento, difficoltà relazionali e sociali esplicitate e descritte nel Piano Terapeutico Riabilitativo di ciascun paziente. Nel gruppo sperimentale sono stati inseriti in modo randomizzato 16 pazienti, divisi in tre sottogruppi, due da sei e uno da quattro, che si sono susseguiti all'interno del GAS nel corso dell'anno. Il campione di controllo, costituito dai restanti 16 pazienti, non ha intrapreso uno specifico e strutturato training di addestramento sulle abilità sociali, ma ha continuato a partecipare alle altre attività riabilitative offerte dalla comunità terapeutica. Tutti e 32 i pazienti (18 M e 14 F) coinvolti nello studio hanno continuato ad assumere la terapia farmacologica e a perseguire gli obiettivi generali previsti dai singoli Piani Terapeutici Individuali. Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione dello studio, rappresentate attraverso gli indici della statistica descrittiva quali $media \pm deviazione\ standard$, sono le seguenti: età gruppo riabilitativo $39,81 \pm 12,05$ ed età gruppo controllo $35,81 \pm 8,58$, età esordio g.r. $24,38 \pm 6,90$ ed età esordio g.c. $24,50 \pm 8,17$, durata di malattia g.r. $15,44 \pm 8,13$ e durata malattia g.c. $11,31 \pm 8,59$. I due gruppi sono risultati così omogenei, senza differenze significative a T0 e quindi statisticamente confrontabili.

Il GAS è stato svolto nell'arco della mattinata di un giorno infrasettimanale prestabilito, per la durata di 1 ora e 15' a incontro, per un totale di dodici sedute per training (durata di tre mesi), più colloqui individuali orientativi all'inizio e di restituzione e feedback alla fine. L'intervento riabilitativo ha seguito uno schema tecnico strutturato sia per l'organizzazione dei singoli incontri che del percorso nella sua globalità. Si è dimostrato necessario pianificare una strategia di lavoro predefinita e stabile come linea guida per affrontare gli obiettivi generali del gruppo ma in corso d'opera ci si è anche affidati alle esperienze di vita dei partecipanti ai training per potenziare l'apprendimento delle abilità sociali richieste. Il programma riabilitativo che ho elaborato e condotto si è occupato di sei macro abilità (decidere, trattare gli argomenti, gestire i conflitti, completare un compito, capacità di percezione sociale e fare amicizia), costituite a loro volta da una serie di abilità specifiche; per ognuna di queste macro competenze sono stati dedicati due incontri di ciascun training. Ogni primo incontro è stato costruito sulla spiegazione dei passi di una o più abilità specifiche legate alla macro competenza in questione, mentre il secondo è stato dedicato al fare pratica attraverso le AGCS (trasportate all'interno di questo tipo di Social Skills Training come strumenti utili per esercitarsi concretamente

sulle abilità sociali discusse). Ogni AGCS si è sviluppata in tre fasi: suddivisione dei compiti tra gli utenti, esecuzione dei compiti condivisi e valutazione dell'esito del «fare comune»; la specifica attività di gruppo da svolgere per ogni abilità di riferimento è stata da me formulata e guidata, in collaborazione con l'educatore co-conduttore. Le parti più teoriche del GAS hanno mirato ad un apprendimento cognitivo, giochi e role playing ad un apprendimento più esperienziale, condivisioni e ascolto reciproco ad un apprendimento affettivo, il metodo delle AGCS ad un apprendimento cooperativo, mentre l'uso sporadico di aneddoti e metafore è stato utile a favorire un apprendimento intuitivo. I compiti a casa, invece, hanno permesso di lavorare specificatamente sulle interazioni sociali quotidiane di ognuno, legate sia all'interno che all'esterno della comunità.

I soggetti inclusi nello studio sono stati sottoposti a una valutazione a inizio (T0) e fine (T1) trattamento relativamente alle seguenti aree d'indagine: clinica-psicopatologica, funzionamento generale e sociale, bisogni di cura e qualità della vita. Le scale cliniche utilizzate sono state: la Positive And Negative Symptoms Scale (PANSS) per la misurazione dei sintomi psicotici (positivi, negativi e psicopatologia generale) e la Clinical Global Impression – Severity Score (CGI-S) per l'indice di gravità di malattia. Le scale funzionali utilizzate sono state la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF o GAF), Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) per la valutazione dello stato di salute generale, la Camberwell Assessment of Need - Staff (CAN-S) per l'identificazione da parte degli operatori dei bisogni soddisfatti e insoddisfatti degli utenti, la Social Adaptive Functioning Evaluation (SAFE) per misurare la severità del deficit nelle aree relative alle abilità sociali, interpersonali, strumentali e funzionali e il Quality of Life Index (QL -Index) che esplora l'attività occupazionale, la vita quotidiana, la salute fisica, il supporto da parte dei famigliari e lo stato d'animo del paziente durante l'ultima settimana trascorsa.

Analisi statistica e relativi risultati

I dati relativi alle valutazioni cliniche e funzionali sono stati sottoposti, attraverso l'utilizzo del programma computerizzato IBM SPSS Statistics, al test parametrico T di Student per campioni indipendenti, effettuato sulla variazione (T1-T0) dei punteggi delle scale considerate. Considerando un intervallo di confidenza al 95%, la significatività dei risultati considerata è data da $p \leq 0.05$.

- Scale cliniche

Per la *Sottoscala Positiva* della PANSS (*sintomi positivi*), un lieve miglioramento del punteggio si è evidenziato in entrambi i gruppi, ma non in modo statisticamente significativo.

T-test PANSS +	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-2,56 ± 1,96	,527
Gruppo controllo	-3,12 ± 2,92	

Per la *Sottoscala Negativa* della *PANSS* (*sintomi negativi*) i valori, che si attestavano quasi a quelli iniziali, non sono risultati significativi.

T-test PANSS -	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-1,00 ± 0,97	1,000
Gruppo controllo	-1,00 ± 1,55	

Per la *Sottoscala Generale* della *PANSS* il miglioramento della psicopatologia globale ha interessato entrambi i gruppi, senza però differenze significative tra le medie.

T-test PANSS G.	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-3,69 ± 2,63	,544
Gruppo controllo	-4,31 ± 3,11	

Per la scala *CGI*, per quanto riguarda la gravità della patologia, i valori sono rimasti quasi invariati rispetto alle valutazioni iniziali, non determinando una variazione significativa.

T-test CGI	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-0,31 ± 0,48	,481
Gruppo controllo	-0,44 ± 0,51	

- Scale funzionali

Per la scala *VGF*, il funzionamento generale è migliorato in entrambi i gruppi, senza però che il parametro sia risultato statisticamente significativo.

T-test VGF	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	6,06 ± 4,23	,416
Gruppo controllo	4,69 ± 5,15	

Per la scala *HoNOS*, la differenza nella variazione dei punteggi è risultata statisticamente significativa tra i due gruppi, con un miglioramento più rilevante all'interno del gruppo riabilitativo.

T-test HoNOS	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-5,81 ± 1,38	<u>,009</u>
Gruppo controllo	-4,37 ± 1,54	

Per la *Sottoscala Sociale della HoNOS (item 9-12)*, il miglioramento del gruppo riabilitativo è risultato statisticamente significativo rispetto ai valori ottenuti dal gruppo di controllo.

T-test HoNOS – Social Subscale	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-2,06 ± 0,77	<u>,005</u>
Gruppo controllo	-1,12 ± 0,96	

Per la scala *CAN - Bisogni Soddisfatti (Quantità di 1)*, la differenza tra i due gruppi non è risultata statisticamente significativa.

T-test CAN Q1	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	1,06 ± 3,41	,329
Gruppo controllo	0,00 ± 2,58	

Per la scala *CAN - Bisogni Insoddisfatti (Quantità di 2)* si è evidenziato un miglioramento in entrambi i gruppi senza, però, una differenza statisticamente significativa tra casi e controlli.

T-test CAN Q2	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-3,81 ± 2,53	,144
Gruppo controllo	-2,56 ± 2,16	

Alla scala *SAFE*, la differenza tra i due gruppi non è significativa a livello statistico.

T-test SAFE	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	-14,44 ± 4,53	,055
Gruppo controllo	-11,75 ± 2,91	

Per la scala *Quality of Life – Index*, la valutazione ha rivelato una differenza statisticamente significativa tra le medie della variazione dei punteggi all'interno dei due gruppi.

T-test QL-Index	Variazione T1-T0 Media±DS	P
Gruppo riabilitativo	3,94 ± 1,34	<u>,001</u>
Gruppo controllo	2,12 ± 1,40	

Discussione

Le scale di valutazione che evidenziando differenze marcate tra le medie delle variazioni tra i punteggi dei due gruppi sono la HoNOS, la sua Social Subscale e il QL-Index. Ciò evidenzia un miglioramento dello stato di salute generale nei membri del gruppo riabilitativo e soprattutto una variazione significativa alla sottoscala sociale della HoNOS (items: rapporti interpersonali, vita quotidiana, condizioni di vita e attività occupazionali e ricreative), la quale fornisce una misura più specifica delle abilità sulle quali si è focalizzato il training riabilitativo. Molto interessante è il trend di significatività evidenziatosi alla scala *SAFE* in quanto strumento di osservazione specifica per la valutazione della compromissione di quelle abilità/capacità che l'individuo mette in campo nella quotidianità di un contesto residenziale (Igiene personale, Abbigliamento, Alimentazione, Gestione denaro, Pulizia e gestione spazio di vita, Orientamento/mobilità, Controllo dell'impulsività, Rispetto della proprietà, Abilità di comunicazione, Abilità di conversazione, Abilità sociali strumentali, Appropriatelyzza sociale/educazione, Interazioni sociali, Amicizie, Tempo libero, Partecipazione ai programmi della struttura e Adesione al trattamento). In linea con alcuni studi presenti in letteratura sull'esito di Social Skills Training [8 e 9], l'indice di qualità della vita è risultato statisticamente significativo nel gruppo riabilitativo, il quale ha ottenuto miglioramenti nella gestione della vita quotidiana e nello stato d'animo. Il fatto che il resto dei parametri considerati non abbia mostrato una significatività statistica può essere legato ad alcuni limiti di questo studio sperimentale. La bassa numerosità del campione (32 pazienti), per esempio, non permette di porre inferenze statistiche rappresentative di una popolazione. È importante anche riconoscere che questo training di abilità sociali è stato elaborato e condotto all'interno di una comunità riabilitativa che eroga programmi ad alta intensità e numerosità di interventi terapeutici. Per questo motivo, quindi, il GAS potrebbe non essere risultato così efficace da fare la differenza rispetto alle altre attività riabilitative di secondo livello strutturate in sede, ma né ha

sicuramente confermato il valore. I punti di forza emersi da questo studio sperimentale sono da ritenere validi tanto quanto il riconoscimento dei suoi limiti. Il GAS, infatti, ha contribuito a favorire l'instaurarsi di una relazione significativa di mutuo aiuto tra e con i soggetti partecipanti, permettendo agli operatori coinvolti di conoscerli meglio, di coglierne i bisogni e di formulare con loro degli obiettivi riabilitativi personali. La dimensione gruppale, favorita dall'uso della metodologia delle AGCS, ha portato all'instaurarsi di dinamiche di gruppo più costruttive e adattive, grazie al contributo di ogni membro del training che ha sviluppato e portato agli altri la propria socialità. Sarebbe auspicabile in futuro proseguire con la ripetizione di questo tipo di Social Skills Training in associazione con percorsi di rimedio cognitivo per consolidare gli esiti [10] e con incontri di richiamo, calendarizzati nei mesi successivi, per stabilizzare i risultati nel tempo. Una valutazione in follow up andrebbe a verificare il possibile mantenimento delle abilità acquisite e il conseguente raggiungimento degli obiettivi prefissati, mentre un gruppo di controllo con soggetti sani aiuterebbe a discriminare la reale disabilità sociale dei pazienti del training rispetto alla popolazione generale, rilevandone così una "normalizzazione" delle prestazioni sociali.

Conclusioni

Il Gruppo di Abilità Sociali (GAS) si è dimostrato, così, uno strumento funzionale, utilizzabile dai pazienti nelle interazioni sociali all'interno dello spazio comunitario, perché non si è trattato solo di applicare tecniche riabilitative, ma di far crescere un gruppo di pazienti all'interno di uno spazio relazionale caratterizzato da accettazione reciproca e comprensione. L'ottica filo conduttrice di questo training ha posto l'attenzione alla vita e alla sua qualità, prima ancora che alla malattia, aiutando i pazienti a sviluppare e mettere in campo le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più autostima e autoefficacia, lanciando il messaggio che comportarsi in modo prosociale può diventare un fattore protettivo a scapito dei molti fattori di rischio per la malattia. Il principio fondamentale è stato considerare i partecipanti al training protagonisti del proprio cambiamento, soggetti attivi in grado di apprendere competenze per dirigere la propria vita autonomamente, con successo e soddisfazione, riducendo così lo stato di dipendenza dalle altre persone e dal contesto psichiatrico. Con il GAS è stato fatto un primo passo verso l'obiettivo finale della generalizzazione delle abilità sociali in ambiente reale; per questo gli interventi riabilitativi devono prevedere compiti e richieste sempre più simili al contesto ambientale di vita del paziente. Non ci si può quindi limitare a correggere singole disabilità in ambiente protetto, ma si deve prestare attenzione all'insieme delle caratteristiche personali del soggetto e al suo contesto socio-culturale in cui l'integrazione sociale deve realizzarsi. Questo è possibile permettendo ai pazienti schizofrenici di ampliare il loro repertorio di comportamenti interattivi e adattivi attraverso un percorso riabilitativo integrato, multimodale e multidimensionale con misure terapeutiche cliniche, psicologiche e sociali, raddoppiando così i risultati terapeutici rispetto ai singoli interventi separati.

* Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Fondazione I.P.S. "Cardinal Giorgio Gusmini", Vertova.

** Psichiatra Dipartimento Salute Mentale – UOP 22, ASST Spedali Civili di Brescia.

*** Direttore Dipartimento Salute Mentale, ASST Spedali Civili di Brescia; Professore Ordinario Dipartimento di Scienze cliniche e sperimentali, Sezione di Neuroscienze, Università degli Studi di Brescia.

Bibliografia

- [1] BELLACK A., MUESER K., GINGERICH S. E AGRESTA J., *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia, guida pratica a cura di Giuseppe Nicolò, Centro Scientifico Editore, Torino, 2003.*
- [2] BARBIERI L., BOGGIAN I., LAMONACA D., *Problem Solving nella Riabilitazione Psichiatrica. Guida pratica, Edizioni Erickson, Trento, 2008.*
- [3] CAROZZA P., *Principi di Riabilitazione Psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione, Franco Angeli, Milano, 2006.*
- [4] COLAFELICE M., *Il Training di Abilità Sociali. Un modello italiano, Edizioni Libreria Cortina, Verona, 2003.*
- [5] SPIVAK M., *Introduzione alla riabilitazione sociale. Teoria, tecnologia e metodi di intervento, in "Riv Sper Freniat", 1987.*
- [6] SPIVAK M., *Il piano di trattamento secondo il metodo Spivak, in "Riv Sper Freniat", 1997.*
- [7] CAROZZA P., *La Riabilitazione Psichiatrica nei Centri Diurni. Aspetti clinici e organizzativi, Franco Angeli, Milano, 2003.*
- [8] YILDIZ M., VEZNEDAROGLU B., ERYAVUZ A. E KAYAHAN B., *Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey, in "Int J Psychiatry Clin Pract", n. 8, pp. 219-225, 2004.*
- [9] KASPEREK B., SPIRIDONOW K., CHADZYŃSKA M. E MEDER J., *Quality of life of schizophrenia patients and health related problem solving skills: comparison between the group of patient participated in social skills training and psychoeducation group, in "Psychiatr Pol", n. 36, pp. 717-730, 2002.*
- [10] VITA A., *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Principi, metodi e prove di efficacia, presentazione di Emilio Sacchetti, Springer-Verlag Italia, Milano, 2013.*

NORDIC WALKING: un'esperienza innovativa per la Riabilitazione psichiatrica

*di Ilaria Caggio**

Abstract

This article shows the results and benefits of a group of psychiatric patients through the use of a sportive discipline, the Nordic Walking, as a therapeutic and rehabilitative activity. The choice of the physical activity as rehabilitative therapy is motivated from the fact that the mental health services' operators are working, from several years, with the mental disorder in a comprehensive way, setting also in aspects concerning the physical well-being, not just mental, and lifestyle, often wrong, of their patients. Moreover the characteristics of this discipline are suitable for this kind of patients.

Starting from this premise the operators of C.D. "G. Maccacaro" of Ferrara have felt the need to plan rehabilitative interventions about the bio-psycho-social aspects of psychiatric disorder, focusing on the physical health. The C.D. has made a new project in physical activities scope thanks to the collaboration of Ferrara Nordic Walking Association, who had previous experiences with people with other diseases (cardiovascular and neurological diseases). The project "Physical well-being with Nordic Walking" is a rehabilitative psychoeducational intervention within the pathway "Health, Feeding and healthy Lifestyle".

I had the opportunity to collaborate on this project and obtain important results for my professional training.

Introduzione

"Lo studio dei popoli antichi ci fa notare che in tutte le culture il movimento e l'esercizio fisico erano utilizzati come strumenti terapeutici per ritrovare il benessere con se stessi e con l'Altro e quell'armonia di corpo e mente che costituiscono la base per la salute di una persona. Nei secoli, in Occidente, la ricerca di metodologie motorie che avessero anche uno scopo terapeutico divenne sempre più sistematica e scientifica, fino a quando, ad inizio '900, si utilizzò per la prima volta il termine "psicomotorio", con l'intento di definire una sindrome caratterizzata da tratti sia organici, sia psichici; si cominciarono ad osservare con particolare attenzione quei pazienti nei quali i disturbi motori erano associati a quelli mentali in un insieme solidale e interagente: si trattava di una stretta relazione in cui mente e corpo si influenzavano a vicenda"[1]. A partire da questo concetto, da diversi anni gli operatori dei Servizi di Salute mentale cercano di affrontare il disturbo psichico in maniera globale ed integrata e, tenuto conto del rilievo di abitudini e stili di vita scorretti ed inadeguati, oltre che a rischio per varie problematiche di tipo organico (obesità, problemi cardiovascolari, etc.), tentano di mettere a punto programmi volti a correggere abitudini alimentari scorrette, inattività, sedentarietà e lo stile di vita in generale; l'intervento sullo stile e la qualità della vita è ormai parte integrante dei progetti riabilitativi e sempre maggiore rilievo viene dato all'attività motoria.

"I benefici psicologici derivanti dallo svolgimento di regolare esercizio fisico sono ben noti per quanto riguarda la popolazione generale, tuttavia solo da poco tempo si riscontrano effetti positivi anche sulla salute di persone mentalmente svantaggiate. Spesso, persone affette da patologie mentali hanno una

salute fisica precaria e sperimentano una disabilità sia psichiatrica, sia cognitiva, sia sociale; l'attività fisica ha il potenziale di migliorare la qualità di vita di queste persone sia dal punto di vista della salute fisica, sia di quella mentale. Riguardo la salute fisica l'attività sportiva, affiancata ad una dieta controllata e al miglioramento dello stile di vita, ha un ruolo predominante nella perdita di peso e nel ridurre il rischio di aumento dello stesso in persone affette da disturbi mentali, che spesso si trovano in condizioni di sovrappeso o obesità. Riguardo la salute mentale alcuni studi e ricerche evidenziano effetti positivi derivanti dalla pratica di attività fisica soprattutto nei casi di depressione, disturbi d'ansia generalizzata, fobie, attacchi di panico e disturbi da stress. L'esercizio fisico può, inoltre, alleviare i sintomi secondari della schizofrenia, come depressione e isolamento sociale, o essere una strategia per ridurre i sintomi positivi, come deliri e allucinazioni"[2].

Ho sempre creduto nei benefici terapeutici ottenuti mediante il movimento e, come TRP quale sono ora e per il mio interesse nei confronti dell'attività fisica, lo scorso anno ho accettato di partecipare ad un progetto riguardante il tema del Benessere associato alla pratica del Nordic Walking presso il Centro Diurno (C.D.) "G. Maccacaro" di Ferrara in collaborazione con l'Associazione Nordic Walking Ferrara. Da questa esperienza rivelaasi molto interessante e utile alla mia formazione ho tratto risultati degni di nota.

Che cos'è il Nordic Walking?

“Il Nordic Walking è una nuova disciplina sportiva nata in Finlandia nel 1997, che in pochi anni ha conquistato milioni di praticanti in tutto il mondo e consiste nel camminare con l'utilizzo attivo di un paio di bastoncini specifici, appositamente sviluppati per questa disciplina; si mantengono comunque intatte le principali caratteristiche di una naturale tecnica del cammino biomeccanicamente corretta.

Questa disciplina offre un modo naturale e molto efficace per migliorare la propria condizione fisica e per tonificare la muscolatura di tutto il corpo, indipendentemente dall'età, dal sesso e dalla preparazione fisica; è, infatti, considerato uno sport per TUTTI, oltre ad essere divertente, rilassante, poco costoso, non competitivo e praticabile ovunque e in ogni stagione.

Uno dei principi fondamentali del Nordic Walking è che ogni abilità appresa con l'allenamento può essere trasferita nella vita di tutti i giorni per migliorare il proprio modo di muoversi e il proprio benessere; l'obiettivo globale e finale è, infatti, il raggiungimento del Benessere psico-fisico generale della persona"[3].

Praticare il Nordic Walking prevede il rispetto di tre principali momenti in successione: il riscaldamento, l'utilizzo di una tecnica corretta e lo stretching. “Il riscaldamento prevede l'esecuzione di una serie di esercizi prima dell'attività vera e propria, in quanto questa disciplina interessa il 90% dei muscoli del corpo, che necessitano di un'adeguata preparazione prima di essere utilizzati. La tecnica si basa su tre pilastri fondamentali: la postura, la corretta tecnica del cammino e l'utilizzo dei bastoncini specifici; queste tre componenti sono strettamente collegate tra loro da un principio ben definito, cioè che l'utilizzo dei bastoncini non deve modificare il modo naturale di muoversi o di usare il proprio corpo, né disturbare lo schema motorio, la coordinazione o la tempistica del movimento, ma aiutare a migliorare la camminata e la postura, oltre a garantire un naturale ed efficace coinvolgimento della parte superiore del corpo nel lavoro di deambulazione. Lo stretching assume un'importanza basilare in quanto permette di raggiungere la massima flessibilità muscolare; l'allungamento muscolare si ottiene tramite posizioni di massima flessione, estensione o torsione, mantenute per circa 20 secondi, senza superare la soglia del dolore"[4].

Il Nordic Walking a Ferrara

L'Associazione Nordic Walking Ferrara si è costituita con lo scopo di diffondere la conoscenza e la pratica del Nordic Walking, ritenuta dai fondatori una tra le discipline più complete, capace di incidere a 360° sul benessere psicofisico dei suoi partecipanti. L'Associazione è certificata dall'Associazione Nordic Walking Italia (ANWI), che è l'espressione nazionale dell'International Nordic Walking Association (INWA), costituita in Finlandia dagli ideatori e creatori di questa disciplina. L'Associazione è, inoltre, affiliata alla Unione Italiana Sport Per tutti (UISP) di Ferrara, in quanto aderisce alle finalità ideali e programmatiche che esprime: pluralismo dello sport, che consiste nel dare a tutti l'opportunità di muoversi e giocare secondo le proprie abilità e possibilità e inclusione dello sport, inteso come insieme di socializzazione, relazione, amicizia, incontro, dialogo.

La città di Ferrara e la sua provincia offrono, inoltre, molte e diversificate occasioni per praticare il Nordic Walking: le mura, il Parco Urbano, gli argini del fiume Po, le oasi del Parco del Delta del Po, le pinete e le spiagge del litorale, tutti ambienti in cui il fondo è naturale e ben battuto, decisamente adatto per questo tipo di camminata, che offrono paesaggi naturali da poter osservare e che privilegiano la circolazione a piedi per potersi muovere in sicurezza. L'associazione sfrutta questi ambienti per promuovere escursioni con lo scopo di far conoscere e apprezzare ai partecipanti ambiti di pregio naturalistico, architettonico e storico-culturale.

La collaborazione tra il C.D. "G. Maccacaro" e l'Associazione Nordic Walking Ferrara è nata nel 2013 grazie alla "disponibilità dei suoi esperti a lavorare volontariamente nell'ambito della disabilità e all'interesse che da sempre gli operatori del C.D. dimostrano nei confronti dello sport come strumento terapeutico e riabilitativo [5]. La scelta di tale disciplina è dovuta principalmente alle sue caratteristiche: attività sportiva dolce, che non ricerca la competizione, favorisce il miglioramento delle proprie condizioni fisiche e mentali, il movimento in ambienti naturali, la possibilità di relazionarsi con gli altri praticanti e, quindi, la socializzazione; questi aspetti sono perfettamente applicabili a utenti psichiatrici in quanto insieme concorrono al raggiungimento del benessere psicofisico.

Il progetto "Benessere fisico con il Nordic Walking"

A Febbraio 2014 è nato il progetto "Benessere fisico con il Nordic Walking", un intervento di tipo psicoeducazionale organizzato sulle metodologie degli interventi testati in ambito di ricerca, che affiancava la pratica delle tecniche del Nordic Walking al trattamento di tematiche riguardanti la salute fisica e lo stile di vita sano. Il macro obiettivo era quello di fornire ai partecipanti informazioni utili al raggiungimento di uno stile di vita sano e, soprattutto, favorire l'attività motoria; a questo seguivano obiettivi più specifici come aumentare le conoscenze dell'individuo rispetto a temi riguardanti lo stile di vita corretto e la salute fisica, ridurre il rischio di sviluppare patologie mediche derivanti da uno stile di vita inadeguato, migliorare il livello di socializzazione, migliorare il benessere psicofisico e stimolare l'interesse per l'attività motoria. L'attività era suddivisa in una fase informativa in cui venivano trattati temi riguardanti il benessere, lo stile di vita sano, l'alimentazione, l'importanza del movimento e la salute fisica e in una fase pratica, in cui gli utenti venivano coinvolti nella pratica delle tecniche del Nordic Walking.

Il progetto ha avuto una durata di sette mesi, prevedeva l'attività di gruppo una volta alla settimana per circa due ore e per un totale di 34 incontri, coinvolgeva 11 utenti psichiatrici, 4 operatori del C.D. e 2 esperti dell'Associazione Nordic Walking Ferrara, oltre ad eventuali tirocinanti presenti in struttura.

Il gruppo dei partecipanti

L'introduzione di nuove attività all'interno del C.D., una volta definita la struttura del gruppo, prevedeva un'attenta individuazione degli ospiti più idonei da coinvolgere. Il gruppo era costituito da 11 utenti, di cui 5 femmine e 6 maschi. Per la scelta dei partecipanti si era tenuto conto delle seguenti motivazioni: per alcuni dell'interesse dimostrato l'anno precedente durante un'esperienza analoga, per altri della propria storia di cronicità alle spalle o di lunga frequentazione del C.D., proponendo così un nuovo stimolo per continuare a frequentarlo, per altri ancora di lunghi periodi di ricovero avuti precedentemente all'abitare da soli, in modo da evitare l'isolamento e favorire l'inserimento sociale e, per due casi in particolare, si sono voluti verificare gli effetti dell'attività su sintomi clinici specifici (aspetti fobici, allucinazioni uditive).

UTENTI	SESSO	ETA'	STATO ANAGRAFICO	SCOLARITA'	AA MALATTIA	DIAGNOSI
C.B.	F	41	nubile	scuola media sup.	13	Dist. Schizofrenico
B.M.	F	27	nubile	scuola media inf.	5	Dist. Schizofrenico
M.R.C.	F	46	coniugata	scuola media sup.	11	Dist. Depressivo maggiore
C.P.	F	41	separata	scuola media inf.	12	Dist. personalità borderline
V.P.	F	37	nubile	scuola media inf.	5	Dist. Schizoaffettivo
M.B.	M	53	separato	scuola media inf.	11	Schizofrenia paranoide
M.G.	M	47	celibe	scuola media sup.	12	Schizofrenia paranoide
R.B.	M	47	celibe	scuola media sup.	10	Dist. Depressivo maggiore
R.G.	M	38	celibe	scuola media sup.	4	Dist. Schizoaffettivo
S.F.	M	53	celibe	università	2	Dist. Delirante
S.Z.	M	25	celibe	scuola media inf.	4	Dist. Schizofrenico
MEDIA		41			8	

Strumenti e Verifiche

Per valutare l'impatto, l'efficacia, le eventuali criticità e i benefici dell'intero percorso sono stati utilizzati alcuni test e questionari, somministrati all'inizio e al termine dell'intervento e compilate alcune schede di osservazione sia individuale, sia di gruppo da parte degli operatori.

Test e Questionari:

- BSAQOL (Boulder Short Assessment of Quality of Life): somministrato ad inizio e fine percorso, nominativo, ha permesso di ottenere un quadro generale sulla soddisfazione dell'utente riguardo alcune aree, come il lavoro, la vita sociale, il tempo libero, l'abitazione, la sicurezza personale e la salute; si è dimostrato uno strumento semplice e veloce da utilizzare anche da parte di utenti maggiormente compromessi.
- “TEST DI VALUTAZIONE DELLO STILE DI VITA” [6]: è stato somministrato ad inizio e

fine percorso, era non nominativo, ha permesso di indagare su diverse aree riguardanti lo stile di vita della persona, come l'alimentazione, l'assunzione di acqua e alcolici, il fumo, il peso corporeo, l'attività sportiva, gli hobbies e il lavoro; le risposte date dall'utente hanno fornito informazioni su come esso ha valutato il proprio stile di vita.

- **QUESTIONARIO MOTIVAZIONALE:** è stato somministrato al termine del percorso, era nominativo, ha rilevato le principali motivazioni individuali che hanno spinto ogni utente ad accettare la partecipazione al progetto e il livello di raggiungimento degli obiettivi per ogni motivazione scelta (ogni utente poteva scegliere più di una motivazione).
- **QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE/GRADIMENTO:** è stato somministrato al termine del percorso, era nominativo, ha rilevato il livello di gradimento e soddisfazione di ogni utente relativamente alle attività proposte, alla pratica del Nordic Walking e all'organizzazione generale del gruppo (orari, pause, etc.).

La somministrazione dei primi due test ad inizio e fine percorso aveva lo scopo di verificare il riscontro di miglioramenti o peggioramenti in ogni utente una volta conclusasi l'esperienza; la valutazione era quindi soggettiva e diversificata per ogni utente.

La somministrazione degli ultimi due questionari, invece, è stata utile agli operatori per capire su quali aspetti motivazionali insistere maggiormente nel caso si potesse riproporre il progetto e quali aspetti migliorare o modificare riguardo l'organizzazione del gruppo, le attività proposte e le tematiche trattate; sono state, quindi, risorse importanti per perfezionare ed arricchire un eventuale progetto futuro.

Schede di osservazione:

al termine del percorso gli operatori hanno compilato alcune schede di osservazione sia individuali, sia di gruppo per valutare ogni singolo utente e l'intero gruppo in merito a vari aspetti: la frequenza, il rispetto delle regole, le relazioni con il conduttore, gli operatori e gli altri partecipanti, la comprensione dei temi trattati, la partecipazione attiva o passiva alle attività e la capacità di mettere in pratica le indicazioni.

Oltre all'utilizzo di test, questionari e schede di osservazione, strumenti più oggettivi, sono stati raccolti i pensieri e i commenti degli utenti riguardo l'intero progetto; sono stati espressi pareri, emozioni, desideri e bisogni e credo che siano stati tra i dati più rilevanti di cui si è tenuto conto.

Analisi dei dati e risultati

Al termine del progetto sono stati analizzati tutti i dati ricavati dai test e questionari, mettendo a confronto quelli raccolti all'inizio con quelli raccolti al termine del percorso, per evidenziare eventuali cambiamenti (positivi e negativi), modifiche e criticità.

Sono stati valutati nove utenti su undici in quanto due hanno abbandonato il progetto per il subentrare di problematiche organiche che hanno reso necessario il ricovero in ospedale, difficoltà relazionali e la persistenza di gravi sintomi psicotici.

Risultati Test BSAQOL:

Sono stati presi in considerazione soltanto alcuni items di questo test in quanto certi non riguardavano i nostri utenti e altri erano privi di risposte; gli items in cui ci sono stati cambiamenti più significativi riguardavano la vita sociale, il tempo libero e la salute. Dall'analisi di questi dati si è evidenziato che il livello di soddisfazione rispetto alla vita in generale è rimasto costante, così come quello riguardante il tempo libero, mentre si è verificato un aumento della soddisfazione rispetto alle relazioni interpersonali e alla propria condizione fisica e mentale.

Risultati Test di valutazione dello stile di vita:

è emerso che gli utenti hanno in parte migliorato il loro stile di vita e seguito ed applicato i consigli forniti loro durante gli incontri sia informativi, sia pratici. In prospettiva di un prossimo gruppo, sarà importante soffermarsi maggiormente sugli aspetti più trascurati e ritenuti meno rilevanti, in modo da portare ogni singolo utente alla consapevolezza che il rispetto e la giusta dose di ognuno di questi è fondamentale per raggiungere un corretto stile di vita e mantenerlo costante nel tempo.

Risultati Questionario motivazionale:

è emerso che le principali motivazioni che hanno spinto gli utenti a partecipare al progetto sono state: fare un'attività in compagnia (67%), migliorare la mia resistenza nell'attività fisica (56%) ed abituarci all'alimentazione che rispetti la giusta quantità calorica e la corretta alimentazione nell'arco della giornata (67%).

Risultati Questionario di soddisfazione/gradimento:

è emerso che l'89% degli utenti sono stati molto soddisfatti riguardo le attività svolte, che nel complesso sono state, quindi, molto gradite, le modalità di organizzazione del gruppo sono state ritenute abbastanza adeguate, abbisogneranno soltanto di qualche modifica in previsione di un ulteriore progetto futuro.

Scheda di osservazione di gruppo:

dall'osservazione globale del gruppo è emerso che questo si è presentato sufficientemente coeso ed equilibrato, che è riuscito ad esprimere contenuti ben organizzati e pertinenti agli argomenti trattati, che il sottogruppo maschile aveva necessità di maggiori stimoli, ma partecipava comunque con interesse. La parte motoria è stata molto apprezzata e nel complesso il gruppo si è mostrato curioso ed interessato alla disciplina del Nordic Walking e molto entusiasta nel praticarla. Le regole sono state ben comprese, condivise e rispettate. Alcuni partecipanti hanno dichiarato di aver modificato alcune abitudini quotidiane grazie ai suggerimenti e le indicazioni ricevute dal gruppo.

Rilevazione delle presenze:

Le presenze sono state analizzate mettendole in relazione alle caratteristiche psicopatologiche dei partecipanti: la maggioranza, prevalentemente maschile, ha frequentato regolarmente gli incontri, in particolar modo 5 utenti su 11, di cui 4 appartenenti all'area schizofrenica e 1 affetto da Depressione maggiore con aspetti fobici; per i primi quattro si è probabilmente trattato di un'esperienza innovativa all'interno di un lungo percorso di trattamento, per il quinto l'attività ha avuto sempre di più un risvolto terapeutico-riabilitativo importante. Due utenti, affetti da Disturbo di personalità di tipo borderline e Disturbo Schizoaffettivo, hanno partecipato con meno costanza, forse per effetto dell'instabilità emotiva riferibile alla patologia di base.

Il parere degli utenti:

Di estrema importanza sono anche i pensieri e i commenti degli utenti raccolti durante le ore di attività e al termine dell'esperienza vissuta; tra i più rilevanti: “Durante le ore di attività mi scopro l'ansia e non sento più le voci...”, “Da quando ho iniziato questa attività vado un po' di più a camminare e ripasso gli esercizi di postura a casa...”, “Da quando partecipo al gruppo sto molto più attenta alla mia alimentazione quotidiana e al mio stile di vita, quando riesco e mi sento in forze vado a camminare...”.

Esperienza personale da TRP e conclusioni

Il mio ruolo all'interno di questo gruppo si è modificato nel corso del tempo: inizialmente partecipavo come co-conduttore, affiancando sia l'operatore nella preparazione e gestione del gruppo, sia gli utenti nel capire e svolgere gli esercizi pratici. Successivamente ho avuto la possibilità di sperimentarmi nella conduzione del gruppo, acquisendo sempre maggiore sicurezza grazie al supporto e alla fiducia

dimostratami dagli operatori e al feedback positivo da parte degli utenti. Questa esperienza è stata un'occasione in cui mi sono rapportata con lo stesso gruppo di utenti per un tempo abbastanza prolungato e questo mi ha permesso di conoscere ognuno di loro non solo dal punto di vista della malattia, ma anche rispetto alla loro personalità, i loro interessi e passioni, i loro pregi e difetti, le modalità di ognuno di esprimere le proprie emozioni. Nonostante la gravità delle situazioni cliniche si era instaurato un clima sereno, disteso ed affettivamente “caldo”.

Al termine di questa esperienza ho potuto esprimere questa considerazione: si è trattato di un percorso relativamente breve e riconosco che i benefici raggiunti, se non consolidati e rinforzati, nel tempo andranno ad esaurirsi, com'è noto per gli interventi psicoeducativi in generale, che devono avere continuità per mantenere l'efficacia.

Per questo motivo, dati i risultati ottenuti, le relazioni e i rapporti instauratisi, il C.D. “G. Maccacaro” ha ritenuto utile proseguire il progetto tutt'ora con il medesimo gruppo e programmare ulteriori interventi volti al miglioramento degli stili di vita e alla prevenzione delle problematiche organiche e, naturalmente, l'attività motoria ne sarà parte integrante.

*Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Ferrara.

Bibliografia

- [1] L. Barbieri, M. Peserico, *La psicomotricità*, in G. Ba, *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, 2003.
- [2] A. Giuliani, G. Micacchi, M. Valenti, *L'attività motoria nei servizi di salute mentale: evidenze scientifiche e linee guida*, in “Italian journal of sport sciences”, a. XXII, n.2, 116-124, 2005.
- [3] T. Arrankoski, T. Kettunen, *Il moderno NORDIC WALKING..in movimento per tutta la vita*, ASKEL, 11-13, Giugno 2011.
- [4] A. Zanellato, *NORDIC WALKING - Consigli utili per un primo approccio*, ANWI, 18, 23-28, Maggio 2011.
- [5] L. Simani, M. Tenani, *Lo sport fa bene alla mente – La disabilità psichica e lo sport a Ferrara*, 4 Marzo 2010.
- [6] W. Milano, M. Comazzi, *Progetto Benessere – Nutrizione, Benessere e Stile di Vita Sano. Salute ed esercizio fisico*, Manuale per gli operatori, Eli Lilly & Co. (Ireland) Ltd.

“La Grande Mela” viaggio-avventura a New York

di Carlo Scovino*

Abstract

This article presents a project named “La Grande Mela” a journey to New York from 22 September to 3 October 2016. The patients involved, 5M + 1F, have participated to its realization since its beginning (one year before). Once per month all the participants met to monitor all the steps of the project and at the end we used to share a dinner together. To build the group and an adequate climate we organized two micro holidays (outside Milano – the first one in the countryside and last 3 days and the second one by the sea last 8 days) to start sharing daylife rhythm and space, ability skills and internal resources. The staff was composed by an Educator, as chief project, a head nurse and 2 trainers from the University of Milano. The majority amount of the cost of the project has been collected from donations and events organized by the Centro di Ascolto “Mater Caritatis” of the Church Saint Mary Suffragio, partner of the project. A little amount of money came from the participants, taking into account their economic resources. The project has been monitored with the the World Health Organization Quality of Live scale in its brief version. The objectives of “La Grande Mela” were: offer an opportunity of socialization, promote peer to peer relations, develop the ability skills through the problem solving methodology. Empowerment has been the keywords for the implementation of the entire project.

“La Grande Mela” è stato un percorso terapeutico-riabilitativo in cui, non solo la meta, ma anche e soprattutto la dimensione del viaggiare hanno ricoperto un ruolo significativo: il viaggio inteso come un’esperienza in grado di tracciare dei segni significativi nelle esistenze, per certi aspetti dolorose e complesse, dei beneficiari. Il viaggio porta a fermarsi, a confrontarsi con domande, riflessioni, con l’immagine di sé stessi derivata dal confronto con l’altro da noi. Viaggiare è in fondo uno stato dell’animo, a cui non si può chiedere ragione del suo essere: esiste perché noi esistiamo. Il valore dell’uomo va oltre quello della salute e della malattia, della normalità e dell’anormalità. Continuare ad assumere uno sguardo aperto ad una dimensione educativa ha sollecitato gli operatori coinvolti (un



educatore e una coordinatrice infermieristica) a ricollocare la malattia nella sfera dell’esistenza, considerandola come un modo di essere nel mondo e dotata di un proprio senso: è una persona che per quanto malata non potrà mai perdere la sua umanità e la sua spiritualità.

L’approccio riabilitativo che è insito nella missione stessa del CPS viene declinato dagli operatori coinvolti nel progetto in maniera personale e flessibile. Ciò significa che all’interno di qualsiasi tecnica c’è sempre la storia umana e professionale di ogni operatore, il suo sistema di valori, le sue ansie, le sue paure. Intraprendere percorsi riabilitativi significa mettersi in ascolto dell’utente definendo il “contratto”, condividendo i percorsi di cura, la creazione di luoghi per poter avere rapporti e impegni e le conseguenti strategie di intervento.

Ragioni e tensioni etiche del curare, prima latenti o sottaciute, emerse con la legge 180. Spesso in psichiatria, e in special modo per gli operatori della riabilitazione, siano essi infermieri, educatori, assistenti sociali o terapisti della riabilitazione psichiatrica può risultare difficile

riuscire a problematizzare la relazione con il *paziente* e sospendere il giudizio. La sfida che gli operatori coinvolti in questo progetto hanno deciso di cogliere, e che accompagna buona parte del loro lavoro quotidiano, è imparare a sostenere la tensione che inevitabilmente scaturisce dall'incontro con il *paziente psichiatrico* senza volerla *necessariamente* racchiudere in una tecnica o in un modello.

L'integrazione di un soggetto in una società o nella realtà in cui vive è un traguardo importante, una condizione indispensabile per poter vivere un'esistenza dignitosa per sé e per la propria famiglia. "**La Grande Mela**" è un progetto educativo/riabilitativo volto a permettere ai beneficiari di sperimentare la dimensione del viaggiare, nella convinzione che rappresenti un'esperienza resiliente in grado di segnare positivamente le vite per certi aspetti dolorose e complesse, dei beneficiari stessi. E a proposito di resilienza il celebre psichiatra francese Boris Cyrulnik afferma "...è l'arte di navigare sui torrenti. Un trauma sconvolge il soggetto trascinandolo in una direzione che non avrebbe seguito. Ma una volta risucchiato dai gorgi del torrente che lo portano verso una cascata il soggetto resiliente deve ricorrere alle risorse interne impresse nella sua memoria e deve lottare contro le rapide che lo sballottano incessantemente. A un certo punto, potrà trovare una mano tesa che gli offrirà una risorsa esterna, una relazione affettiva, un'istituzione sociale o culturale che gli permetteranno di salvarsi. ...Essere resilienti è più che resistere, significa anche imparare a vivere..." [1]

Le finalità generali del progetto erano di offrire un'opportunità di socializzazione; di condivisione del tempo libero e di inclusione sociale.

Per perseguire tali obiettivi gli operatori hanno formulato una metodologia di lavoro che potesse consentire ai beneficiari di fare esperienza di condivisione di un progetto in una situazione di normalità e, al contempo, rendere visibile e dimostrabile che la malattia mentale non è necessariamente un limite per affrontare un viaggio.

All'avvio di "**La Grande Mela**" il gruppo era composto da: sei cittadini-utenti, l'autore di questo articolo, la Coordinatrice Infermieristica Ines Marroccoli, l'Infermiera Prof.le Imma D'Abate e un volontario. In corso d'opera è stato necessario apportare alcuni cambiamenti e la flessibilità che ha contraddistinto tutta l'elaborazione del progetto ha consentito di accogliere Jyoti Harpal e Chiara Carlini, due ex stagiste del CdL in Educazione Professionale dell'Università degli Studi di Milano. La fascia d'età di utenti interessati è stata di 25/58 anni. Condizioni necessarie erano: assenza di disabilità motorie, assenza di una sintomatologia attiva, un buon stato di compenso psicopatologico almeno negli ultimi due anni e la partecipazione a precedenti percorsi gruppalı realizzati dal CPS. La storia psichiatrica di quasi tutti i beneficiari oscillava tra i 2 e i 10 anni. Il gruppo dei beneficiari ha accompagnato gli operatori nella declinazione del progetto con l'istituzione di 3 sottogruppi (uno per ogni operatore referente: area artistica, area organizzativa, area comunicazione) allo scopo di intervenire sulle abilità sociali con la metodologia del *problem solving*.

Con cadenza mensile tutti i partecipanti si sono ritrovati per permettere ai vari sottogruppi di aggiornarsi sul lavoro svolto, per confrontarsi, per mettere a punto l'organizzazione dei vari eventi svolti e coordinare le diverse uscite. La dimensione dell'*empowerment* ha rappresentato una base di intervento comune durante la realizzazione del progetto, pur nella specificità dei diversi ruoli e competenze professionali. Per ciascuno, poter monitorare consapevolmente i propri comportamenti, sentirsi ed essere efficace, avere la consapevolezza di poter incidere sulla realtà che lo circonda, godere di una buona autostima, considerare gli insuccessi come momento di apprendimento, ecc. sono parte di una condizione che rappresenta un cammino che favorisce la speranza nel futuro e che permette di percepirsi come persone capaci di cimentarsi e di riuscire.

La preparazione e il viaggio

Qualche mese prima della partenza sono state programmate due micro vacanze con pernottamento che hanno contribuito a costituire il gruppo, permettendo di misurarne la capacità di tenuta, l'attenzione, la partecipazione e la fiducia. Ed è anche attraverso la realizzazione di queste due micro vacanze che insieme si è cercato di porre l'adeguata attenzione “...all'inscindibile cura del corpo e della mente che fondano la vita consentendone un pieno sviluppo...Tutti hanno necessità di ricevere cura e di avere cura. L'essere umano ha bisogno di essere oggetto di pratiche di cura perché è la condizione necessaria affinché si dischiudano le stesse possibilità di vita. E allo stesso tempo ha bisogno di essere soggetto di pratiche di cura ovvero di avere cura di sé, degli altri e del mondo per costruire significato nella sua esistenza...”[2] La cura, nei suoi significati plurimi, come centralità dell'approccio terapeutico-riabilitativo.

La condivisione degli spazi e di momenti insieme ha consentito a tutti di sperimentarsi, rendendo questo soggiorno una “prova di simulazione” dell'esperienza a New York. Un elemento in più in questa esperienza era legato alla lingua in quanto, a parte gli operatori, solo un utente era in grado di parlare correntemente la lingua. E' stato quindi proposta la realizzazione di un programma di lezioni d'inglese gestite da Sergio, l'utente con le competenze linguistiche necessarie. Le lezioni hanno rafforzato ulteriormente il rapporto tra pari, avvicinando i partecipanti, ridimensionando le difficoltà, i fraintendimenti e la solitudine.

Il viaggio a New York è stato ricco, complesso, emozionante e costruttivo. Il gruppo ha alloggiato in una villa situata nel quartiere di *Union City*, a 30 minuti di pullman di distanza da *Times Square*. La casa constava di tre piani, forniti di ogni comfort: cucina spaziosa, 3 bagni, 4 stanze da letto e due ampi saloni. Per le sue caratteristiche la casa rappresentava un luogo ideale per il nostro soggiorno. Infatti era possibile ritagliarsi uno spazio personale all'interno della casa e, allo stesso tempo, usufruire di “spazi comunitari” per stare insieme. Il soggiorno ha visto il gruppo coinvolto in visite, passeggiate e shopping secondo un calendario prefissato.

Valutazione del percorso: Il WHOQOL – VERSIONE BREVE

La qualità della vita è un concetto multidimensionale che incorpora al suo interno una complessa rete di variabili, tra cui la salute fisica della persona, il suo stato psicologico, il suo livello di autonomia, i suoi rapporti sociali, le sue credenze personali e il rapporto che stabilisce con le caratteristiche salienti dell'ambiente nel quale vive.

Il suo miglioramento costituisce un obiettivo cruciale dell'assistenza fornita dai servizi di salute mentale. La malattia mentale e l'isolamento sociale sono spesso condizioni associate. Grazie ai percorsi di integrazione sociale dei cittadini affetti da disagio psichico, la ricostruzione e la riqualificazione del tessuto affettivo, relazionale e sociale degli utenti diventa una meta possibile.

Il progetto ha previsto una valutazione del percorso attraverso l'utilizzo di uno strumento internazionale messo a punto dal OMS che prevede l'autosomministrazione: il *World Health Organization Quality of Life – Brief Version* (WHOQOL – versione breve), che rappresenta un sistema di valutazione che incorpora al suo interno la percezione che ciascun individuo ha del proprio stato di salute, della propria condizione psicosociale e di altri aspetti della vita.

Come da indicazioni dello strumento, è stata fatta una prima valutazione dopo il primo incontro (febbraio 2015), la seconda dopo tre mesi (giugno 2015) e l'ultima a settembre 2015.

Conclusioni

Il progetto è stato proposto ad ottobre 2014, concepito a gennaio 2015 e avviato a febbraio 2015 e si è concluso il 16 novembre con un incontro pubblico (c/o la Palazzina Liberty e con il patrocinio del Consiglio di Zona 4) con lo scopo di restituire ai cittadini-utenti i dati emersi dall’(auto) somministrazione del WHOQOL e per condividere *feedback* relativi a tutto il lavoro svolto. Il buon clima di gruppo e le dinamiche gruppali che sono scaturite dalla condivisione spaziale, temporale, emotiva e cognitiva hanno contribuito alla buona riuscita del progetto.

Sicuramente tra gli elementi significativi di successo va segnalato l'aumento dello sviluppo delle relazioni *peer to peer*: gli utenti hanno continuato a incontrarsi anche a conclusione del progetto e senza l'intervento degli operatori, coinvolgendo anche le famiglie. La costruzione condivisa del progetto New York ha rappresentato, per i pazienti coinvolti, una buona base di partenza per individuare strategie di miglioramento della propria qualità di vita e per una maggiore e migliore consapevolezza delle opportunità che la vita stessa può offrire *“La coscienza desta, la vita desta, è un vivere andando incontro, un vivere che dall'ora”, va incontro al nuovo “ora” [3]*.

La durata del progetto (10 mesi) è stata determinata dalla tipologia di lavoro che si è voluta perseguire basata su: condivisione, partecipazione, coinvolgimento.

Il costo complessivo del progetto è stato di 23.310,00 euro, ripartiti tra le quote di partecipazione degli utenti CPS e le somme raccolte grazie a donazioni liberali ed eventi di solidarietà realizzati dal Centro di Ascolto *“Mater Caritatis”*. La quota pro-capite di ogni utente è stata stabilita in relazione alle loro reali possibilità economiche. La sostenibilità di questo tipo di esperienze dipende da una serie di variabili come, per esempio, la capacità di comunicare in maniera efficace ed efficiente l'appropriatezza del progetto; un'adeguata attenzione alla rete, Terzo settore e volontariato laico e cattolico, nel territorio in cui è sito il CPS ma anche in ambito metropolitano e regionale; una necessaria tenacia e una dinamica curiosità nel tentare strade di coinvolgimento solidale inconsuete; una necessaria dose di equilibrio ma anche un po' di “follia e di spirito di avventura.

Il costo complessivo del progetto, nonostante la realizzazione degli eventi e la partecipazione di un pubblico numeroso, sono dipesi dagli sforzi di ogni singolo partecipante e dall'impegno di tutti i beneficiari. Va specificato che i soli eventi di solidarietà non sarebbero mai bastati a coprire tutto il costo del progetto poiché lo staff degli operatori coinvolti, gli utenti e i volontari non sono esperti di marketing e raccolta fondi. Ma nonostante ciò, la realizzazione questo progetto è stata la dimostrazione che è possibile sfidare le difficoltà macro-organizzative, la costante penuria di risorse economiche, la malattia mentale e che talvolta si può anche vincere.

Alcuni privati cittadini hanno contribuito con donazioni liberali grazie all'impegno profuso dagli operatori nell'illustrare la validità del progetto.

A tutti coloro che hanno reso possibile questa splendida avventura è stato inviato report cartaceo e dvd con le foto più significative, accompagnati da una lettera di ringraziamento.

Il progetto presentato segue le tracce già lasciate da altri viaggi (Barcellona, Lisbona, Assisi, ecc.) che il Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze – diretto dal Prof. Claudio Mencacci - sta realizzando ormai da molti anni. Come i precedenti anche questo progetto nasce e si sviluppa in collaborazione con il Centro di Ascolto *“Mater Caritatis”* della Parrocchia S. Maria del Suffragio e con alcune agenzie del privato sociale, nella convinzione che la collaborazione porti maggiori risultati e anche qualitativamente migliori.

* Co-Responsabile Attività di Riabilitazione, Unità Operativa di Psichiatria n. 55, Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze - ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano

Bibliografia

- [1] Cyrulnik B., *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Ed. Frassinelli, Milano, 2000.
- [2] Mortari L., *La pratica dell'aver cura*, Pearson Italia S.p.a., Torino, 2006
- [3] *Husserl E., Vorlesungen zur Phanomenologie des inneren Zeitbewusstseins trad. it. Marini A., Per una fenomenologia della coscienza interna del tempo*, Franco Angeli, Milano 1981.

Percezioni personali e relazionali del tempo nella patologia e nella riabilitazione. Parte 2

di Sara Bignamini, Massimo Rabboni***

Abstract

This paperwork aim is to probe patient time, considered as an alive and crucial entity and what's the patient feeling about it and how people around him perceive it. During this process we have tried to focus on the different meanings of time. We have also tried to understand how the wide resonance of time pathological implications alters the patient habits and his daily life. We have analyzed the different tools used for the paperwork, like the diary and the semi-structured interviews, and the different characters involved: the patient, his family and the health worker. The purpose is to reflect on time nucleus and his particles, using the three different character point of views.

Riepilogo argomento

Questo lavoro cerca di sondare il tempo del paziente, come entità viva e determinante, così come lui lo percepisce e così come è inteso dalle persone che ha intorno, cercando di porre attenzione alle dissonanze di significato attribuite allo stesso fenomeno: il tempo. Si cerca anche di capire come la massiccia risonanza delle implicazioni "patologiche" proprie del tempo agisca sull'individuo e sulla sua capacità di vivere quotidianamente. Si sono analizzati, gli strumenti utilizzati: il diario e le interviste semi-strutturate; e le diverse personalità coinvolte: il paziente, il familiare e l'operatore. L'obiettivo è quello di portare avanti una riflessione sul nucleo tempo, e su ciò che lo compone, grazie all'immagine in tre dimensioni restituita dalle parti in causa.

Nella parte precedente di questo articolo si sono illustrate le premesse e la metodologia della ricerca, e si è iniziata una sintesi che avrà qui la sua conclusione. Questo articolo perciò non esiste senza i preamboli operati, ma allo stesso tempo può essere sfruttato come punto di riflessione autonomo sull'argomento. Ora ci si occuperà di esporre l'effettiva sintesi, provvista dei risultati ottenuti, con le conclusioni estrapolate dal percorso.

Risultati ottenuti: far incontrare le parti

Ed eccoci arrivati alla cima del crescendo, la vetta più alta, quella che stavamo osservando da un po' di tempo, sognanti.

Su quella vetta non esiste più la dittatura di una parte ma tutto ciò che viene detto viene confrontato anche con il parere dell'altro. Non esiste più la verità assoluta ma si indaga la probabilità che ciò che si è detto sia vero. Nessun parere è oscurato, e anzi si stenta a credere una persona se la sua asserzione non è accompagnata da altre.

È in questo clima, rigido, ostico per chi cerca di dire bugie, che noi andremo a inoltrarci. Non tanto per trovare la verità, quanto per avvicinarci alla reale situazione, a ciò che c'è di più vero in quello che si dice. Se c'è qualcosa che non ci è chiaro, andiamo ad osservarlo nell'altro senso, e magari qualcosa di inaspettato ci coglie.

Eccoci allora in queste terre, per scoprire ciò che c'è di coperto, e per scorgere il timore di esporre l'aspetto vero delle cose.

Verrà posto particolare riguardo alla relazione, poiché senza di essa non sarebbe possibile avere alcuna informazione sul soggetto. Tutto ciò che sappiamo lo deduciamo da un legame fondante, quasi "ovvio", quello del familiare, e dal legame "forzato" e necessario con l'operatore.

"La realtà della vita quotidiana mi si presenta come un mondo intersoggettivo, un mondo che io condivido con altri. Anzi, io non posso esistere in questo mondo oggettivo senza interagire, comunicare continuamente."[1]

E quindi

"Quando un individuo è in presenza di altri ha molte ragioni per cercare di controllare le impressioni che essi ricevono della situazione."[2]

"Le azioni difensive e protettive, nel loro complesso, comprendono quelle tecniche che l'individuo adopera per salvaguardare le impressioni da lui incoraggiate negli altri."[2]

Difesa e protezione diventano un'arma, usata il più delle volte contro noi stessi.

"In questo caso, l'adeguatezza è fornita dalla percezione di un accordo raggiunto tra ciò che diciamo di noi stessi, le nostre emozioni, e il ricordo di ciò che ci sembra le abbia provocate. Il successo della spiegazione è indicato da una diminuzione del disagio e dalla nuova capacità di cui diamo prova di far fronte al problema che precedentemente avevamo eluso. Affrontare i problemi è spesso costoso: se non lo fosse, non ci sarebbe falsa coscienza. Allo stesso modo, è difficile spesso affrontare le emozioni che ai problemi si connettono: auto ingannarsi è un modo di aggirarle, evitando di prenderne atto."[3]

Quello che rimane è l'azione, sfrontata:

"C'è chi saggiamente ci ricorda che il paziente che semplicemente sta dentro la sua malattia fa già "un lavoro" e c'è chi, forse ancor più saggiamente ci invita a cercare di cambiare lavoro insieme al paziente."[4]

"D'altra parte è spesso ancora più vero che l'osservazione della stasi dei pazienti, o anche della loro quiete compensata facilmente scivola nell'inerzia e diventa un alibi all'inattivismo inutile quanto colpevole."[4]

La nostra equipe, la nostra molecola, mostrerà i vari atomi che la formano vicini, così da poterli collegare.

Saranno analizzati i seguenti nuclei:

A. *Descrizione della condizione psicopatologica attuale del soggetto, se presente, e indagine riguardo ai momenti in cui il paziente sta peggio.*

B. *Descrizione del soggetto per quanto riguarda le sue modalità comunicative e i suoi tratti personologici.*

C. *Descrizione del tempo del soggetto, in termini di densità e di qualità. Legame con i vari tempi.*

D. *Soddisfazione del soggetto sull'utilizzo del tempo.*

E. *Futuro del soggetto e suoi obiettivi.*

F. *Giornata tipo, attività quotidiane e interessi del soggetto.*

G. *Rete personale/sociale del soggetto.*

Incominciamo. Le parti interpellate sono di seguito riportate nel seguente ordine: Paziente, Familiare, Operatore. Facendo collimare gli sguardi delle diverse parti attive si riesce a sfiorare il grado di consapevolezza psicopatologica del soggetto legata al concetto di tempo.

A. Descrizione della condizione psicopatologica attuale del soggetto, se presente, e indagine riguardo ai momenti in cui il paziente sta peggio.

Caso 1

<p>Adesso è più legata proprio a un esaurimento, sono esaurito, esaurito. Adesso comincio a stare meglio, già adesso comincio a stare meglio..</p> <p>Ti conoscono le persone che hai una certa malattia, cercano di evitarti o.. perché non viene considerata.. pensano che tu lo fai quasi apposta diciamo.</p> <p>Adesso vedendo adesso mi sento proprio essere un fiore.. si molto meglio</p>	<p>Ha una mancanza di qualcosa sicuramente, non so un affetto, un qualcosa.</p> <p>Anche perché lui è dall'85 che non sta bene, nel senso, ha iniziato dall'85 sta cosa qua all'improvviso, all'improvviso poi.</p> <p>Di punto in bianco dormiva tutto il giorno e lì ha cominciato, mangiava, fumava, mangiava, fumava e dormiva tutto il giorno.</p> <p>Allora adesso lui.. secondo me finché c'è qualcuno che lo sprona fa, sennò.. sennò zero..</p> <p>Questa apatia. Penso che faccia parte del suo problema.</p> <p><i>Momenti in cui sta peggio?</i> Parla più lento, gli occhi più, più.. e non so come spiegarlo, io lo vedo quando.. lo vedo proprio dal modo di parlare, più..non aggressivo però hai quasi paura di chiedergli le cose, ti risponde quasi come neanche scocciato, come posso dire, infastidito.</p> <p>Soprattutto i cambiamenti secondo me, i cambiamenti, i piccoli problemi, anche per dire andare in.. lo fanno stare peggio.</p>	<p>A: A me non sembra adesso, avendo appunto visto l'evoluzione, adesso non mi sembra che sia ritirato. A me sembra sia una persona che ha i suoi ritmi e le sue robe..</p> <p>B: Ha bisogno comunque sempre di essere stimolato, ancora, nelle cose, secondo me.</p> <p>A: Ma meno, molto meno.</p> <p>B: Sì meno certo, perché comunque sta facendo il suo percorso e forse lo sta facendo un po' pigro.</p> <p>A: Sì ma quella è una caratteristica personale. Non patologica.</p> <p>B: È caratteriale sì, caratteriale. Sembra che ha imparato a convivere con quelle che sono le sue parti che vanno un po' più giù e quindi cerca di reagire comunque.</p> <p>A: Ci sono dei momenti in cui comunque dice "Non riesco ad alzarmi", però non lo dice triste, dispiaciuto o addolorato, o come espressione negativa.</p> <p>"Va bene il mio percorso è stato straordinario, rispetto a quello di mia sorella, dei miei genitori, però non sono un fatto isolato. Ci sono tante persone, che per vicissitudini diverse, hanno storie speciali, per cui il nostro percorso diverso ti permette di avvicinarti alle persone tranquillamente, serenamente". Però questo modo di pensare ce lo aveva anche prima. Per cui sintomatologia attuale, adesso ad oggi, no anzi.</p>
---	--	--

Caso 2

<p><i>Vorrei che mi descrivesse la sua condizione psicopatologica.</i> Cioè cosa vuol dire?</p> <p><i>Sintomi sociali?</i> Si ci sono, nel mio quartiere sono isolato socialmente, si, sono isolato socialmente. Riesco a camminare da solo, sto quasi finendo adesso, e posso camminare da solo piano piano, ho un po' di problemi ma posso fare piccoli passi. Socialmente io non ho problemi.</p> <p><i>Sintomi positivi?</i> No non cioè quelle cose li io. Il problema è il quartiere, somatizzo il quartiere. Il quartiere non è accogliente e poi somatizzo il quartiere. C'è un qualcosa nel quartiere che non va.</p> <p>Ma non è che io non sto bene, solo che è l'incapacità di affrontare la vita da solo oppure di camminare con le proprie gambe.</p> <p>Ma mi sento bene io, non mi lamento, è solo che come ti ripeto ho paura a fare i primi passi da solo, quando ho trovato sicurezza vado per la mia strada, tutto qua.</p>	<p>Ci sono dei momenti in cui la malattia è tranquilla e allora il rapporto è buono, se gli faccio un'osservazione, "Guarda hai sbagliato a fare così era meglio se facevi così", accetta, ma nel momento in cui non sta bene e se io mi accorgo in tempo, perché a volte non ci si accorge in tempo, insisto a fargli fare una cosa o ad avere una certa ragione sul suo comportamento, allora lì c'è lo scontro, scontro perché dice "Tu non mi capisci, tu non sai cosa soffro io, come sto", come dice sempre che io vivo in un altro mondo.</p> <p>Quando capisco che il ragionamento non fila dico qui ci siamo e allora sto all'erta, allora sto attenta a come parlo perché poi diventa difficile..</p> <p>È come se aspettasse, lui sa di essere malato, come se aspettasse qualcuno che lo provochi e allora per lui è uno sfogo, perché deve dire tutto quello che ha dentro che sono le solite cose, cioè i soliti suoi problemi che me li elenca in continuazione, come dire guarda che io ho questi problemi e tu non mi capisci e tu sei fuori posto, tu non mi vuoi bene.</p> <p>Dunque lui è un insicuro.</p> <p>Io l'ho un po' troppo coccolato, servito, troppo accontentato, e quindi lui è cresciuto un po' a spalle nostre, a spalle dei genitori, cioè le difficoltà non è mai riuscito a superarle.</p> <p>E poi lui ha un delirio, ha un delirio che ogni tanto riaffiora. "Guarda quell'aeroplano che passa mi sorveglia".</p>	<p>Deliri. Lui comunque ha una vita sociale, ha una serie di collegamenti, qui, fa fatica eh, non è che non fa fatica, perché comunque..</p> <p>Sintomi cognitivi qualcuno si penso, perché secondo me, vista la difficoltà che ha nel mettere insieme due cose..</p> <p>Sintomatologia sociale, no non mi sembra che abbia questi grossi problemi.. <i>Però è paranoico.</i> Si questo sì, con il suo quartiere, la sua parrocchia, dice che è il suo quartiere che non va bene, che fa schifo, sì.</p> <p>Fa fatica a tenersi insieme, cioè fa proprio fatica a tenere insieme tutti questi pensieri che gli arrivano.</p>
---	--	--

Caso 3

<p>Ah, secondo me è stato praticamente che, diciamo che sono state tante sensazioni insieme che mi hanno scombussolato e mi hanno fatto andare un po' fuori giri così, ecco secondo me è questo.</p> <p>E adesso la situazione è cambiata. Diciamo da prima è molto meglio.</p> <p>Non riesco più a concentrarmi.</p>	<p>Quando non sta tanto bene magari è più chiuso e anche se siamo qui lui rimane isolato.</p> <p>I farmaci aiutano molto a calmare anche certe impulsività e anche quella che per lui era l'aggressività perché è come se lui non trovasse, avesse perso la sua strada e quindi aveva molta rabbia anche dentro quindi ovviamente noi eravamo quelli attaccati.</p> <p>Lui non è riuscito proprio a superare la fase dall'infanzia all'età un po' più adulta, e quindi le critiche, tutto lo faceva stare male e da lì è iniziato il suo malessere.</p> <p>Quando è molto stanco lui sente ancora le verità, queste verità e.. quindi quando è stanco ha dei momenti..</p>	<p>Apparentemente lui non dà segni di avere sintomi nel senso che quando lo vedi sembra una persona assolutamente normale, assolutamente in grado di stare nelle attività senza problemi, anche propositiva, anche attenta.</p> <p>Sintomi cognitivi non mi pare proprio che ne abbia perché lui è un ragazzino intelligente e ha capacità. Anche sintomatologia sociale non mi risulta, anche perché lui ha tutta una serie di attività come il volano che fa con suo amico, e ha tutto un suo giro di amicizie.</p> <p>Per adesso non ci sono momenti in cui sta peggio. Mi sembra proprio fermo lì nel suo brodo tranquillo.</p>
---	--	---

Caso 4

<p>Mi hanno diagnosticato un tipo di patologia che non mi appartiene, che è quella della personalità schizoaffettiva che io ho letto su internet che le persone con questo disturbo dovrebbero tipo avere visioni o allucinazioni o sentono delle voci, non lo so così, ma io non ho quasi.. non ho mai avuto questo tipo di disturbo quindi la diagnosi che mi hanno dato e anche i farmaci che mi stanno dando non corrispondono a quello che ho io.</p> <p>Eh questa fissazione che le persone ce l'hanno con me, cioè che non riesco a creare rapporti sociali con le persone perché le persone mi vedono come una persona che non ha qualità, che non ha qualità, non so come dire, mi vedono come una specie di disagio sociale, non so come dire.</p>	<p>Prima pensavo che era che non avesse voglia di impegnarsi nelle cose, perché all'inizio sei entusiasta ma poi non ti impegni più perché non riesci ad avere un rapporto. Quindi io non riesco a dire che patologia ha, dico soltanto che non riesce ad avere socializzazione con gli altri individui della stessa specie, riesce a socializzare soltanto con gli animali.</p> <p>Lui parla poco ma quando è in quei momenti lo vedi che non parla più e dorme sostanzialmente, e l'unica attività che fa è quella di fumare e basta. Da questo capisci.</p>	<p>Secondo me c'è ancora a tutti gli effetti la sintomatologia.</p> <p>Ultimamente ha avuto una grossa ripercussione il fatto che lui non ha preso la terapia. E questa volta è stato proprio tanto male e si è spaventato tanto. Quindi anche questo l'ha portato a chiudersi un po' in se stesso.</p> <p>Quindi è proprio tanta paura di tutto e di tutti.</p>
--	--	--

Caso 5

<p>Per come la vedo io ho vissuto un momento di irregolarità e instabilità e dopo il ricovero, attraverso l'utilizzo di vari farmaci mi hanno rimesso in carreggiata. Al momento mi sento di un bene, tanto che non dico che rifiuterei il farmaco però..</p> <p>Certo perché assumendo farmaci si fa.. mi hanno molto disteso e quindi mi hanno lasciato in uno stato di continuo torpore tra virgolette e quindi mi hanno indotto a rilassarmi ulteriormente e di dormire di più.</p>	<p>Quando è rimasto senza lavoro, lì è andato in crisi e probabilmente è scattata tutta da lì la storia.</p> <p>Al massimo che alcune volte ci troviamo in compagnia e lui è lì che non parla.</p>	<p>Appena arrivato no, anzi sembrava anche abbastanza.. stazionario, ecco stazionario, sembrava abbastanza tranquillo.</p> <p>Nell'arco del periodo che lui ha frequentato invece ci sono stati dei momenti in cui lo vedi un po' più giù, un più su.</p> <p>Quindi al momento no, anzi.</p>
---	--	--

Caso 6

<p>La mia patologia? La mia patologia è altalenante, cioè nel senso ci sono periodi in cui io sto bene e riesco a socializzare, riesco a stare nel sociale, e ci sono periodi in cui io sto male e quando sto male rispondo male a tutti, non ho.. cioè mi cambia completamente l'umore e quindi ormai ci ho fatto il callo, sono convinta che non guarisco più, posso solo cercare di modificare con le pastiglie e un po' con me stessa diciamo.</p> <p>Il mio umore lo conosco, cerco di tenerlo a bada e a volte mi dispiace perché do delle risposte un po' brutte alle persone a cui voglio bene, ma non lo faccio apposta, cioè proprio mi escono, poi magari mi pento però mi escono spontanee e non riesco a frenarle, però loro non devono pensare che io non gli voglia bene, perché gliene voglio di bene.</p> <p>Cioè non sembra però ci sono proprio dei limiti che ho..a volte riesco a superarli, a volte no, dipende..</p>	<p>Non vuole essere comandata. Cioè vuole essere comandata soltanto se lei ritiene che da quel comando ne ha un beneficio. Lo deve scoprire lei però. Se è un beneficio immediato allora sì lo fa. Se è un beneficio che avverrà nel tempo allora non lo fa. E se non ottiene quello che lei si è prefissata allora va in crisi. Ma è sempre stata così. Cioè lei ha mollato tutti quelli che non volevano fare quello che diceva lei. Sempre.</p> <p>Dei momenti in cui sta peggio? Sì. Sono caratterizzati da quando lei ha il suo ciclo perché è tutto correlato alle medicine che prende.</p>	<p>Fondamentalmente la sintomatologia è sociale nel senso che lei non riesce ad avere un legame stabile con gli altri, gli altri in generale. Ha questa rabbia che ogni tanto le sale e secondo me obnubila tutto quello che lei potrebbe riuscire a fare a livello di relazioni.</p> <p>Lei avvisa, cioè si sa quando lei sta peggio, e sono caratterizzati da questa ansia che se diciamo un po' ricondotta, convogliata magari riesce a limitarsi, altrimenti a seconda delle risposte..</p>
---	---	---

B. Descrizione del soggetto per quanto riguarda le sue modalità comunicative e i suoi tratti personologici

Caso 1

<p>Eh bisogna vedere perché sono variabile, variabile, vario perché doppio segno quindi doppia personalità, quindi dipende dai punti di vista..</p> <p>Adesso non ho più preferenze, niente, proprio ho perso totalmente tutte le mie passioni che avevo, le ho perse totalmente. È l'interesse che non ho più così tanto come una volta, quando stavo meglio.</p> <p>Ma, una persona tranquilla.. no io diciamo sono molto socievole con le persone, cioè se poi vedo che le persone mi danno tanto io do tanto, quindi mi trovo anche, se diciamo trovo una persona molto socievole mi adegua bene, mi associa molto e come punti di riferimento diciamo riesco a dare molto.</p>	<p>Trova sempre un qualcosa per non farlo, non so il perché, va beh..</p> <p>No perché poi è una persona a cui più di tanto non puoi chiedergli, perché poi si arrabbia, se la prende.</p> <p>Non vuole, proprio non vuole che gli si chieda, non vuole non che non gli si chieda, non vuole assolutamente che tu gli metta fretta, quello assolutamente, no.</p> <p>Si, deve essere stimolato..</p> <p>Si, non è mai stato uno di quelli esuberanti oppure molto, molto..</p>	<p>Però non fa niente per poterne uscire, per poterla affrontare, superare. Tipo impegnarsi in qualcosa di anche gratificante per se stesso. Prendersi cura di se stesso è una fatica immane per lui. Quindi "bivacca" diciamo su questa situazione.</p> <p>Avere accanto la persona che ti aiuta l'ha comunque motivato, e gli ha permesso di fare in autonomia anche altre cose. Non è mai stato un approfittarsi dell'altro ma un seguire la scia, seguire un po' la scia che tu gli proponi come operatore, e gli apri questa strada. Tu gli apri questa strada e gli fai vedere che la cosa è fattibile, allora lui si fida, non so come dirlo, segue e si fida. Anche perché è capace di fare tutto, è capacissimo, non è che non sia capace.</p> <p>Ha proprio bisogno di un accudimento affettivo.</p> <p>Ci sono stati dei momenti in cui immediatamente ti accorgevi che il suo atteggiamento stonava rispetto a quello degli altri, perché si poneva quasi come un operatore. Però non partiva da una cosa per voler essere superiore agli altri ma forse da una parte più paterna, perché lui si sentiva di proteggere ma anche di dare dei consigli su questioni di vita.</p> <p>C'è anche la disponibilità e non la chiusura, c'è un'apertura.</p> <p>Ha avuto anche la capacità di integrarsi e di fare esperienze nuove.</p>
---	--	--

Caso 2

<p>Però in questo periodo sono un po' handicappato, non ce la faccio, ho un po' di problemi, allora mi devo fermare, tutto qua.</p> <p>Stupendo, proprio stupendo, un po' di barba devo farla ma stupendo, si stupendo.</p> <p><i>Punti di forza?</i> Ma guarda, non so, stupendo, ho una realtà stupenda.</p> <p><i>Punti di debolezza?</i> Si d'accordo ci sono anche quelli però ho una vita stupenda, una realtà stupenda. Veramente stupenda.</p> <p><i>Come descriverebbe un po' il suo carattere?</i> Flessibile diciamo, flessibile.. con prive difficoltà di adattamento ma poi a piccoli passi, quando carburano un po' mi adatto bene, c'è un problema di carburazione, a entrare nel ritmo faccio un po' fatica, poi.. stupendo.</p>	<p>E a volte mi dice "Ma io sono nessuno, cosa conto", "No sei malato però.."</p> <p>Lui ha sempre questa paura del contatto con le persone.</p> <p>Quando lui partecipa, quando riesce, lui si estranea sempre, si alza, non riesce a fare un discorso con le persone.</p> <p>Lui pensa sempre che lo guardano per la sua malattia.</p> <p>Ecco lui questo sistema qui di elaborazione, di pazienza con le persone, lui non ce l'aveva.</p> <p>Non partecipa alla compagnia, fa fatica a stare in compagnia con le persone perché lui ha sempre paura di vivere. Quello che dice lui non va mai bene.</p>	<p>Cioè ha questa capacità di ringraziarti, oltretutto ogni tanto ha delle capacità che tu non ti aspetti.</p> <p>Lui comunque cerca una relazione, è una persona che è aperta, lui ama parlare, poi però lui è sempre un po' nel suo delirio, nelle sue idee piuttosto..</p> <p>Ma aveva detto "Si si bello" ma poi non c'è mai andato.</p> <p>Cioè non ha la capacità di, come si può dire quando uno da solo ci riesce ad arrivare alle cose, poi non ha un minimo di intraprendenza, lui ha bisogno di qualcuno che gli dica cosa fare, come farlo, e poi cose abbastanza limitate.</p>
--	--	---

Caso 3

<p>Sono socievole e sono anche una persona solare e invece i punti più deboli è che sono un po' più sensibile e.. e anche che alcune volte un po' pigro.</p>	<p>È tornato un po' come era da ragazzino, perché lui è stato sempre molto affettuoso, a lui è sempre importata molto la nostra opinione e quando ce ne è l'occasione chiede sempre un nostro parere, un consiglio. E quindi poi c'è stato un momento in cui è stato molto disorientato e quindi più aggressivo e quello è stato un periodo molto brutto nel quale era isolato e non si riusciva appunto ad avere un contatto con lui, né affettivo né fisico, bisognava anzi tenere una certa distanza perché poteva diventare anche un po' pericoloso. Ora è ritornato un po' come era, quindi ha molto bisogno..</p> <p>È molto sensibile e quindi non accetta critiche inutili, che non siano magari costruttive.</p>	<p>Di fatto lui non esprime mai le sue patologie, più che altro le vive. Difficilmente parla delle sue emozioni, per lo meno con me, difficilmente racconta "Ho fatto fatica a fare questo..", cioè è proprio difficile che lui si scopra nelle sue difficoltà, nelle sue emozioni, lui deve sempre fare vedere la parte meglio di sé.</p> <p>Quando lui c'è si sente, non scappa all'incontro, al dialogo.</p> <p>Ha questa modalità anche affettiva di interessarsi agli altri, a quello che succede.</p>
--	---	---

Caso 4

<p>Mi sento cambiato di carattere, che sono più debole, ho meno forze di fare, ho meno voglia di fare le cose, così.</p> <p>Non riesco a essere me stesso, non riesco a parlare, ad avere delle amicizie, cioè sono molto chiuso, non riesco ad essere più sciolto e a stare bene con gli altri, infatti spesso non parlo molto.</p> <p>Mi ritengo una persona abbastanza educata.</p> <p>Alle prime difficoltà di solito mi sento come se mi scioglio, che non riesco a portare avanti le cose, che mi sento debole anche caratterialmente.</p>	<p>Quello che capisco è che è un suo girare a vuoto, nel senso che impara delle cose, fa delle cose, poi si stufa, oppure quando ha poca voglia, oppure quando è un pochino in crisi, quelle cose che faceva bene le fa male.</p> <p>La sua inerzia rispetto al mondo: dice "Io le ho provate tutte, le ho provate tutte.." ma sei tu che rifiuti gli altri o sono gli altri che rifiutano te? Non riesci ad avere un punto d'incontro anche, e quindi qualunque rapporto amicale che ha iniziato, come tutte le cose, poi lo lascia, lo interrompe.</p>	<p>Lui ha sempre questa modalità: chiede di fare una cosa, vuole fare una cosa.. e per un po' ha fatto l'attività, e dopo un po' si è tirato indietro.</p> <p>Lui cerca proprio il rapporto uno a uno, sempre, fa fatica a gestire un rapporto con più persone contemporaneamente.</p> <p>Faccio fatica a descriverlo, perché è molto sulle sue, ha molta paura, non.. Anche se ad esempio ha delle capacità lui ha paura che poi l'altro lo critica e quindi non è se stesso con gli altri, fa molta fatica.</p> <p>Non parla mai di cose belle, perché poi alla fine delle cose belle comunque ci sono, ma non ne parla mai.</p>
--	--	--

Caso 5

<p>Abbastanza introverso, timido, però va beh comunque.. sensibile.</p>	<p>Arrivava sempre al limite nelle cose.</p> <p>Cioè lui è ancora quello che ti da il bacio prima di uscire, ancora adesso anche se è grande.</p> <p>Ha giudizio, su quello non c'è da lamentarsi..</p> <p>Non è mai stato uno che alza la mano per dire le cose, non è che parli tanto ecco.</p> <p>Eh ma lui è così, è soft, ma lui è buono eh..</p> <p>..Non accetta, non so, non accetta la sofferenza.</p>	<p>Sembra un ragazzo pieno di risorse, da conoscere.</p> <p>Non si mette al centro dell'attenzione, ti dice perché ci parli, si racconta e ti racconta perché proprio glieli chiedi le cose, non è egocentrico.</p> <p>Ecco è un po' pessimista.</p> <p>Mi sembra una persona anche molto sensibile, altra cosa è che è molto sincero</p> <p>A me sembra anche un ragazzo molto intelligente, perché anche delle volte che gli fai delle domande ti da una risposta che dici "Ma dai, non si direbbe..".</p>
---	---	--

Caso 6

<p>Allora non so più.. non so più.. io ero solare, piena di vita, ridevo sempre, scherzosa, mi piaceva ballare, mi piaceva andare al cinema, mi piaceva fare tutto quello che facevano le altre persone.. invece adesso non mi piaccio più fisicamente, non mi piaccio più..</p> <p>Sono diventata più astiosa, più agguerrita.</p>	<p>Per quanto riguarda il nostro rapporto lei è dipendente, non c'è niente da fare, dipende da me, e se io non faccio qualche cosa che lei vuole che io faccia, comincia a.. "Tu non fai le cose giuste".</p> <p>Secondo me lei cerca in tutti i modi, in un certo qual modo, di punire le persone che non gli hanno fatto fare quello che avrebbe voluto fare lei. Lei è così. Ma</p>	<p>Per il resto lei da un lato secondo me ha molte abilità a livello sociale e a livello di osservazione, dell'altro.. ma non so se sia una questione di intelligenza, quindi diciamo cognitiva anche parzialmente, oppure di stile di vita..</p> <p>Lei se riesce cerca un legame nel momento in cui uno ha bisogno, ed è anche molto brava nel dare aiuto.</p>
---	--	--

<p>In alcuni momenti so quello che voglio fare, in altri momenti sono proprio talmente giù che non ho neanche voglia di affrontare niente, cioè non ho voglia, li lascio perdere così, però generalmente quando succede qualcosa di importante io prendo e affronto.</p>	<p>fondamentalmente è buona lei, lei è buonissima, è un pezzo di pane. Però è capace che poi te lo rinfaccia, questo sì.</p>	<p>Diciamo che ogni cosa che la prende lei ci va a capofitto nel senso esageratamente.</p>
--	--	--

C. Descrizione del tempo del soggetto, in termini di densità e di qualità. Legame con i vari tempi.

Caso 1

<p>..Al presente, me lo sento più legato perché me lo sento più mio, cioè è una cosa che mi sento più mia, perché sento di vivere, di essere vivo, di essere vivo.</p>	<p>..Passato, secondo me.</p> <p>Mm, secondo me forse non ha ancora digerito la storia della sua ex morosa, ripeto non ne abbiamo mai parlato, perché io non ho mai indagato, non ho mai voluto entrare nel suo.. Però sta a vedere che starà pensando ancora..</p> <p>Si, io cerco di dirgli magari non so, "Sei andato da qualche parte?", oppure non so, quello che posso tirare fuori, perché non avendo una vita sociale appunto o qualcosa..</p> <p>"Ma ti ho svegliato?", erano le cinque e mezza, "No no ero lì sul divano, con la luce spenta che stavo riposando".</p>	<p>Ah il tempo è come una mannaia, non sa come passarlo, non sa tanto gestirla questa roba qui.</p> <p>La sua giornata non è riempita da attività piacevoli, magari si capita, capita la volta.</p> <p>È un po' sulla noia, la solitudine. A volte mi sembra che lui ci marci anche un pochettino per richiedere attenzioni da parte della sorella, del cognato, degli operatori che lo seguono. Però poi nel complesso non è male.</p> <p>È impiantato nel presente. Del passato diciamo ne ha parlato ma non in modo doloroso. Un po' di nostalgia per la scelta che ha fatto quello sì, un po' di nostalgia ce l'ha, perché dice "Se io avessi accettato certe cose adesso sarei sposato, avrei una famiglia..". Però per il resto è abbastanza nel presente. Improntato sul presente, vive la sua quotidianità.</p>
--	--	---

Caso 2

<p>Eh.. il tempo è dilatato tantissimo, però il bello è che io cammino, capito?</p> <p>Se non sto bene i progetti si rallentano tutti.</p> <p>Ci vuole troppo tempo, se si accelerassero un po' i tempi io ce la farei un po' alla svelta, tutto qua. Eh non faccio altre attività.</p> <p>Presente, perché sto inserendomi nel contesto ambientale a piccoli passi.</p>	<p>Lui ascolta tutto il giorno, anche di notte, la radio. Quello è il suo rifugio. Fa difficoltà anche a stare a tavola.</p> <p>Passato, lui vive nel passato, si trova ancora come bambino per me, ancora come bambino. Non ha tralasciato, rievoca molte cose passate, per cui..</p>	<p>Lui ha molto tempo vuoto, ma lo tiene vuoto, anche se lui ogni tanto parte dicendo "Ah devo riempire il tempo perché se no non so cosa fare, non so cosa fare.." però poi quando gli proponi qualche cosa in più lui poi non riesce a farla, non ce la fa proprio.</p> <p>E lamenta di essere magari molto stanco, di aver bisogno di riposo, ogni tanto tira fuori queste cose qui, per cui sta tanto in casa, a letto a non fare niente.</p> <p><i>Ma perché ne ha bisogno?</i> Ne ha</p>
--	--	--

<p>Legato al presente sì, e si guarda al futuro.</p> <p>Non mi sono sposato, non ho fatto la famiglia, si forse anche questo, non ho la macchina, non ho la casa appartamento, però alcune volte ci penso..</p>		<p>bisogno evidentemente, perché lui dice di sentirsi molto stanco.. fa fatica a riempire il tempo troppo, ha bisogno di tempi vuoti, di tempi lunghi, non regge un ritmo più sostenuto, non ce la fa. Non riesce quando gli proponi qualcosa in più.</p> <p>Lui vive molto nel presente mi sembra, il passato lo tira fuori ogni tanto ma di fatto è come se non ci fosse un prima, molti parlano "Prima riuscivo a fare questo, adesso non riesco più a farlo.." .No, da lui non lo senti questo discorso.</p>
---	--	--

Caso 3

<p>Un po' sprecato, perché non faccio praticamente niente di utile, però adesso mi devo riprendere ed è giusto così.. cioè diciamo che è un tempo un po' sprecato ma anche utile per rimettermi in sesto. Anche vuoto o ..</p> <p>Passato, perché ripenso alcune volte.. no non passato scusa, volevo dire presente, no no presente perché adesso penso a come posso.. diciamo penso e non penso, cioè..</p> <p>Però sì il tempo lo passo più in casa che fuori, questo sì.</p>	<p>Perché essendo un ragazzo ancora così giovane effettivamente ha una vita molto da ritirati, da pensionati, per cui lui ne soffre però probabilmente non riesce nemmeno lui a darsi degli obiettivi diversi..</p> <p>Eh, un tempo con tanti momenti morti forse, un tempo lento e un tempo appunto con molte pause e.. c'è ancora molta confusione in lui..</p> <p>Beh passato, passato, quando era più ragazzino "Ti ricordi questo.. ti ricordi quello.." dice sempre "Mi piacerebbe.." poi dice che il tempo passa troppo veloce.</p>	<p>Su questo lui mi sembra molto tranquillo, nel senso non mi sembra uno che ha bisogno di riempire troppo il tempo, ha anche bisogno di andare un po' piano, di prendersi i suoi tempi, calmi, tranquilli, non è uno che ha bisogno di riempire. E non mi sembra neanche che cerchi molte attività da fare.</p> <p>Un po' fermo, un po' incistato nelle sue.. in quello che ha trovato facile fare e che l'ha rassicurato, l'ha riassetato anche un attimo, perché prima non era in grado..</p>
---	--	--

Caso 4

<p>Il più del tempo essendo da solo non so come passarlo, devo sempre inventarmi qualcosa da fare sennò il tempo mi passa.. cioè non so come passarlo. Infatti nei momenti in cui non so cosa fare dormo, perché non so come passare il tempo, oppure mi vengono dei pensieri e cerco di non pensarci.</p> <p>La maggior parte del tempo secondo me buttato, buttato. Molto tempo della mia giornata è buttato. Non ho stimoli, nel senso a parte la chitarra, che però ultimamente non mi dà più gli stimoli che mi dava prima.</p>	<p>Inconcludente.</p> <p>Il tempo presente lo percepisce come una difficoltà continua, che non riesce a fare le cose che vuole. Per il futuro secondo me anche a lui non gli mette alcuna speranza. Quindi il rischio maggiore secondo me è questo.</p> <p><i>A quale tempo le sembra più legato?</i> Boh. Forse a quando era bambino, a quello passato voglio dire, ma non a questo o a quello del futuro.</p>	<p>Del passato parla molto, delle difficoltà avute nel passato.</p> <p>Aspetta che passa il tempo. Si lascia vivere.</p> <p>Il tempo passato da quello che mi descrive lui è tutto buio, è tutto nero, tutte brutte esperienze, tutto negativo. Il tempo presente comunque non gli piace.</p> <p>Si veramente, adesso pensandoci, mi mette proprio angoscia.</p> <p>Quello che vive lui è un tempo perso, è</p>
--	---	---

<p>Eh rimpiango un po' il passato perché ero più.. non avevo tutti questi pensieri che mi.. con le persone che mi ossessionavano.. ero più..</p>		<p>un qualcosa di deprimente a mio parere.</p>
--	--	--

Caso 5

<p>Rilassante dai. Rilassante, pieno ma poco impegnativo. Poco impegnativo e se volessi diventerebbe molto interessante però alle volte mi lascio sopraffare dalla non voglia quindi rimane così.</p> <p>Passato. Perché nel passato ho avuto delle esperienze migliori della situazione attuale quindi preferisco pensare al passato anche se non dovrei.</p>	<p>Eh è un tempo così, è un tempo soft, un tempo fatto di.. non costruttivo, come posso dirlo, non è costruttivo. Però potrebbe essere già più costruttivo rispetto a quello che ha passato.</p> <p>È un po' passato e un po' presente, è un po' e un po', non è completamente presente, futuro no, te lo dico il futuro io lo vedo un po' così, magari lo vedo io così, magari non è così, ma io lo vedo così, nel senso che non è più legato tanto al passato, è più presente però c'è sempre quella coda lì così, quella coda di passato che..</p>	<p>Mm boh. Secondo me cerca di trovare qualcosa per trascorrerlo ecco. Però conosce anche i suoi tempi, nel senso che c'è il momento che lui vuole fare qualcosa e la fa, però poi ci sono invece dei momenti in cui ha voglia di rilassarsi e allora si rilassa. Però sa quando e come, quindi ha la concezione del tempo e sa quello che vuole dal tempo e lo trascorre come meglio crede. Utilizza il tempo in base alle sue esigenze.</p> <p>Mah alcune volte del passato non ha molta voglia di parlarne, o se ne parla ne parla un po', molto superficialmente.</p> <p>Il presente secondo me a lui piace, come lo vive.</p> <p>Vedendo come lui vive il suo tempo io direi che potrebbe anche andare bene.</p>
--	---	---

Caso 6

<p>Più legata? A un tempo passato. Perché ero più viva..</p>	<p>Mah il tempo che lei utilizza per fare i compiti con il figlio è positivo, è molto positivo. Per quanto riguarda invece il resto, assolutamente, per me è negativo.</p> <p>No, no, mia figlia non è legata a un tempo futuro assolutamente.</p> <p>Lei tornerebbe al passato, secondo me sì.</p>	<p>Il tempo lo percepisce.. come dire uno scorrere del tempo al futuro, insomma non si gode il momento di sicuro, e quindi una percezione del tempo, come dire un po' che sfugge, ma che non utilizza in modo soddisfacente.</p> <p>Ha sempre questo modo un po' ansioso, ansiogeno, cioè ha delle cose da fare quindi il tempo che ha da qui alla cosa da fare lo vive male, si rifugia nel sonno, quindi il tempo del sonno è un tempo in cui si riposa e si allontana da queste preoccupazioni.</p> <p>Tempo sfruttato male.</p> <p>Vive il presente pensando al passato, alle cose passate.</p>
--	---	---

D. Soddisfazione del soggetto sull'utilizzo del tempo

Caso 1

<p>Ma proverei, per provare, trovare ancora quella passione, andare a provare a girare un po', più che altro per vedere un po' di gente, che ti distoglie un po' dai pensieri, dalla solita routine.</p>	<p>Si e poi il problema è che lui si lamentava anche quando erano in appartamento perché diceva "Ecco, io devo stare lì, e loro vanno a letto presto e se tu non.." brontolare.. e adesso che ha preso la casa gli dico ma scusa neh adesso, brontolavi là, non ti va bene neanche qua? Cioè è un controsenso probabilmente, boh, non lo so..</p>	<p>B: ..è un modo di stare con gli altri, di relazionarsi con gli altri, di fare delle conoscenze che possono comunque tirarti fuori dalla tua abitudine, cosa che spesso lui lamenta. A: Lamenta, lamenta. Lamenta questa cosa. "Cosa faccio la domenica?" È un tempo vuoto, un tempo morto, per cui chi ha la famiglia ha la famiglia. "Però io a volte mi annoio la domenica, perché non so cosa fare."</p>
--	---	--

Caso 2

<p>Buono, buono, per le mie capacità è buono, è buono, non posso lamentarmi.</p> <p>Si, soddisfatto si, molto bene.</p> <p>Eh, c'è un buco che deve essere inserito, un po' di buchi li ho inseriti, devo inserire ancora quelli più importanti, quelli principali.</p>	<p>"Eh ma mamma mi fanno fare di quelle cose che non hanno senso, ma che senso ha fare questo, fare quest'altro, io vorrei fare qualcosa di più impegnativo, qualcosa di più gradevole, non so.." e io gli dico chiedi se possono fare quello che tu desideri, non so, non saprei perché se non lo sai dire a me, devi imparare a dirlo a loro..</p>	<p>Si lamenta perché magari "Non mi fanno fare di più.. non mi fanno fare.. " e così, però non glielo fanno fare perché non ce la fa.</p>
---	--	---

Caso 3

<p>Mi piacerebbe averla un po' più piena.</p> <p>Adesso come adesso non vorrei proprio più tornare a scuola perché ho avuto un po' tanti problemi a scuola e allora non vorrei tornare. Però come tempo occupava molto tempo.</p>	<p>"Ma forse ora è presto, non vorrei aggiungere troppe cose" perché si spaventa di non farcela..</p>	<p>Mi sembra di si, penso che potrebbe anche essere ora di chiedersi quale potrebbe essere il progetto futuro per lui, su cosa poter lavorare.</p> <p>Si, in questo momento lui ci sta bene così come è.</p>
---	---	--

Caso 4

<p>No, se avessi magari meno pensieri in testa, nel senso.. se affrontassi la vita in un modo più leggero. Le cose che non faccio magari le farei.</p>	<p>È che lui secondo me siccome è abbastanza sensibile se ne rende conto, e questo secondo me lo esaspera, perché qualunque attività che lui fa non porta niente a termine.</p> <p>Quindi non riesce ad avere soddisfazioni anche in quello che fa.</p>	<p>A sentire lui si però c'è anche un.. quando lui mi racconta le cose non mi sembra molto contento, anche se lui dice "No no sto a casa, preferisco,sto nella mia camera, mi guardo qualcosa al computer". Però no, nella sua voce e nel suo dire a me non sembra che sia soddisfatto, anzi, mi sembra anche molto</p>
--	---	---

	Si lui sta bene a casa sua perché quella è casa sua e vuole tornare a casa sua però percepisci il fatto che lui non possa costruirsi una vita per i cavoli suoi.	insoddisfatto. Però lui non lo ammette, non..
--	--	---

Caso 5

Mm no. No no no. In questo momento no. Magari avrei molte idee, ho molte idee su come potrei occuparlo ma magari trovo scarse persone con cui dividerlo quindi mi appiattisco abbastanza.	Perché senza lavoro qui in casa, non è che.. si un po' sta al computer, un po' legge, però ho capito che qui è un'anima in pena, poi ultimamente dorme..	Si, si si. Perché parla di quello che fa tranquillamente. È soddisfatto. Anche del fatto che dorme fino a tardi la mattina. Il presente, secondo me lo vive molto bene, molto sereno, tranquillo. Soddisfatto ecco.
---	--	--

Caso 6

Mi rende handicappata, mi rende handicappata non nel senso mentale, ma nel senso fisico, perché non mi consente di fare delle cose che tutti gli altri fanno, io poi non sono più in grado di fare quello che facevo prima. E invece adesso è un grigiame assurdo, non ho voglia di vedere tante balle in giro, troppe cose.	Lei continua a dire "lo voglio andare in Sicilia, andare.."	Secondo me lei dichiarandolo è soddisfatta ma in realtà no, nel senso che poi in realtà non è soddisfatta della vita che fa, a lei piacerebbe tornare come era un tempo, lei dice magra e bella.
---	---	--

E. Futuro del soggetto e suoi obiettivi

Caso 1

Non lo so, non.. il presente non ce l'ho ancora, non ce l'ho il presente. Sempre la speranza di vederlo meglio, sempre dopo quello che ho passato di migliorare, di avere un'altra, che sia diversa.. diverso, tutte le cose che ho passato siano più positive. Adesso non ho ancora niente di chiaro, diciamo di prefissarmi qualche obiettivo.	Eh io la vedo un problema, perché fin che aveva da andare lì nell'appartamento era uno stimolo, diciamo, doversi alzare magari dover andare a preparare da mangiare, dover anche star lì magari un paio d'ore, così.. e adesso non lo so, adesso già il fatto probabilmente ad esempio che non deve più andare lì le mattine secondo me non dico che dorme fino a mezzo giorno ma.. quasi..	No, su quello no. Non penso. Penso che la progettualità è quella di vivere da solo e riuscire ad avere una compagna. Nel senso che l'unico obiettivo sarebbe quello. Penso che sia di tutte le persone che vivono da soli, cercare di avere una compagna per tutta la vita. Per adesso si, è abbastanza tranquillo ecco.
--	---	--

Caso 2

Stupenda, niente di eccezionale però stupenda, con tanti impegni, tanto lavoro, tante attività, poi voglio andare a	Il giorno che me lo lasceranno a casa cosa farà? Mi ricade nella malattia. Se	La settimana scorsa voleva sapere da me cosa doveva fare per tornare a lavorare, cioè delle richieste abbastanza incongrue
---	---	--

<p>studiare, a fare ingegneria così mantengo il curriculum, appena sto bene mentalmente parto e vado.</p> <p>Si, ho degli obiettivi sì, il problema è che sono ancora un po' handicappato e non riesco a partire.</p>	<p>non ha un qualcosa sostitutivo, di pensiero, di lavoro..</p>	<p>che poi vengono sempre rimandate ai dati di fatto e alla realtà, allora questo già lo rimette con i piedi per terra e di solito la cosa si smonta nel giro di tre secondi.</p> <p>Non ha progettualità.</p> <p>Io temo il giorno che non ci sarà più la mamma, io ho visto un po' un decadimento in lui, non un miglioramento.. E lui non è tanto giovane, non lo so, non ho proprio idea se il futuro sarà una casa di riposo o invece una capacità di mettere insieme delle capacità che adesso non ha..</p>
---	---	---

Caso 3

<p>Voglio iniziare proprio a organizzare la mia vita in modo da avere un buon futuro davanti a me e.. diventare indipendente e tutte queste cose poi.</p> <p>Diverso, sì. Positivo, sì.</p> <p><i>Il diventare triste è legato a quello che vuole diventare o a quello che è stato?</i> Quello che vorrei diventare, io sono molto.. adesso sono un po' così perché mi hanno detto in tanti che senza diploma un lavoro è difficile trovarlo e non so proprio come fare, sono un po' preoccupato.</p>	<p>Si sta benino ma non è una vita che potrà fare sempre, perché noi non siamo eterni.</p> <p>Grande punto interrogativo perché io spero in dei miglioramenti, sia a livello di novità di farmaci, ma spero anche nella consapevolezza perché altrimenti per adesso vedo una situazione molto simile a quella di oggi, anche in futuro.</p> <p>Lui non avendo ora una situazione tale da creare nuove amicizie, ho paura che possa rimanere anche solo.</p>	<p>È come se adesso avesse accantonato un po' tutti questi progetti, tutto questo, e stesse vivendo un po' nel presente, in quello che gli veniva offerto adesso.</p> <p>Sì, penso che lui adesso abbia timore a rischiare di pensarsi in un futuro, per cui ci sta andando con i piedi di piombo.</p> <p>Non ha più parlato di cosa farà da grande e di cosa gli piacerebbe fare, è un po' fermo.</p> <p>La mia idea è che lui potrebbe per esempio farcela in una scuola professionale dove le richieste sono più basse e più legate a un futuro lavorativo concreto. Ha delle capacità da giocare e io spero che ce la faccia perché potrebbe farcela.</p>
---	---	---

Caso 4

<p>Beh completamente.. sarà peggiore perché penso ai miei che invecchiano e io che non ho come mantenermi quindi non so come fare. Non riesco proprio a vedermi, cioè ho proprio paura del futuro. Anche perché penso che questa mia situazione non cambierà, è proprio una situazione che si è incancrenita così, non ho altre strade secondo me, quindi..</p>	<p>Mah secondo me peggiorerà sempre di più. Non vedo futuro.</p> <p>I cambiamenti che vedi in lui sono labili, momentanei. Tu pensi che un periodo sta andando meglio, non l'ha risolta ma vivrà così, ma dopo poco tempo cade quella frana.</p>	<p><i>E quindi non fa niente per cambiare.</i> No, perché ha troppa paura a mio parere, ha molta paura di uscire dal suo guscio.</p> <p>Se non prende in mano un po' la situazione, se non si lascia aiutare, perché in realtà non si fa aiutare, non vuole essere aiutato, sarà sempre così la sua vita.</p>
---	--	---

Caso 5

<p>Ah bella domanda. Eh.. idealmente mi piacerebbe trovare un lavoro per autogestirmi e rendermi indipendente, magari una fidanzata e via.</p> <p><i>Quindi ci saranno dei cambiamenti?</i> Mm.. certo, spero proprio di si, in un futuro si.</p>	<p>Io, cioè la sua vita futura se va avanti così non la vedo, non la vedo perché senza il lavoro non so cosa dirti, che vita è poi, cioè non lo so..</p>	<p>Il futuro è un po' pessimista, in particolare per quanto riguarda il lavoro e su una probabile relazione con questa ragazza e sul fatto che non sa come gestirla. Su tanti punti di vista, ecco ha un po' paura.</p> <p>L'unica cosa che lui ha per quanto riguarda il suo futuro nel lavoro è la paura di un fallimento.</p> <p>Per adesso ha un affiancamento con la tecnica della riabilitazione per cercare un lavoro e per ora è sempre venuto agli appuntamenti.</p> <p>Bah dall'impressione che mi ha dato, ripeto, la prima volta, secondo me se lui trova veramente un lavoro, lui si riprende tranquillamente tutta la sua vita.</p>
---	--	---

Caso 6

<p>Non voglio più finire in psichiatria, questo è un mio desiderio, vorrei non finirci più, al contrario di prima.</p> <p>Non te lo posso dire, non te lo posso dire perché non lo neanche io. Io spero che sia un futuro dove, allora, so che perderò delle cose preziose nel mio futuro e quindi questo mi spaventa, mi spaventa, a volte ci penso e preferirei non pensarci, però una cosa è certa, per trovare un briciolo di serenità io ho bisogno di cambiare proprio città.</p> <p>Poi per il resto la malattia non mi mollerà, sono sicura, non ci credo.</p> <p>No. Che obiettivi devo avere? Son tre anni che son qua con l'obiettivo di andare a prendere a scuola mio figlio non ci sono ancora riuscita una volta, non ne ho obiettivi, non riesco.</p>	<p>Lei vorrebbe che io vivessi per sempre, che io non avessi mai niente, che stessi sempre bene, perché io possa aiutare lei e suo figlio, io non dovrei avere mai nulla.</p> <p>Brutta, brutta, se andiamo avanti in questo modo qua.. secondo me sarà molto brutta.</p> <p>Una volta che suo figlio diventerà indipendente io mi scaricherò di lei, cioè io ormai è deciso eh. Sono dieci anni che vado avanti così, non ce la faccio più.</p> <p>O si da una botta di vita e cambia completamente, sennò davvero va a finire sotto i ponti ecco.</p>	<p>Non lo so, questo non lo so. Io mi augurerei che possa andare meglio di così come è oppure che lei riesca a capacitarsi o godere delle cose che ha, perché alla fine quando sta bene potrebbe avere la possibilità di stare meglio. E poi magari di riuscire ad aprirsi un po'.</p>
---	---	--

F. Giornata tipo, attività quotidiane e interessi del soggetto

Caso 1

<p><i>Interessi?</i> No.</p> <p>Eh, è un po' limitata, perché la mattina dormo, tipo dormo fino a tardi, cioè non sempre ma ogni tanto sì, cioè per spezzare un po' la giornata. Pomeriggio diciamo mi alzo, faccio qualcosa, o vado a fare colazione o vado a mangiare oppure preparo da mangiare, dopo di solito sto lì in casa, sul divano così, cioè niente di eccezionale.</p>	<p>Adesso che può andare ancora lì in Appartamento: si alza, non so l'orario, va a fare la colazione al bar, tutte le mattine, non si fa la colazione a casa. Se deve andare al centro, va là, so che da una mano a cucinare o cucina anche, mangiano, poi a volte mi dice che sta lì a fare un riposino, sta lì un po', poi torna nel suo di appartamento e presumo che si metta là con la luce spenta sul divano a fare niente, perché spesso e volentieri io gli dico ma almeno accendi la tele "No non ciò voglia" accendi la radio che ti fa almeno compagnia "No no non ciò voglia di sentire la radio".</p> <p><i>Interessi?</i> Che aveva, perché adesso non ne ha neanche mezzo.</p> <p>Poi cos'altro posso dirti, perché è talmente tanto che non ha più passioni che non me ne viene in mente neanche mezza adesso..</p>	<p>Ecco lui si sveglia sempre tardi perché di solito viene qui al bar a fare colazione o il pranzo.</p> <p>Sennò si alza le nove e mezza, per essere qui pronto alle dieci e mezzo, per cui nove e mezzo si alza, poi prepara da mangiare con noi. Prepara però a pranzo non ha molta voglia di cucinare e a volte mangia al bar piatti pronti.</p> <p>Forse anche per il fatto che adesso vanno al cinema e fanno delle cose, serve per mantenere quelle ore serali impegnate, con altre persone.</p>
---	---	--

Caso 2

<p>Attualmente la lettura, il giornale tutti i giorni, quasi tutti giorni..</p>	<p>Però lui non è che cerchi di dire "Mi piacerebbe fare quella cosa, però da solo non riesco, vorrei che qualcuno mi insegnasse" non è attivato, attirato a fare niente e a volte mi domando.. che poi delle capacità ne ha avute, che forse magari le avrà ancora, sono addormentate ma non trova qualcuno che gliele tira fuori..</p> <p>Dunque quando non va al CPS si alza alle nove o anche alle dieci e se riesco lo mando a comprare il pane e il latte, le spese che può fare, e in quello è bravo. E poi nient'altro, nient'altro. Poi sta sempre in casa.</p> <p>Lui quando rientra, dopo aver pranzato e così, lui va a dormire perché dice che è stanco.</p> <p>Lui fa tanti progetti ma non ne riesce a mettere a fuoco neanche uno.</p>	<p>Lui al di là del Centro Diurno non riesci a fargli fare nient'altro, perché ci abbiamo provato.</p> <p>Lavoro no. Lui al di là del Centro Diurno e di queste cose qui, non ha neanche degli interessi particolari, è abbastanza, come dire, limitato in questo.</p>
---	--	--

Caso 3

<p>Sono un tifoso dell'Inter e così seguo tutte le partite.. Ah faccio badminton, lo faccio una volta alla settimana e.. Sono appassionato di videogiochi.</p> <p>Allora mi sveglio, quando vado al centro, otto e mezza nove, mentre quando non ho il centro più tardi, verso le dieci undici e..</p>	<p>Lui una volta che è stato al centro passa molto tempo a casa e quindi..</p> <p>Allora lui se riesce a svegliarsi verso le otto e mezza fa colazione, prende le sue pasticche e alle nove va al centro, questo tre volte alla settimana, di solito verso le due e mezza o le tre rientra, se sono belle giornate a volte fa una passeggiata e torna anche dopo. Dopo di che c'è anche il momento in cui lui proprio si annoia quindi allora comincia a ciondolare.</p> <p>Calcio e le improvvisazioni. Questi sono i suoi interessi principali.</p>	<p>Magari passa del tempo ritirato ma non in modo così..</p> <p>Lui al di là delle attività qui al Centro Diurno e dell'attività di volano per adesso lui non sta facendo ancora niente, per adesso però sembra che quello che sta reggendo sia questo.</p>
--	---	---

Caso 4

<p>Mi è passata proprio la voglia di avere una vita sociale quindi la sera sto a casa, diciamo che sto a casa.</p> <p>Questa passione qua che ho per la chitarra che impiego anche tutto il pomeriggio a suonare e a fare le.. e ad allenarmi sullo strumento e così. Poi i videogiochi mi piacciono.</p> <p>Ultimamente mi alzo presto, anche verso le quattro di mattina o le cinque. Poi bevo il caffè, mi fumo una sigaretta, poi magari sto un po' al computer, poi ad un certo punto però, dopo aver fatto colazione e preso la mia terapia, verso già le 9.00 inizia già a venirmi sonno perché mi sono svegliato molto presto e fino alle undici, undici e mezza dormo. Poi subito dopo mangiato mi viene sonno quindi dormo e dormo o fino alle tre e mezza o se ho proprio sonno fino alle cinque. Poi quattro e mezzo, cinque mi metto a suonare la chitarra e si fa l'ora di cena insomma, poi mangio, guardo un po' di televisione con mia mamma di solito, fino alle otto e mezza nove e poi alle nove mi corico.</p>	<p>Durante il giorno o dorme o suona e cerca in internet tutti questi pezzi di musica che lui possa fare con la chitarra oppure possa ascoltare.</p> <p><i>Interessi?</i> C'è solo quello della musica che ha avuto sempre.</p>	<p>La musica, quella è la cosa che continua a mantenere, perché ormai è un bel po' che lui sta andando a fare musica.</p> <p>Dorme fino a tardi, poi si alza, fa la sua colazione e si trascina da una poltrona all'altra, da una stanza all'altra, aspetta che arrivi mezzogiorno..</p> <p>"È mattina, arriverà stasera", è una cosa così per lui.</p>
---	---	---

Caso 5

<p>Quando non vengo al centro solitamente mi alzo relativamente tardi, pranzo, se c'è da fare qualcosa in casa lo faccio. Poi comunque resto in casa fino a cena magari guardandomi un film o un documentario oppure un cartone animato, succede.</p> <p>Nel weekend è mia abitudine uscire venerdì sera e sabato sera e stare con gli amici fino a tardi e infatti la domenica mi trovo abbastanza spaesato e sfasato a causa degli orari un po' scellerati.</p> <p>Principalmente mi viene in mente l'arte a cui mi sono avvicinato circa un anno fa.. e basta come attività.</p>	<p>Abbiamo sempre condiviso la passione della montagna.</p> <p>Lui ha la passione del dipingere, fa i quadri e queste cose qua, per lo meno si impegna a fare qualcosa, però al di là di questo..</p> <p>Dorme.</p> <p>M: Al momento.. passione..</p> <p>P: Dormire.</p>	<p>Ha delle passioni, per esempio sciare. La montagna, sciare e queste cose qui gli piacciono perché mi ha raccontato che più di qualche volta è andato.</p> <p>Lui mi parla che va beh ama dormire, quindi tante volte dorme fino a tardi, poi pranzo.</p> <p>Poi mi dice che alcune volte va dalla zia a dipingere, alcune volte a casa suona, e poi alcune sere esce con gli amici. Grosse cose particolari no, non fa, tranne queste cose qui.</p>
---	--	--

Caso 6

<p>Non frequento niente, mi piacerebbe ma non ho chi, con chi andare.</p> <p>Attualmente non ho molti interessi, mi piace la televisione, mi guardo i miei film polizieschi, e poi uso il PC, mi piace giocare con un gioco in particolare sul PC e altri obiettivi, no interessi non ne ho.</p> <p>La mia giornata tipo, mi alzo la mattina, non ho voglia di uscire dal letto, poi ci esco per forza perché mio padre mi ci butta fuori, faccio le pulizie di casa, stendo, faccio la lavatrice.. mi metto un po' al computer, nel frattempo preparo la tavola e poi dopo mio figlio studia, io riposo un po', un'ora sempre tutti i giorni, punto la sveglia, è proprio un'ora nel telefonino dove mi rilasso, proprio mi rilasso.. poi mi alzo e aiuto mio figlio con i compiti, ritorno al mio computer, preparo la cena, lavo i piatti, vado ancora al computer, ci mettiamo a letto, vediamo la televisione, e poi ci addormentiamo e domani è un altro giorno simile all'altro, a meno che c'è da venire qua e cambia qualcosa.</p>	<p>Lei mattina quando si sveglia, dopo incomincia a fare i mestieri in casa, poi finito di fare i mestieri, se gli avanza il tempo, se ha gli incontri qua viene qua, se non si mette davanti al computer e gioca fino a quando non arriva l'orario in cui arriva suo figlio, che lo vado a prendere io, ecco. Poi basta. Poi nel pomeriggio, finito di mangiare, lei fino alle due e mezza, tre meno un quarto, lei sta con il figlio per fargli fare dei compiti, poi lei si va a riposare. E dopo circa un'oretta, quando si alza, lei gli chiede le cose che lui ha studiato e continuano a fare i compiti fino a quando non finiscono. Poi la sera quando finiscono di fare i compiti, alle sei e mezza, prepara qualcosa e stende i panni e tutte queste cose qui. Ma non parla di uscire, andare in giro o che cosa. Portare in giro il bambino, no assolutamente.</p>	<p>Adesso si alza al mattino anche abbastanza presto, ha cambiato la terapia, prima faceva fatica ad alzarsi al mattino, però raramente si occupa del figlio, se ne occupa il papà. Non sempre prepara da mangiare lei, perché spesso lo prepara il papà. Lei si alza e fa le pulizie, pulisce tutta la casa. Il padre sostituisce lei in tantissime cose.</p> <p>Se riesce poi va a fare questi giri nei negozi, ha tutti i suoi giri, poi va a farsi le unghie prenotando, va a farsi i capelli sempre su prenotazione, e poi viene qua per le attività.</p> <p>Dunque lei va su internet, va in questo mondo di facebook, anche se lei è bravissima a fare attività manuali.</p> <p>Poi le piace andare al cimitero a mettere i fiori, spende un sacco di soldi in fiori.</p> <p>Segue il figlio per fare i compiti, anche eccessivamente, nel senso che metà glieli fa lei, o comunque li fanno sempre insieme.</p>
---	---	---

G. Rete personale/sociale del soggetto

Caso 1

<p>Ma totalmente non è che frequenti molto, adesso sono ancora un po' legato con la struttura lì diciamo la struttura quella di Appartamenti, diciamo frequento più un ragazzo che c'è lì in un Appartamento, di un altro Appartamento, ci vediamo un po' così, o quando usciamo ad andare a vedere il cinema al martedì, frequento ancora i ragazzi degli Appartamenti.</p>	<p>In ambito sociale a parte quelli dell'appartamento non ha nessuno, anche perché io ogni tanto gli dico dai chiama il tuo vecchio amico, magari del lavoro "Eh si, eh no, ma, eh però.." sempre un..</p> <p>..non lo so con chi comunica.</p>	<p>B: Li ha invitati anche a casa sua, ha fatto la cena, gli ha preparato tutto lui, anche con grande soddisfazione.</p> <p>A: Ha buoni rapporti con la famiglia, anche con il cognato.</p> <p>Però vedi come è inserito bene anche nel tessuto sociale?</p> <p>Allora la sorella, il cognato. Adesso qui non so se ha fatto amicizia con qualcuno, anzi si con un signore che gli ha fatto da idraulico e si conosce sempre tramite il cognato però. Il cognato è anche il tramite con i vicini. Noi sicuramente tanto.</p> <p>B: E anche questo luogo qui, questo bar qui, qui viene tanto. Tutti quelli che frequentano lui riesce ad ampliare e a farsi volere bene. <i>Ma mantiene i contatti?</i> No oltre al bar no perché non è facile poi..</p> <p>A: No fuori no.</p> <p>A: Con invece un attuale paziente nostro, con lui esce, escono..</p> <p>B: Ogni tanto escono insieme. Fanno delle cose insieme.</p> <p>Si era iscritto a un'agenzia per incontri in internet. Aveva avuto anche degli appuntamenti ma poi non era andata bene.</p>
--	---	---

Caso 2

<p>Ah rete sociale, non c'è rete sociale dove vivo io. Partiamo dal mio quartiere, nel mio quartiere la società non c'è, è zero, dal punto di vista sociale la vita è zero, chiusa, non esiste, quindi mi crea molti problemi a livello mentale.</p> <p>No nessuno, ti ho detto che non ho relazioni all'infuori del centro. Eh è quello un po' il problema, capito?</p> <p>Mia madre. C'è mio fratello ma vive fuori mio fratello, vive per suo conto, lo vedo un paio di giorni a settimana.</p>	<p>Quando gli capita di avere qualche approccio con le persone fa difficoltà.</p> <p>La gente del quartiere per lui sono tutti nemici, perché lo guardano, lo mettono da parte, si sente giudicato, ma tutte cose che si inventa lui, perché nessuno..</p> <p>Non ha amicizie perché delle amicizie non riesce ad averne..</p>	<p>Lui vive sicuramente con la mamma con cui ha un legame forte, decisamente, conflittuale ma neanche tanto, talvolta, probabilmente qualche cosa che li.. poi ha comunque anche gli zii, il fratello, cugini, con cui ogni tanto si trova ai vari pranzi delle feste..</p>
--	--	---

Caso 3

<p>Ah, ok, ho delle amicizie, ho due, diciamo 4 amici con cui mi frequento e siamo amici da tanto tempo.</p>	<p>Lui ha sempre un suo migliore amico, da quando era alle medie, e tramite questo amico poi si è fatto altri duo o tre amici e quindi il sabato sera.. il venerdì va a badminton con il suo, quello che per lui è rimasto il suo migliore amico.</p>	<p>C'è tutta la famiglia intorno, la sorella.</p> <p>Il papà e la mamma. Poi ha tutta una serie di parenti con cui.. è una famiglia allargata, per cui i nonni, gli zii. Ha dei familiari abbastanza, nel bene e nel male, presenti. E ha anche degli amici con cui mantiene questo legame.</p> <p>Posti che frequenta sono il Centro Diurno, la famiglia e basta, non ha altri posti fuori.</p>
--	---	--

Caso 4

<p>Parto magari dalla famiglia, i rapporti con la famiglia sono forti con mio padre e mia madre anche perché ci vivo assieme, mentre sono tra il conflittuale e il discontinuo con mia sorella perché lei, oltre che abbiamo dei caratteri molto diversi, non siamo compatibili proprio come persone.</p> <p>Ho ancora un amico che ho iniziato a vedere da circa quattro o cinque anni perché avevo iniziato a fare una specie di servizio civile presso una clinica e l'ho conosciuto lì e i rapporti sono abbastanza forti però non ci vediamo spesso, ci vediamo un paio di volte al mese o così, non molto comunque, quando ci vediamo però il rapporto è forte, ci sentiamo per telefono e così.</p>	<p>L'unico amico che ha avuto era un compagno di scuola media, con cui poi ha troncato un anno fa, due anni fa, lui diceva che gli creava più problemi che facilitare la sua vita, e quindi ha rotto completamente. L'unico amico con cui qualche volta si mandano i messaggi è uno che ha una patologia simile alla sua insomma, ma è più grande, quello ha quarant'anni.</p>	<p>Lui si lamenta molto del suo rapporto con il papà.</p> <p>Eh lui da quello che mi racconta sta molto a casa, nella sua camera. Non si muove molto da lì. Ogni tanto arrivano alcuni zii. Con la sorella non c'è un buon rapporto. Ogni tanto si vede con un suo amico che si chiama anche lui Gaetano, però ultimamente non mi parla che esce tanto neanche con lui.</p>
--	--	---

Caso 5

<p>Allora, ho i miei genitori. Degli amici stretti di sempre con cui costantemente mi vedo.</p> <p>E dopo ovviamente c'è il rapporto della.. ci sono le persone che incontro qui al centro. Al di fuori di questo non ho niente.</p>	<p>Io ho sempre contato tanto sugli amici, e infatti a parte degli episodi, in questa malattia l'hanno aiutato tanto, gli sono stati sempre addosso, cioè nel senso anche quando è uscito dall'ospedale, e anche adesso.. anche se sicuramente adesso lui ha preso un po' di autonomia, vuole essere autonomo e non vuole sentirsi osservare..</p> <p>A parte che adesso esce anche poco con gli amici, perché poi loro adesso sono impegnati.</p> <p>Aveva questa passione per il dipingere,</p>	<p>Lui mi racconta sempre che esce il venerdì sera e il sabato sera, la domenica poi riposa.</p> <p>Mi ha raccontato di una sua ex ragazza con cui si frequenta ancora, che ogni tanto, una volta al mese escono o a guardare un film o a mangiare.</p> <p>Vita sociale ce l'ha.</p> <p>Allora, lui ha vissuto per un po' da una zia con la nonna, quando era ragazzino. La nonna poi è morta quindi la zia gli ha regalato una stanza dove lui può fare</p>
--	---	--

	c'era una stanza in più, mia sorella gliela aveva allestita, perché qui bene o male è piccolo, non avevo molti spazi, e allora lui andava da mia sorella.	tante cose. Vive con i genitori, da quello che ho capito, però una o due volte a settimana, anche tre, va a trovare questa zia che lo coccola in un modo esagerato. Con il papà, con i genitori ha un buon rapporto.
--	---	---

Caso 6

<p>Allora la mia rete sociale praticamente è ridotta a zero perché da quando mi sono ammalata..</p> <p>E adesso che sono sola diciamo con mio figlio e con mio padre, mia sorella, mio cognato che vedo ogni tanto ma non spesso, cioè non sempre, si può dire che di amicizie fisiche, fisiche proprio non ne ho.. più che altro sono amicizie telefoniche, avvengono via cavo e via telefono..</p> <p>Io ho un'amicizia molto, molto, molto bella con un altro paziente, ma proprio un'amicizia forte che va oltre ogni cosa e ci si aiuta tantissimo e poi mi sono un po' aperta nei confronti della mamma di un compagno di mio figlio con cui riesco a parlare anche, a parlare un po' della scuola, di questo e quell'altro, però non riesco ad avere quel rapporto con la persona sana, sana tra parentesi, perché ho paura di essere giudicata, ho paura di essere, di sbagliare..</p>	<p>Cioè io preferirei che lei uscisse, andasse in giro, di qua e di là, andasse in un bar a parlare con degli amici, con qualcuno, chiunque piuttosto che stare lì dietro un PC.</p> <p>Ha amici solo psichiatrici, non riesce a farsi delle amicizie al di fuori del contesto psichiatrico, tutte queste cose qua..</p>	<p>Eh la sua rete sociale.. praticamente ha questi legami spezzati, sfaldati, interrotti con il divorzio che però sono comunque conflittuali quindi lei di fatto non vorrebbe separarsi dal marito nel senso che il marito oltre ad essere il padre di suo figlio è qualcuno con cui si può arrabbiare.</p> <p>Anche altri legami sono per me legati all'interesse quindi amici e vicini, anche lì conflittuali, come il legame che ha con la sorella, anche con il papà è un legame molto forte ma c'è questa gelosia. Lei ha un legame forte con la mamma che è morta, anche quello è molto presente. Il legame con il figlio, anche lì, è forte e conflittuale perché da un lato secondo me se stesse di più con il papà lei, come responsabilità, come peso di responsabilità, magari ne gioverebbe. E poi con questi amici pazienti.</p>
--	--	---

Conclusioni

Compito per tutti: studiare un piano per tornare non in quello che è stato il tuo posto in passato ma in quello che dovrà essere il tuo posto in futuro.

“Ciò che è importante riguardo ai criminali – e altri *desperados* sociali come i bambini, i comici, i sabotatori e coloro certificati come pazzi – non è ciò che fanno o perché lo fanno, ma la luce che per contrasto la loro situazione getta su ciò che noi facciamo.”[5]

Se leggendo questo scritto il lettore o l'ascoltatore contava di ottenere delle risposte, a questo punto sarà deluso.

Il lavoro qui descritto vuole essere un'indagine tremendamente incompleta della variabile tempo. Tutto potrebbe essere indagato meglio da mani più esperte e da menti più aperte. Ci sono talmente tante variabili da considerare che trovare la risposta ad alcune domande non era l'obiettivo principale. Il fuoco era porsi queste domande e fare in modo che anche altri, durante lo svolgimento del loro lavoro,

se le ponessero per aprire un dibattito forse infinito o forse troppo generale per i singoli casi che si vivono.

Non ci sono risposte, solo osservazioni che posso suscitare riflessioni che possono sfociare in illuminazioni che possono portare alla creazione di una migliore applicazione della professione del riabilitatore.

Arrivato alla fine anche il personaggio più colto dovrebbe voler approfondire l'argomento esposto sotto il suo punto di vista, facendolo aderire alle sue personali inclinazioni. Così da poterle confrontare con le mie, qui sotto narrate.

Prima di tutto mi scuso perché parlando del tempo si finisce per perdere la retta via e parlare dell'intera persona, forse perché le due cose sono talmente inscindibili che senza una non c'è l'altra e quando se ne parla si "tirano in ballo" entrambe.

E allora balliamo.

Ma non limitiamoci a seguire la musica per creare il nostro ballo.

Danziamo sul suono, o sul rumore, della nostra voce, con tutto intorno il silenzio. È così che sarà finalmente possibile trovare un gesto, ascoltarci, andare a tempo con il nostro tempo. E non sarà possibile sbagliare dal momento che siamo noi gli unici. Teniamo il nostro passo, definiamo noi il ritmo necessario per muoverci e riserviamoci il privilegio di cambiarlo quando ne abbiamo bisogno.

Dobbiamo muoverci su noi stessi, sentire il tempo, rubarlo alle convenzioni, agli altri.

Sentire il rumore del nostro movimento, dei piedi che camminano, del corpo che cade, dello sguardo che si rialza. Parliamo, raccontiamoci quello che stiamo facendo, senza lasciare che si confonda con la musica degli altri.

Annunciamo il nostro arrivo, dopo tutta la fatica del percorso, sentendo la nostra voce vicino a noi e non proveniente dal punto in cui siamo partiti. Parliamo di adesso, del nostro lungo trascinarci, silenti. E parliamo con chi ci raccoglie, potente, ed è solo di un passo avanti a noi. Seguiamolo. Seguiamo la direzione e il tempo che vogliamo prendere. Coraggiosi, impavidi, liquidi.

Continuiamo anche se siamo su un palcoscenico con il pubblico che si aspetta qualcosa. Rimaniamo in scena, vestiti solo di noi stessi, per il tempo che ci è necessario per andare da una quinta, il passato, all'altra, opposta, futura. Non perdiamo la concentrazione, ignoriamo i sussurri in sala, smettiamo di aspettare l'applauso.

"Sono io la morte e porto corona, io son di tutti voi signora e padrona e davanti alla mia falce il capo tu dovrai chinare e dell'oscura morte al passo andare.

Sei l'ospite d'onore del ballo che per te suoniamo, posa la falce e danza tondo a tondo il giro di una danza e poi un altro ancora e tu del tempo non sei più signora." [6]

Ciò che si contende è il tempo: la morte viene per fermarlo, l'uomo farebbe di tutto per tenerlo. E quando la morte reclama, l'unico modo per sconfiggerla è toglierle il suo potere, toglierle il tempo, renderla mortale. Se ciò che può sconfiggerti, fermarti, danza insieme a te, secondo le tue regole, diventi tu il sovrano. Con tutto ciò che ne comporta. Arriva la vita, la conquista, la riconquista. Un ritorno che permette l'azione. Adesso puoi.

Il tempo insano della perdita, della morte, deve trascorrere ed essere sostituito da ciò in cui vogliamo credere ora. Un tempo giusto, sottomesso ai nostri valori, utile alla nostra causa, creativo, flessibile.

Ma come arrivare a questo?

Quando non si ha altro all'esterno, si rimane invischiati all'interno.

Quando non si hanno alternative, ci si rassegna alla dipendenza da ciò che per un periodo ci ha nutrito perché fossimo autonomi. Se non riusciamo a fare nostra quest'autonomia, pendiamo dalle labbra di chi ci aiuta, o meglio in passato ci aiutava. Se non riusciamo a camminare con le nostre gambe, finiamo per

attaccarci a uno dei carri che ci passano accanto e fare l'intrattenitore del guidatore, che ci terrà fino a che non saremo diventati troppo vecchi per divertirlo, e allora ci scaricherà.

L'obiettivo primario è l'apertura. Con tutte le forze bisogna cercare di aprire il paziente, scardinalo. Farlo vedere anche agli altri cercando qualcuno che possa accettarlo per quello che è ed essergli amico. Anche loro hanno qualcosa da dire, è necessario solo che qualcuno li ascolti, prima che sia troppo tardi, prima che per il troppo parlare con se stessi, si siano convinti di essere unici e soli.

Bisogna trasportare il paziente all'aperto, bisogna farlo scontrare con altre persone, bisogna renderlo vivo, e non credere a lui quando dice di essere a posto così, felice così. La sua passione non è dormire. Ma dormire gli serve per far passare il tempo. Per non pensare a niente, per non vivere.

Bisogna combattere la loro ritirata anche a costo di essere insensibili facendogli sapere che così non è felice, che così non va bene.

L'inesistenza non è esistenza.

Quindi lasciare che ci arrivino con i loro tempi ma non da soli. Hanno bisogno di qualcuno che gli ricordi cosa sono qui a fare. Qualcuno che gli ricordi che, anche se piano, stanno andando da qualche parte.

Il luogo da raggiungere deve essere reale, e grande abbastanza da non contenere solo il paziente, ma anche chi lui ha trovato sul suo cammino. Perché è necessario trovare qualcuno.

Ma questo è da fare subito. Prima che gli abiti siano troppo stretti, prima che i bottoni vengano incollati e le cerniere incrostate. Prima della resa c'è il giusto spazio per combattere. E se la prima volta non funziona, flessibilmente declinare l'avvenuto, costruendo altri piani di attacco.

Ma mai sedersi per troppo tempo sulla stessa sedia, perché quando poi ce ne indicano altre, rischiamo di non volerci più alzare, consapevoli che sarà fredda come la nostra quando ci siamo arrivati, e dovremo scaldarla un'altra volta da capo.

*Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

**Direttore Dipartimento Salute Mentale, A.O. Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

Bibliografia

[1] Berger P., Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, Bologna, Il Mulino, 1997

[2] Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1997

[3] Jedlowski P., *Il sapere dell'esperienza*, Carocci Editore, Roma, 2008

[4] Nahon L., *Movimenti del corpo e cambiamenti della persona*, in: Rabboni M. (a cura di), *Residenzialità*, FrancoAngeli, Milano, 2003

[5] Giglioli, Introduzione, in: Goffman E., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1997

[6] Branduardi A., *Ballo in Fa diesis minore*, 1977, Album: La pulce d'acqua

Progetto di tirocinio risocializzante “Il laboratorio delle risorse”

*di Claudio Manenti**

Abstract

The aim of this thesis is to describe a project of rehabilitative and resocializing internship, named “the resources lab”, which is taking place in the province of Pavia. This project is the result of a successful cooperation between several local authorities, who endorsed and supported it: the Province, the Department of Mental Health, the Hospital, zone programs, municipalities, job placement services, social cooperatives, public and private institutions.

The resocializing internship is a chance of assisted placement for people otherwise unable to access the job market, whose disability strongly affects their endurance on the workplace.

It is conceived for situations in which a real job placement wouldn't be feasible, but the person can still benefit from a work experience, to develop and maintain competences and to improve his psychophysical well-being.

After a short presentation of the project, I will explain the reasons behind the choice of each individual recovery path; finally, I will describe three internship experiences and illustrate their key points according to me, my supervisor, the educators and the recruited patients: Loredana, Marco and Pietro.

This essay provides a set of “pictures”, taken by all the people engaged in the project, and depicting these three successful experiences: they show how, with the cooperation and commitment of all the involved parts, you can get beautiful images even when available resources are limited.

Introduzione

Il lavoro, inteso come attività retribuita, assume nella nostra cultura molteplici significati che caratterizzano l'esistenza di ogni persona e che vanno oltre al pur importante ritorno economico che esso può garantire. Il lavoro, oltre che costituire una forma di reddito, struttura il tempo, permette e facilita i contatti sociali, contribuisce alla creazione del ruolo e dell'identità, fornisce uno scopo alla vita e mantiene un individuo in attività, è condizione che dà valore all'esistenza di ciascuno perché permette di presentarsi dignitosamente alla comunità e di proporsi come detentori di diritti. Il lavoro, inoltre, si costituisce come occasione di apprendimento di competenze tecnico professionali e di abilità relazionali: la pratica professionale porta un individuo a confrontarsi con l'organizzazione, le sue regole, altri ruoli e responsabilità. Tutto ciò richiede un notevole impegno sia fisico sia psicologico: lavorare non significa esclusivamente svolgere compiti o mansioni, significa rispettare impegni, ritmi e scadenze, mettersi in relazione con i colleghi, con i “capi”, significa, a volte, fronteggiare situazioni frustranti. Se, dunque, da una parte il lavoro può essere fonte di stress, proprio perché assume funzioni così importanti, la sua mancanza può essere ancor più fonte di disagio perché può comportare difficoltà a organizzare il proprio tempo, inattività, isolamento sociale, insicurezza sul piano dell'identità e dello status sociale [1].

Nella mia tesi di laurea ho deciso di raccontare un progetto di tirocinio riabilitativo risocializzante, denominato “Il laboratorio delle risorse”, che si è svolto nella provincia di Pavia, e che è il frutto della riuscita collaborazione tra vari Enti e varie realtà locali: Provincia, Dipartimento di Salute Mentale,

Azienda Ospedaliera, piani di zona, comuni, organismi di inserimento al lavoro, cooperative sociali, Enti pubblici e privati che hanno fornito la disponibilità a sostenere il percorso. Il tirocinio risocializzante è una possibilità d'inserimento mediato a favore di persone non altrimenti inseribili in ambito lavorativo, la cui disabilità incide in maniera rilevante sulla tenuta. E' da utilizzarsi nei casi in cui la situazione non consente di prevedere possibili inserimenti lavorativi a tutti gli effetti, ma renda comunque utile e possibile la permanenza della persona nell'ambiente di lavoro ai fini del mantenimento e dello sviluppo delle capacità e del benessere psico-fisico. L'esperienza rappresenta uno strumento socializzante a valenza pedagogica e terapeutica.

In questo elaborato, dopo una breve presentazione del progetto e delle motivazioni che son state alla base della scelta dei singoli percorsi, vengono esposti quelli che a detta delle Persone coinvolte, della Relatrice, delle Educatrici, e mia, sono stati i punti fondamentali che hanno caratterizzato l'esperienza di tre tirocini, quelli di Loredana, Marco e Pietro.

Questo scritto vuole fornire una serie di "fotografie", raccolte da tutte le parti interessate, che stanno a testimonianza del fatto che, se alla base c'è collaborazione e impegno tra tutte le componenti coinvolte, si possono ottenere sequenze di "belle immagini di vita", anche con risorse a disposizione non illimitate.

“Il laboratorio delle risorse”

Il progetto "Il Laboratorio delle Risorse" nasce dalla necessità di incrementare misure a favore delle persone disabili le cui specifiche caratteristiche non consentono l'accesso ai percorsi attuati con il sistema delle doti lavoro e per il quale l'inserimento lavorativo presenta maggiori difficoltà; altro obiettivo è quello di sviluppare in forma stabile la rete di collaborazione tra la provincia di Pavia, il Servizio Collocamento Disabili, i Piani di Zona, i Servizi di Inserimento Lavorativo dei Comuni, e il Dipartimento di Salute Mentale mediante l'attivazione di tirocini presso le Cooperative Sociali e i datori di lavoro pubblici/privati che hanno maturato positive esperienze di collaborazione con i servizi territoriali. Si tratta di borse risocializzanti rivolte nei confronti di coloro che sono portatori di disabilità psichica e che presentano un livello di gravità piuttosto significativo. Il periodo stabilito per mettere in atto tale progetto è stato di otto mesi (sei iniziali, più due di proroga). Il piano è stato finanziato da Regione Lombardia, e il denaro è servito interamente per i tirocini, le coperture assicurative e il rimborso dei pasti e/o dei trasporti.

La svolta decisiva, ai fini della realizzazione, ha preso l'avvio in seguito dopo la delibera della Provincia di Pavia, verbalizzata nel protocollo numero 21053 del 5/4/2013, di rendere disponibili le risorse economiche di Regione Lombardia pari a euro 89.200,00 [2].

Ciascuna persona partecipante al progetto ha ricevuto un totale complessivo pari a euro 1800,00, distribuito in mensilità di euro 300 circa. Le aziende, che hanno accettato di assumere i Beneficiari del progetto, non hanno ricevuto finanziamenti, ne hanno dovuto sostenere oneri.

Bisogna ricordare, infine, come l'innovazione del progetto, oltre a essere quella di vedere la collaborazione di vari Enti e di prevedere il coinvolgimento diretto e attivo del Dipartimento di Salute Mentale, è stata anche quella di fornire alle persone coinvolte un orario flessibile adattato alle esigenze di ognuna. I turni e i giorni di lavoro sono stati ritagliati su misura in base all'utenza interessata e non hanno costituito vincolo alla retribuzione, nemmeno in caso di ottemperanza parziale per cause di salute. Questo ha permesso, insieme all'accurata scelta del luogo di lavoro e dei mezzi di trasporto dove necessario, di mettere i tirocinanti nelle condizioni di partenza migliori.

Esperienze di tirocinio risocializzante

Motivazione scelta percorsi

Le esperienze di tirocinio di cui andrò a parlare sono quelle di tre persone, Loredana, Marco e Pietro, che sono state scelte dal gruppo di lavoro all'interno di una gamma di possibilità, dopo aver valutato vari punti di vista. Il primo motivo, e anche il più importante, è stato quello di mettere in risalto le differenti valenze che può assumere il percorso a seconda delle persone coinvolte. Per Pietro l'aspetto più indicativo è stato quello della ripresa personale e sociale, il tempo trascorso al lavoro gli ha permesso di riscattarsi nei confronti delle altre persone e di riavvalersi del suo ruolo comunitario. Per Marco il lavoro ha rappresentato una sorta di riconoscimento alla persona e al difficile percorso intrapreso, e, anche se può sembrare banale la frase "il lavoro nobilita l'uomo", mai come in questa occasione sembra azzeccata. Per Loredana ha significato una forte spinta a rimettersi in discussione, a governare l'aspetto relazionale, a migliorare quello esteriore, e, grazie alla retribuzione economica, è riuscita a tornare a "spendere e spendersi" in autonomia, punto da lei sempre ritenuto fondamentale.

Un altro argomento che è stato considerato è quello della capacità relazionale delle persone scelte, poiché il pericolo era quello di essere percepito come un intruso, circostanza che probabilmente avrebbe portato ad un atteggiamento di chiusura e di conseguenza a una minore efficienza nella occupazione svolta. Infine si è tenuto conto della mia conoscenza pregressa, dovuta ad altre esperienze di tirocinio delle persone coinvolte. Grazie a questa, oltre ad essere sicuramente facilitato sotto l'aspetto relazionale, ho potuto comprendere meglio le esperienze di tirocinio e i vari aspetti che hanno comportato, in un'ottica certamente più diacronica.

Vorrei anche precisare che nelle trattazioni, mentre Marco e Pietro rappresentano nomi di fantasia per meglio tutelare la privacy personale, per Loredana il nome è vero perché l'Interessata, fiera del proprio operato, l'ha espressamente richiesto, tanto che, alle mie domande al riguardo, per affermare meglio il concetto, ha risposto che, se fosse stato per lei, avrebbe inserito anche carta d'identità, numero di telefono, e codice fiscale, come opportunità per farsi conoscere nel mondo del lavoro.

Loredana

Breve inquadramento

Loredana è una donna separata, con 2 figli, che accusa i primi sintomi di scompenso psicopatologico intorno all'età di 20 anni, e che è in carico al C.P.S. di Stradella dal 2007. La situazione si protrae, con continuità, in maniera problematica fino al 2010, quando si prova l'inserimento nella C.R.A. del territorio di competenza. Le maggiori difficoltà riscontrate all'ingresso in struttura sono quelle di forte difficoltà relazionale con gli operatori e gli altri utenti, mancanza di consapevolezza di malattia, e di una compliance farmacologica molto instabile.

Inoltre, un ulteriore ostacolo al lavoro svolto in C.R.A., è quello dell'atteggiamento di esclusione, da parte dei familiari, nei suoi confronti. Come principali punti di forza si riscontrano delle ottime abilità di base come l'uso del computer e della macchina da cucire.

Durante il periodo in struttura Loredana mostra miglioramenti in vari aspetti:

- maggiore attenzione alla cura del se' (sia per quanto riguarda l'aspetto esteriore sia per quanto riguarda quello sanitario)
- vi è un miglioramento dell'aspetto relazionale che la porta ad essere inserita in maniera stabile nel gruppo lettura e in quello discussione
- torna a riappropriarsi del tema del futuro

-nonostante i familiari non siano disposti a rompere la propria organizzazione per accoglierla, vi è un parziale riavvicinamento alla famiglia

In seguito a tutto questo nel settembre 2013 viene inserita nel progetto di tirocinio risocializzante “Il laboratorio delle risorse”.

Motivazioni scelta ente ospitante

Loredana ha svolto l'attività di tirocinio presso il bar dell'Auser di Stradella.

Le motivazioni principali che hanno portato all'orientamento verso tale scelta sono:

- Mettere a frutto, testare, e migliorare le sempre presenti abilità pratiche e le riemergenti abilità relazionali nella tenuta di un'attività lavorativa
- Mettere alla prova le capacità di autonomia (deve recarsi al bar in maniera indipendente negli orari previsti dalle turnazioni del personale)
- Attraverso gli eventuali buoni riscontri personali e i rimandi positivi di utenti e colleghe continuare l'accrescimento dell'autostima e dell'autoefficacia che possa portare a un ulteriore recupero della parte del sé attiva e creativa
- Avvalorare il tutto con un riscontro monetario (sia come rimando di merito retributivo, che come possibilità di accrescere l'autonomia economica)
- Inserimento nel territorio di Stradella (l'idea è stata quella di agganciarla e farle frequentare il centro diurno, con l'intento che da una parte le venga fornito un contenitore emotivo supportivo, ma non pressante, e dall'altra di offrire un contesto nella quale proseguire il percorso di ripresa personale nell'ottica di un ulteriore positivo cambiamento evolutivo)

Relazione

Il tirocinio di Loredana si è svolto presso il bar dell'Auser di Stradella nel periodo che va da ottobre 2013 a luglio 2014.

Il lavoro, ove Loredana si recava in autonomia mediante l'utilizzo di mezzi pubblici, prevedeva turni nel locale di tre ore al pomeriggio, dalle 15 alle 18, per tre volte alla settimana, e i compiti assegnati erano quelli di servizio al bancone e di pulizia del locale.

Il periodo di pratica si è fin da subito caratterizzato dal rispetto degli orari di lavoro e dalle ottime relazioni intraprese da Loredana sia con il resto del personale che con l'utenza del locale.

La capacità modulativa di tali rapporti è stata talmente buona da vincere fin da subito i timori iniziali del responsabile della struttura.

Loredana, dal primo all'ultimo giorno, ha dimostrato di saper tenere le giuste distanze, e si è sempre comportata in maniera cordiale ed educata con tutti.

I legami con il resto del personale sono talmente buoni che è stata aiutata e indirizzata nel trovare casa, ha ricevuto in dono oggetti per l'arredo (piatti, stoviglie etc.), e i contatti perdurano tuttora.

Anche la cura del sé ha subito un ulteriore miglioramento, il trucco e l'abbigliamento oltre che ben curati erano sempre consoni al contesto.

La retribuzione economica, inoltre, ha permesso a Loredana di potersi permettere un numero maggiore di spese in autonomia, aspetto sempre ritenuto fondamentale dalla ragazza.

Durante il periodo di tirocinio è stato possibile intraprendere e portare avanti fino a compimento il processo di dismissione dalla C.R.A., dapprima con l'individuazione e l'affitto di una casa, in prossimità sia del luogo di lavoro che del centro diurno, nella quale Loredana alternava le giornate con

quelle trascorse in struttura, e successivamente con la collocazione a tempo fisso nell'appartamento e la contemporanea frequentazione feriale del C.D.

Impressione personale

La prima sensazione che mi ha colpito entrando al bar è stata la mia difficoltà nel riconoscerla: francamente, se mi fossi trovato in un altro contesto e non avessi saputo che quella era Loredana, fino all'inizio della conversazione avrei avuto seri problemi nell'identificarla. Dal punto di vista esteriore la ragazza che avevo conosciuto un anno prima durante la mia esperienza di tirocinio in C.R.A. era completamente cambiata, i capelli lunghi avevano lasciato spazio a un taglio molto più corto e curato, il viso era messo in risalto da un velo di trucco, e l'abbigliamento era ordinato e perfettamente in linea con il ruolo assegnatole. Anche la mimica, la postura, e il dialogo erano mutati: la mia percezione è stata quella di una persona che si trovasse perfettamente a suo agio in quel contesto, che chiamava i clienti per nome e riusciva ad anticiparne le ordinazioni, e che da quel luogo che per lei era diventato così familiare non se ne sarebbe mai voluta andare. Durante il mio periodo di osservazione al bar, ci sono due frasi che mi hanno particolarmente colpito e che danno l'idea più di mille parole, secondo me anche più della tesi stessa, di quanto sia stata positiva questa esperienza per Loredana e con quale dignità e professionalità l'abbia affrontata:

-la prima è direttamente di Loredana *“è come se fossi in famiglia”*

-la seconda è del responsabile dell'Auser che, in mezzo a un discorso molto politicamente corretto, in cui da una parte esaltava la puntualità e la professionalità di Loredana e dall'altra rimarcava l'impossibilità di trattenerla in quanto il personale rimborsato era al completo, ha tirato fuori una frase che, se digerita a dovere, è di una bellezza imbarazzante

“È sempre gentile con tutti, ma ha sempre quello sguardo triste”

Marco

Breve presentazione

Marco, nome di fantasia, è un uomo di 34 anni che possiede come titolo di studio la licenza media superiore.

Entra nel circuito dei servizi in seguito a ricovero in S.P.D.C. all'età di 21 anni (sintomatologia polimorfa tra cui agiti eteroaggressivi), a cui segue un difficoltoso tentativo di presa in carico.

Le principali difficoltà riscontrate riguardavano la scarsa consapevolezza di malattia, una eccessiva minimizzazione del problema, la difficile compliance farmacologica, e il reiterato abuso di sostanze. A tutto questo bisogna aggiungere la situazione familiare percepita da Marco come problematica.

Questa situazione di base si è protratta fino all'inserimento in C.P.A. del 2010.

Qui, in un percorso che è durato 3 anni, si sono avuti vari miglioramenti, tra cui i principali sono stati:

- costante progressione positiva del quadro psicopatologico
- buona consapevolezza di malattia
- aumentato controllo dell'aggressività
- compliance farmacologica stabile
- mancata assunzione di sostanze stupefacenti

Marco viene dimesso dalla C.P.A. a fine 2013 e va a vivere col padre; viene quindi inserito nel progetto di tirocinio risocializzante “Il laboratorio delle risorse”.

Motivazioni scelta ente ospitante

Marco ha svolto l'attività di tirocinio presso l'Auser di Broni, come manutentore del giardino adiacente al bar.

I principali argomenti che hanno portato a scegliere tale opzione sono:

- propensione all'attività, viste precedenti esperienze lavorative come giardiniere, spazzino etc.
- predisposizione personale ad un lavoro all'aperto con pochi interlocutori piuttosto che in spazi chiusi affollati
- orario flessibile e gestione del tempo in maniera autonoma
- percezione positiva di se'
- riscontro economico ad avvalorare il tutto
- lavoro come supporto al processo di crescente autonomia personale
- il tempo impegnato in tale attività viene visto come facilitatore del rapporto relazionale e di convivenza col padre
- il tempo impegnato in una attività lavorativa soddisfacente può aiutarlo a tenerlo lontano dal rischio di ricadute del quadro psicopatologico

Relazione

Marco ha svolto l'attività di tirocinio presso l'Auser di Broni fino ad agosto 2014.

Il compito principale a cui era assegnato è stato quello di cura del giardino con il ruolo di manutentore del verde (cura di alberi e prato, taglio dell'erba, raccolta foglie, etc.), inoltre quando capitava, specialmente nel periodo invernale a causa del maltempo, che lo impossibilitava a svolgere compiti all'aperto, il ragazzo si occupava anche di mansioni riguardanti il bar adiacente. Il suo orario era di tre ore quotidiane mattutine, dalle 9 alle 12, e il lavoro veniva svolto generalmente da solo o con al massimo un collega. Marco, nell'impegno all'aperto, con poche persone e con una discreta autonomia, si è sempre trovato a suo agio, dimostrando un comportamento attivo e propositivo, durante l'intero arco del tirocinio. Si è mostrato talmente coinvolto e responsabilizzato dal ruolo che molte volte si fermava oltre le tre ore previste, oppure tornava il pomeriggio, e quando "La Provincia Pavese", quotidiano locale, ha redatto un articolo di elogio al giardino, per Marco è stato un motivo d'orgoglio e di vanto personale. Le relazioni sociali sia con i colleghi che con gli utenti del parco e del bar si sono sempre mostrate molto buone, tant'è che molte volte il ragazzo si fermava a chiacchierare e a giocare a carte.

Il responsabile dell'Auser si è sempre proposto in maniera molto positiva rispetto a Marco, fornendo la massima disponibilità a rinnovare la collaborazione, sincerandosi periodicamente delle condizioni di salute del ragazzo.

Durante il periodo di tirocinio la convivenza tra Marco e il padre è andata avanti nel percorso senza dimostrare particolari criticità.

Relazione personale

Appena arrivati sul posto la prima persona con cui ho parlato è stato il Responsabile dell'Auser perché Marco, come di consuetudine, era a occuparsi della cura del giardino. Mi ricordo, che in quel colloquio, è stato talmente grande il tasso di gradimento e di entusiasmo dimostrato da parte del Responsabile nei confronti del ragazzo, che non son neppure riuscito ad oltrepassare la metà delle domande che mi ero preparato, in quanto a livello personale non c'era più niente da capire o da chiarire. A seguire, insieme all'Educatrice, mi sono recato nel giardino alla ricerca di Marco. Il ragazzo era nella parte opposta del parco, la più distante dall'entrata del bar, che stava rastrellando l'erba. Alla nostra vista si ferma, ci

viene incontro e, dopo i saluti di rito, approfitta della situazione per mostrarci le bellezze di quello che, a tutti gli effetti, si capisce ritenere il “suo” giardino. Mi ricordo, come se fosse ieri, che, in mezzo alle parole di ammirazione per la cura del prato, per la bellezza di un fiore o di una pianta, a un certo punto Marco si ferma e guardandoci negli occhi, con voce ferma ma che lasciava trasparire una punta di orgoglio e di emozione, ci dice:” è il mio gioiellino, sembra di stare a New York, se solo la gente avesse abbastanza fantasia per capirlo”.

Il tutto è proseguito con un colloquio al tavolino del bar, dove Marco ci ha ulteriormente rassicurato sul positivo andamento, oltre che della situazione lavorativa, dell’intera situazione personale, esprimendo la speranza di un possibile prolungamento del tirocinio. Arrivati al momento dei saluti, mi ricordo chiaramente che, allungandomi la mano mi ha fatto l’augurio, oltre che raccomandazioni, di preparare una buona tesi, lasciandomi spiazzato per i sentimenti sinceri di “protezione e affetto” nei miei confronti.

Pietro

Breve presentazione

Pietro, nome di fantasia, è un uomo di 53 anni, vedovo, con 3 figli.

Possiede come titolo di studio la licenza di quinta elementare e per molti anni ha svolto attività lavorativa in qualità di operaio.

Viene ricoverato per la prima volta in S.P.D.C. nel 2001 (quadro psicopatologico caratterizzato da ideazioni deliranti a cui va associato il reiterato abuso di bevande alcoliche) e la sintomatologia subisce un repentino peggioramento nel 2007, in seguito alla scomparsa della moglie (l’evento luttuoso l’ha prostrato sia dal punto di vista psicologico che da quello economico). Dopo tale evento Pietro riesce a smettere di bere, e aiutato dalla pensione di invalidità, nonostante le varie difficoltà, decide di prendersi cura dei figli.

Al momento dell’inserimento nel progetto di tirocinio risocializzante “Il laboratorio delle risorse” Pietro vive in una casa in affitto con 2 figli.

Motivazioni scelta Ente ospitante

Pietro ha svolto la propria attività di tirocinio presso il Comune di residenza, con il ruolo di supporto al cantoniere del paese.

Le principali motivazioni che hanno portato a tale decisione sono:

- possibilità di svolgere le proprie mansioni nel luogo di residenza, in quanto per lui gli spostamenti in autonomia son difficili
- le persone che lavorano in comune sono a conoscenza della complicata situazione esistenziale e familiare di Pietro
- restituzione del ruolo sociale, della dignità personale, e della speranza
- abbattimento dello stigma diffuso tra molti abitanti del paese nei suoi confronti, con conseguente facilitazione del percorso di reinserimento nella vita di comunità
- aumento dell’autostima personale attraverso la percezione del sentirsi utile
- miglioramento del quadro psicopatologico attraverso un attività che lo tenga impegnato in un compito soddisfacente nel tempo
- retribuzione economica per far fronte alle tante spese che il carico familiare comporta

Relazione

Pietro ha svolto il tirocinio risocializzante presso il comune di residenza fino a luglio 2014, data di sospensione del progetto. La funzione era quella di affiancamento e aiuto al cantoniere comunale nello svolgimento delle varie mansioni (pulizia e manutenzione di strade e luoghi pubblici, organizzazione eventi, etc.), e l'orario di lavoro era di tre ore alla mattina, dalle 9 alle 12. Pietro, oltre che mostrarsi sempre coinvolto e puntuale, ha preso il lavoro talmente a cuore che molte volte riportava problemi, riguardanti possibili mansioni da svolgere, da lui riscontrati durante il resto della giornata. Il periodo di tirocinio è stato forte motivo di riscatto sia a livello personale che di comunità. Oltre a dimostrare a se stesso che era ancora in grado di svolgere un preciso compito in maniera soddisfacente e con continuità, ha dimostrato alle persone che hanno lavorato a stretto contatto con lui o che lo hanno visto all'opera che non era quell'incapace e quel "peso per la comunità" con cui alcuni individui erroneamente lo etichettavano, ha dimostrato di sapersi riappropriare a pieno titolo, e con pieno merito, di quel ruolo sociale che gli spetta di diritto, e che purtroppo, anche per una serie di coincidenze avverse della vita, per molto tempo non è riuscito a far suo. E' riuscito a sorprendere così tanto parte della cittadinanza, che il salumiere del paese voleva proporre una raccolta firme per favorire il rinnovo della convenzione e l'impiegato comunale si è meravigliato alla vista del signor Pietro presentatosi con giorni d'anticipo, rispetto alla data di scadenza, per il pagamento delle sue bollette. Anche la cura del sé, ed in particolar modo l'abbigliamento, ha subito un notevole miglioramento. A tal proposito va menzionata la capacità dei dipendenti del comune di sapersi calare nella situazione e di sapere fornire indicazioni utili al cambiamento. Per esempio, venivano fornite a Pietro informazioni inerenti alla maniera corretta di vestirsi. Durante un colloquio, il cantoniere mi ha riferito che prima di iniziare questa esperienza aveva dei timori perché non sapeva a cosa sarebbe andato incontro, ma che ha capito fin dai primi giorni l'infondatezza di tali preoccupazioni, e che giudica il periodo trascorso con Pietro come qualcosa che ha arricchito sia lui che gli altri. Oltre a ciò, ha confermato la validità del contributo fornito dal Signore, affermando che era in grado di svolgere direttive da solo e di individuare problemi in autonomia. Va ricordato anche il fatto che Pietro ha mostrato un comportamento molto aperto e cordiale verso le varie figure del servizio psichiatrico durante l'intero arco del tirocinio, ogni qual volta che un Educatrice andava a trovarlo veniva accolta con atteggiamenti gentili e calorosi, come l'invito a visitar casa o l'offerta di un caffè. L'impressione avuta è quella che il Signore possa aver, attraverso questa esperienza, percepito il servizio come un ulteriore risorsa, una risorsa che parte necessariamente dall'aspetto medico ma che va ad abbracciare tutte le sfere di una persona.

Infine, vorrei concludere anche questa relazione con tre frasi pronunciate da Pietro che mi hanno molto colpito e che, anche a costo di ripetermi, per quella che è la mia opinione rendono l'idea di quella che è stata per lui l'esperienza più di mille discorsi teorici e pratici che potrei fare:

"Mi trovo bene, solo che tre ore son poche"

"Il lavoro mi ha cambiato"

"Da quando lavoro non mi vengono i brutti pensieri"

Conclusioni

Quello che ho potuto constatare in questa tesi è l'avvenuta riuscita di tre percorsi di tirocinio risocializzante. Questo è stato sicuramente possibile grazie alla collaborazione di tutte le forze in campo, che ha permesso di creare opportunità occupazionali come un "abito" su misura alle persone coinvolte. Altri aspetti fondamentali sono stati alcuni dei punti cardine su cui si è sviluppato "Il laboratorio delle risorse" come la ponderata scelta del luogo di lavoro, la flessibilità dell'orario, e la

garanzia di trasporti e pasti. Tutto questo ha permesso di realizzare un percorso riabilitativo che andasse veramente incontro ai tempi, alle esigenze, e alle fragilità dell'utenza interessata. Per quanto mi riguarda vorrei rimarcare ulteriormente la buona impressione avuta, soprattutto rispetto ai rimandi sempre positivi che ho riscontrato in tutte le circostanze, e l'augurio che faccio è quello che esperienze del genere possano trovare sempre maggiore spazio in un futuro non troppo lontano.

* Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, C.P.A. - Polo "Torchietto" - ASST di Pavia.

Bibliografia

- [1] Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli editore, Milano, 2003.
- [2] Atto negoziale tra Regione Lombardia e la Provincia di Pavia del 13 luglio 2012, "Azioni di contrasto all'esclusione sociale", Allegato A, intervento 01.

Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

Gli articoli: minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

Ogni articolo deve contenere:

Titolo

- Nome e Cognome
 - Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza
 - Abstract in inglese
 - Testo
 - Eventuali note a piè di pagina
 - Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
1.CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*
Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.
- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo: cbellazzecca@hpg23.it.

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non (testo tra parentesi).

I manoscritti non verranno restituiti.