



Comunità residenziali per la tutela della salute mentale: ruolo chiave della figura dello psicologo/psicoterapeuta

a cura di

Claudio Bencivenga

Angela D'Agostino

Roberto Quintiliani

-- giugno 2021 --



Premessa e contesto

Il contesto storico in cui si è sviluppato il percorso estremamente complesso - dagli anni settanta ad oggi - della "salute mentale", ha visto la transizione

- da una cultura "manicomiale" radicata in luoghi di segregazione,
- ad una cultura delle Comunità Terapeutiche che promuove la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale e il tentativo di recupero delle risorse del soggetto finalizzato a una migliore qualità di vita (*Recovery*).

La possibilità di prendersi cura di persone affette da disturbi mentali gravi in ambiti e ambienti alternativi all'ospedale psichiatrico, a seguito dell'approvazione della legge 180, ha avuto riscontro negli anni '80 nelle Comunità Terapeutiche in collegamento con la rete dei nuovi servizi territoriali, che hanno fatto riferimento, per quanto riguarda i modelli teorici e operativi, principalmente alle consolidate esperienze internazionali.

La Comunità Terapeutica rappresenta una risorsa terapeutica globale, che cura con il suo *funzionamento integrato (dimensioni bio-psico-sociali)* attraverso un programma individualizzato di interventi farmacologici, psicologici, psicoterapeutici, riabilitativi e di socializzazione, realizzati da una équipe multiprofessionale e multidisciplinare, in stretto collegamento con i Servizi Territoriali invianti del SSN, con il quali la Comunità instaura un rapporto continuativo di collaborazione, all'inizio, nel corso e alla conclusione del percorso del residente.

La Comunità offre ai pazienti una *dimensione ambientale e temporale definita*, con un'architettura terapeutica e organizzativa specifica, diversa dall'ospedale ma anche dall'abitazione familiare.

La Comunità costituisce un luogo in cui poter fruire di un clima emotivo e sensoriale che nutra e sostenga le fragilità soggettive creando gradualmente una sicurezza di base. È un luogo di incontro e confronto che predispone condizioni affettive favorevoli a esperienze di "transizione":

- tra soggettività individuale isolata e condivisione con altri,
- tra significati del mondo interno e stimoli del mondo esterno,



- tra vissuti fantasmatici e aspetti organizzativi,
- tra dinamiche relazioni a livelli diversi.

La Comunità rappresenta uno spazio nel quale i residenti possono proiettare ed esprimere le loro emozioni e le loro fantasie in una condizione regolata, ma non rigidamente strutturata, in cui gli operatori si prestano a questa molteplicità di occasioni proiettive e significanti.

L' intervento dunque è adatto per quei pazienti che necessitano di uno spazio e di un tempo necessari per riavviare processi evolutivi interrotti, per sperimentare nuove relazioni significative, per ricostruire, rinarrare e risignificare la propria storia personale con lo scopo di raggiungere un adeguato recupero funzionale per un reinserimento sociale nel proprio contesto di appartenenza.

Attualmente le Comunità Terapeutiche sono denominate nel Lazio SRTR Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative intensive o estensive; sono strutture sanitarie (max 20 pl) per il trattamento volontario globale (psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale), che - per richiesta del polo territoriale ambulatoriale delle ASL - accolgono pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio e che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero.

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

Per il raggiungimento di tali finalità le comunità, in collegamento con le reti formali e informali del territorio, si avvalgono di un intervento multifattoriale e multidisciplinare di tipo clinico/riabilitativo, evolutivo/trasformativo. In conformità alla disciplina legislativa attuale che ha superato la logica custodialistica viene promossa la partecipazione diretta del paziente e dove il peculiare clima di domesticità e quotidianità rappresenta lo sfondo



sul quale si muove l'intervento che per sua natura e filosofia resta lontano da logiche alienanti.

Problematiche e criticità attuali

Nella Regione Lazio, ma non solo, si è assistito nel tempo, a normative che hanno finito di fatto per assimilare le Comunità Terapeutiche sempre più, per caratteristiche e personale, a strutture simil/ospedaliere nel tentativo, plausibile, di regolamentare aspetti strutturali, funzionali con adeguamenti alle normative che riguardano la sicurezza nei luoghi di lavoro, la privacy, la qualità ma finendo però nel trascurare/travisare alcuni essenziali principi della cura.

Normative che si sono succedute negli anni redatte da funzionari diversi, emanate in tavoli di lavoro che non hanno mai coinvolto figure tecniche che operano nel settore, con il risultato spesso di una certa disomogeneità o di grossolane incoerenze, snaturando in alcuni settori le caratteristiche peculiari di una residenzialità alternativa all'Ospedale Psichiatrico come prospettato nelle normative originali applicative della legge 180/78.

Ciò che si desidera comunque sottolineare in questo contesto, è la specifica caratteristica che differenzia la Comunità Terapeutica estensiva da altre strutture sanitarie che si occupano di persone affette da problemi psichiatrici: nella mission delle Comunità è previsto l'intervento psicologico e psicoterapeutico, che, assieme all'ambiente organizzato ai fini del processo di cura, caratterizza l'offerta principale che accoglie la richiesta del Servizio inviante che vede nell'intervento di Comunità, una possibile soluzione in alcune situazioni dove il recupero e il reinserimento sociale si reputano possibili.

In una Comunità il "nucleo" della terapia si fonda su una "clinica del quotidiano", in cui ogni momento della giornata diventa un'occasione di apprendimento dall'esperienza. Il fattore residenzialità insito nell'intervento comunitario costituisce un "abitare terapeutico" in cui il fatto stesso di abitare un luogo, all'interno di una cornice accuratamente e "clanicamente pensata", esplica una funzione terapeutico-riabilitativa, fondata sul concetto di quotidianità strutturante.



Ne consegue che il ruolo dello psicologo e dello psicologo abilitato alla psicoterapia, con la sua specifica formazione basata sull'acquisizione di capacità riflessiva attorno all'attività della mente, non può essere ridotta a figura marginale.

Nelle normative regionali che riguardano le SRTR-e per adulti e le SRTR-e per adolescenti, nella parte che riguarda l'organizzazione, tra il personale previsto, viene nominata come figura professionale marginale ed in numero esiguo lo psicologo senza peraltro prevedere la figura dello Psicologo abilitato alla psicoterapia.

In una Comunità lo psicologo si dovrebbe occupare dei colloqui di sostegno, della somministrazione di test e retest per la valutazione degli esiti, della conduzione dei laboratori; lo Psicologo abilitato alla psicoterapia deve occuparsi della psicoterapia di ogni paziente non solo individuale ma anche di gruppo e familiare, psicoterapia certamente non appannaggio dello psicologo se non dotato di specializzazione psicoterapica; alla stessa stregua ciò vale per il dispositivo della supervisione.

Come si cercherà di approfondire al punto successivo dedicato alla ricognizione normativa, le disposizioni regionali in materia non fanno questa distinzione ed infatti non considerano la figura dello Psicologo abilitato alla psicoterapia.

La specificità “psico” dell'intervento della Comunità Terapeutica

La C.T. estensiva in virtù della propria residenzialità e del fattore tempo che la contraddistingue dagli interventi di natura ospedaliera o di tipo intensivo permette agli utenti di fare un'esperienza importantissima: quella di vivere un luogo, ovvero di rivivere quell'esperienza di domesticità, attraverso il ripercorrere gesti di vita quotidiana come il mangiare insieme, lo svegliarsi, il preparare la colazione, ... così tutti i giorni in uno spazio capace di dare a queste azioni un senso, un significato. *La ripetizione di questi eventi, insieme a tutta una serie di interventi più specialistici, quali le psicoterapie, i laboratori espressivi si traducono nella possibilità di “nuove occasioni di rimaneggiamento psichico particolarmente ampie e che echeggiano le prime fasi dello sviluppo”¹.*

¹ Monniello, 2005



Il cuore terapeutico in una Comunità è per l'appunto la vita quotidiana, da intendersi come luogo pensato e impostato nella sua globalità per la realizzazione dell'intervento riparativo. In questo senso, ciò che appare come particolarmente pregnante non sono soltanto gli specifici setting clinici (ad esempio le psicoterapie), ma la forte rilevanza clinico/trasformativa della vita di ogni giorno tanto che si può parlare di *ambiente terapeutico globale*².

Ci si è più volte soffermati su come la funzione curante della Comunità è esercitata da "quell'esperienza del vivere in un luogo riscoprendo la dimensione degli atti, dei gesti, degli avvenimenti e delle emozioni della vita di tutti i giorni, attraverso negoziazioni, dinieghi, assenze, convivenze, contrarietà, condivisioni con gli altri ospiti e gli operatori", con il supporto di un contenitore, che a tutto questo conferisca una valenza, un valore, una significatività³ nella consapevolezza che ognuno di questi eventi si accompagna a significati che vanno oltre la cronaca quotidiana e chiamano in causa valori affettivi importanti⁴.

Potremmo dire che in Comunità la relazione operatore/paziente si fonda sulla nozione di *format/scaffolding*⁵ da intendersi come quella funzione strutturante di impalcatura, sostegno e supporto dove l'azione del personale è quella di "riordinare" e "connotare" le esperienze degli ospiti. Ecco che allora per la gestione di una comunità occorre una riparazione e una particolare attitudine alla riflessione e alla clinica⁶ "un continuo entrare

² Taurino, Bastianoni, 2021

³ Rabboni, 1997

⁴ Pedriali, 2000

⁵ Bastianoni, 2000

⁶ Solo per fare un esempio che vuole rendere visibile la complessità di un intervento dietro una facciata solo apparentemente semplicistica: Attraverso la ripetizione quotidiana di eventi strutturati, di setting e di attività predisposte dal programma, come anche mediante il ripetersi di interazioni interpersonali reciproche caratterizzate da "informalità" si crea ciò che si può definire un "frame parentale". Ma come deve essere questo frame, che caratteristiche deve avere questa quotidianità per il paziente della Comunità? :da una parte prevedibile, sufficientemente ripetitivo, che abbia insiti cioè degli elementi di ritualità e di costanza, in modo da essere sempre riconoscibile e attendibile; dall'altra deve poter offrire delle "variazioni sul tema". Del resto dentro la Comunità si presentano fatti molto simili a quanto avviene in una famiglia se si considerano tutti quegli eventi "normativi" e "paranormativi" che fisiologicamente accadono quando si condivide un "pezzo di tempo" assieme, con la possibilità però di elaborarli in un clima di



*e uscire, un saliscendi fra soggettività e oggettività, fantasmatico e reale, personale e professionale, che mette alla prova le capacità degli addetti ai lavori”.*⁷

Oggi i criteri di accreditamento si sono “schiacciati” sul modello ospedaliero prevedendo una sperequazione di figure parainfermieristiche a discapito di figure più propriamente afferenti all’area della psicologia di sicuro maggiormente idonee ad un intervento clinico/ “trasformativo”. Non è un caso che sotto la denominazione di SRTR troviamo sia le storiche comunità terapeutiche a valenza democratica nate con un assetto fortemente terapeutico sia le Cliniche psichiatriche convertite, queste ultime, però, più idonee a rispondere, a “tamponare” una situazione nell’alveo dell’urgenza e in un intervento intensivo. In buona sostanza per le cosiddette Case di Cura Cliniche psichiatriche è cambiato l’inquadramento giuridico, mentre le comunità storiche in un qualche modo, si sono trovate costrette ad assimilarsi a livello organizzativo alle Cliniche.

Tuttavia l’intervento trasformativo quello più propriamente estensivo, di una certa durata, volto alla “cura”, riabilitazione e reinserimento dovrebbe essere svolto nelle comunità propriamente dette a stampo democratico familiare (massimo 10 /20 pl) ovvero in quelle realtà dove gli interventi, pur se sanitari e specialistici, si poggiano su un clima di domesticità in una logica distante da modelli sanitari prettamente di tipo ospedaliero. Del resto la personalità e l’identità cresce, si forma, evolve in un ambiente familiare e non in un contesto asettico, spersonalizzato che ricorda un ospedale.

interscambio e condivisione. La quotidianità della Comunità, difatti - proprio per il fatto che gli operatori sono diversi e che come nella vita reale si è sottoposti continuamente a imprevisti, frustrazioni - deve poter offrire anche e allo stesso tempo piccoli motivi di dubbio, di incertezza. Pertanto il primo aspetto concerne la costituzione di una trama, di un fondo psichico (direbbe Correale, 1999) sufficientemente saldo e coerente (funzionale a far rivivere l’esperienza formativa di un sé coeso), il secondo aspetto riguarda invece la creazione di piccole, controllate incertezze, una certa quota di rottura delle abitudini, necessarie a riattualizzare - in un clima controllato - la possibilità di un trauma; attutito però! e che pertanto può essere affrontato senza gli esiti catastrofici del precedente (ibidem). Per chiarire meglio questo aspetto che si sta dicendo: “la grave debolezza del Sé dei pazienti ospiti e l’inadeguatezza del loro sistema ambientale ha reso in qualche modo necessario ripartire da zero nella nuova quotidianità a loro offerta dalla Comunità”; è essenziale però che la nuova quotidianità si differenzi dalla vecchia per due aspetti fondamentali 1) offrire un’esperienza di costanza, calore, continuità; 2) “fornire l’occasione per l’attivazione di piccoli traumi – legami, separazioni, distacchi – che in passato hanno rappresentato fattori scatenanti della frammentazione del Sé, e che al momento attuale sono invece per certi versi attraversabili”, in quanto a garanzia c’è un gruppo, uno staff che vigila e che sostiene (Correale, 1999).

⁷ Pedriali, 2000



Insomma, c'è residenzialità e residenzialità: vanno differenziate a seconda dello specifico momento evolutivo del percorso dell'utenza, a seconda della mission e vanno anche chiamate e denominate in maniera differente. E non si può fare una Comunità estensiva dove il fulcro dell'intervento è la 'relazione' in un luogo che – come direbbe l'antropologo francese Marc Auge - è una sorta di "non luogo".

Tra l'altro le cliniche (oggi in alcune aree convertite in Comunità) si sono inventate i "moduli" con un "bypassamento" in un qualche modo della norma che vuole che le strutture comunitarie non debbano superare i 20 posti letto. E quindi abbiamo il piano dei 20 posti per adulti "intensivi" (fino a 90 giorni di degenza) poi il piano dei 20 posti per adulti estensivi (per gli interventi di maggior durata), poi il piano dei 20 posti per minori intensivi e poi il piano dei 20 posti per minori estensivi. E già sono 80 posti! I criteri di accreditamento sono stati comunque rispettati, ma i pazienti sono 80! spesso con divisioni promiscue tra minori e adulti.

Inoltre non può sfuggire come tale configurazione "in larga scala" rischi di fagocitare inevitabilmente tutte quelle piccole realtà che, oltre ad aver costruito la storia delle comunità terapeutiche nel Lazio, non intendono conformarsi a tale modello "imprenditoriale" che risulta essere ben lontano dalla mission e dalle finalità previste dalla normativa regionale per i trattamenti estensivi.

Ci si trova quindi di fronte ad un paradosso:

- da un lato l'"anima sanitaria" regionale parla di cure in piccole strutture nelle quali si deve cercare di ricreare un ambiente quanto più possibile simile a quello familiare sottolineando che bisogna evitare pericolosi parallelismi con i vecchi manicomi e le cliniche psichiatriche;
- dall'altro l'"anima formale" regionale sembrerebbe far prevalere il modello "aziendale" a scapito delle piccole strutture comunitarie.

Si ritiene inoltre che sia importante tenere vivo l'interesse sul dovere per le comunità di essere protagoniste nel definire, piuttosto che subire, dei modelli valutativi credibili del proprio operato. Il rischio è quello di assecondare l'uso di parametri statici, che prevedono semplicemente la presenza di standard non significativi rispetto al servizio da offrire.



Da non sottovalutare inoltre l'enorme complessità gestionale delle strutture comunitarie per il delicato quadro clinico degli utenti; ciò, implica non solo una presenza centrale di figure a formazione psicologica, ma che le stesse figure siano particolarmente preparate e "attrezzate" e dove non si può lasciare libero il campo alla semplificazione e improvvisazione.

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

Il paziente "grave" suscita, a livello inconscio, fantasie e immagini intense, piene di paura, ansia. Tutti conosciamo la natura delle difficoltà di un'equipe istituzionale ad avere un'identità stabile e coerente, capace di comprendere i bisogni dei pazienti e soprattutto di differenziare se stessa dal complesso mondo delle identificazioni proiettive che si attiva al contatto con la psicosi o con gli importanti disturbi di personalità, dove sembra realizzarsi una forma di infezione emotiva o di contagio tra curanti e curati.

Da tali possibili vissuti ci si "difende" attivamente sia sul piano individuale con scissioni, proiezioni, ecc., sia su quello istituzionale con l'uso meccanico di dispositivi istituzionali.

Nelle strutture psichiatriche in particolar modo nelle SRTRe molti dei fenomeni psichici si presentano in maniera massiva. La grande quantità di dati in trasformazione, i frequenti passaggi all'atto, l'irruenza del corpo sui processi mentali, la struttura di personalità in generale ancora troppo debole e mal strutturata, i nuclei emotivi potenti ma in buona parte inesprimibili, hanno un effetto destrutturante dello spazio mentale del setting di lavoro. L'uso di difese assai primitive è connesso alle fortemente limitate capacità di questi pazienti di contenere, mentalizzare, ed elaborare spinte distruttive interne.⁸

Elementi interni connessi al gruppo staff (fantasie di cura onnipotenti, crollo improvviso e repentino di aspetti illusori, nodi evolutivi sopiti) entrano difatti in particolare risonanza con il mondo interno degli utenti creando collusioni, confusione, arresti regressivi e

⁸ Orsenigo, 1992



comunque fenomeni tali che la terapeuticità dell'intervento consiste proprio nel poterli individuare, contattare, pensare, per trasformarli e incanalarli in un processo evolutivo trasformativo ⁹.

La peculiarità dell'utenza, la mancanza di mediazione tra richieste impellenti onnipotenti "contro" la capacità di saper attendere, procrastinare, pianificare, crea negli operatori un vissuto di emergenza. Questo tipo di situazioni attiva e facilita una tendenza a rispondere secondo automatismi preprogrammati, un funzionamento cioè secondo assunti di base, o direbbero per l'appunto gli psicologi dell'emergenza, secondo comportamenti "fight or flight" (ovvero di attacco/fuga) o, di "freezing" ovvero un vero e proprio congelamento delle funzioni cognitive.

Se pensiamo poi alle comunità per adolescenti la gestione diventa ancora più complessa. Per quanto concerne il gruppo operatori, in questo tipo di Comunità le capacità dell'equipe vengono messe a dura prova. La "non identità" dell'adolescente, le gestalt incompiute di questa fascia di età, la confusione dettata dall'irruenza e dalle tempeste emozionali, biochimiche, psichiche, entrano in risonanza con aspetti sopiti profondi degli operatori che si trovano sollecitati a rivedere e ripercorrere i propri nodi adolescenziali, così come le proprie "soluzioni" ed equilibri rispetto a tematiche personali quali l'autonomia e la dipendenza, la sessualità, l'illusione e la disillusione, l'individuazione, la responsabilità, i confini, il rapporto con l'autorità, ¹⁰ ecc.

Allo stesso tempo, per ciò che riguarda il versante del gruppo degli utenti, la Comunità terapeutica proprio per le sue peculiari caratteristiche di familiarità e interazionalità, favorisce il ripetersi al suo interno di quei rapporti e stili relazionali già sperimentati dai pazienti nella loro famiglia d'origine. Come sappiamo la nascita psicologica e il conseguente sviluppo della personalità, avviene nel contesto del gruppo primario e quindi all'interno di una rete di rapporti interpersonali talmente significativi da incidere profondamente sull'andamento psicologico di tutto il ciclo vitale. Se la psicopatologia ha una genesi fondata sull'alterazione delle prime esperienze relazionali, ecco che allora l'Istituzione comunitaria diventa - per i legami relazionali significativi che essa promuove

⁹ Bencivenga , 2012

¹⁰ Bencivenga , 2012



– un’“occasione”, ove si ripropongono codici e funzioni di comunicazione familiare: ovvero occasione di ripresentazione o “rimessa in scena” di copioni, modelli operativi interni appresi e attualizzazione di processi transferali.

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

E’ proprio per le caratteristiche di analogia di questi due gruppi, e conseguentemente ai processi transferali e controtransferali, che si possono instaurare dei processi evolutivi trasformativi: come recita il vecchio adagio della medicina omeopatica *similia, similibus curantur*¹¹.

Forte è il dubbio su coloro che pensano di riprodurre in una comunità estensiva un modello assimilabile ad una clinica: terapeuti soltanto esterni, cuoca esterna, addetti alle pulizie, OSS per la notte, un numero cospicuo di infermieri parcellizzando tutta una serie di funzioni. Si passa a volte senza soluzione di continuità nel concepire questo tipo di intervento o come fortemente sanitarizzato (cliniche dunque) o principalmente (nel caso ad esempio di un’utenza di area adolescenziale) con una valenza riduttivamente socio/edu/assistenziale (comunità socio educative) dove ci si illude possa essere sufficiente una cospicua presenza di educatori e terapisti della riabilitazione psichiatrica. La conseguenza è che viene a mancare la via di mezzo, dove senza togliere nulla alle altre specificità, non si può dimenticare il percorso curricolare formativo degli psicologi e psicoterapeuti atto propriamente a rispondere, accogliere, dare senso alle dinamiche complesse sopra accennate.

Bisogna avere il coraggio di dire esplicitamente che i pazienti ospiti nelle comunità terapeutiche hanno un quadro clinico che rientra nell’alveo della psicopatologia che una volta stabilizzata (fuori dall’acuzie, dall’intervento ospedaliero) deve essere riconosciuta e adeguatamente trattata con strumenti non solo educativi o rieducativi o di tipo assistenziale, ma anche e soprattutto con interventi a valenza clinica. Si assiste ovvero alla tendenza – come vedremo nella disamina delle normative sotto riportate – di una diminuzione degli interventi psicoterapici per ragioni cui in questa sede sfugge il senso.

¹¹ Carli, 1992



L'offerta di un ambiente abbastanza stabile, la presenza di regole più strutturate rispetto a quello dei nuclei familiari di riferimento, la disponibilità affettiva degli operatori e del personale, progetti educativi finalizzati all'autonomia, non bastano a "curare" i danni psichici e di sviluppo di quei pazienti con esperienze di deprivazione o maltrattamento. La carenza di conoscenza rispetto ai danni psichici derivati dall'incuria, dalla trascuratezza finisce per sottovalutare l'intervento psicologico finendo paradossalmente per negare o banalizzare il disagio mentale.¹²

Imprescindibile e fondamentale per chi opera con questa tipologia di utenti, soprattutto se in ambito istituzionale, è accedere ad una formazione e un aggiornamento continuo. Spesso ci troviamo di fronte a normative "appiattite" su quelle che devono essere, prendiamo ad esempio le Comunità, le caratteristiche strutturali (numero di stanze, distribuzione degli spazi) con una minore riflessione sulla componente specialistica delle professionalità che sarebbe opportuno che in esse operino. Vengono proposte figure para/infermieristiche (più idonee tra l'altro per un'utenza caratterizzata da disabilità) in numero sproporzionato rispetto a funzioni professionali più attente e preparate nel leggere e decodificare le dimensioni interne dei pazienti, venendo tale personale relegato in un ruolo residuale.

La posta in gioco è troppo elevata: quella di proporre istituzioni inerti caratterizzate da routine ripetitive e prive di senso, "depositi" poco attenti a ricostruire significati e rinarrazioni o apparati affettivi e nutritivi dove circolino elementi dinamici, maturativi, emancipativi e dove l'intero percorso sia pensato connotato e ispirato da *un'intenzionalità terapeutica*¹³ ?

¹² F Codignola

¹³ D'Elia, De Crescente 2021



Ricognizione normativa sul ruolo dello psicologo/psicologo abilitato alla psicoterapia all'interno delle S.R.T.R della Regione Lazio

Con la raccolta normativa contenuta all'interno dell'**ALL. C del DCA (Decreto del Commissario ad Acta) n. 8/2011 e s.m. e i.**, la Regione Lazio ha inteso riunire in un unico testo i provvedimenti in materia di requisiti minimi autorizzativi che si sono succeduti nel tempo in relazione alle strutture sanitarie e sociosanitarie presenti all'interno del territorio laziale.

Il **Paragrafo 4.3** di detto Allegato definisce e disciplina le Strutture Residenziali Psichiatriche, tra cui risultano ricomprese le S.R.T.R. (Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative).

Più in particolare, dette S.R.T.R. (che ricomprendono anche le strutture già denominate Comunità Terapeutico-Riabilitative) sono strutture sanitarie di tipo comunitario:

- per il trattamento volontario globale - **psicoterapeutico**, farmacologico, relazionale e sociale,
- di pazienti preferibilmente giovani e agli esordi psicopatologici,
- con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio,
- che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero,
- che necessitano invece di una temporanea e specializzata presa in carico in un contesto di vita quotidiana alternativo a quello abituale.

Le S.R.T.R., quali mediatori della relazione terapeutica, hanno la finalità di far superare la fase di acuzie, postacuzie o sub-acuzie e di favorire l'acquisizione di soddisfacenti capacità relazionali e di adeguati livelli di autonomia personale.



Le S.R.T.R. garantiscono un'assistenza 24 ore/24 e si suddividono in:

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi**, ossia strutture per pazienti con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni.

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi**, ossia strutture per pazienti con disturbi in fase di sub-acuzie, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio-riabilitativa o socio-assistenziale (L.R. n. 41/2003).

Il **Paragrafo 4.11** del surrichiamato ALL. C disciplina più propriamente le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative **per adolescenti** – (S.R.T.R. adolescenti per trattamenti comunitari intensivi e per trattamenti comunitari estensivi).

Più in particolare, la S.R.T.R. per Adolescenti è una struttura sanitaria di tipo comunitario:

- per il trattamento volontario globale - psicoterapeutico, farmacologico, relazionale e sociale - di adolescenti (12/17 anni);
- anche laddove provengano dal circuito penale o siano sottoposti a provvedimenti giudiziari,
- agli esordi psicopatologici, con disturbi in fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie, non trattabili a domicilio,
- che non necessitano di trattamenti in regime di ricovero ospedaliero,
- che hanno invece bisogno di effettuare un percorso terapeutico e riabilitativo attraverso una presa in carico residenziale ed un periodo di separazione dall'abituale contesto di vita.



Finalità e destinatari

Pertanto, va ribadito che la S.R.T.R. – Adolescenti, quale mediatore della relazione terapeutica, ha la finalità di far superare la fase di acuzie, post-acuzie o sub-acuzie attraverso la messa in atto di un trattamento complesso multifattoriale e multidisciplinare di tipo evolutivo/trasformativo.

Tale Struttura è quindi adatta per quei pazienti adolescenti che necessitano di uno spazio e di un tempo necessario

- sia per riavviare processi evolutivi interrotti,
- sia per effettuare una valutazione dei disturbi di personalità,
- sia per risolvere problemi legati alla propria identità, ad atteggiamenti auto ed etero aggressivi e per sperimentare nuove relazioni significative,

con lo scopo quindi di raggiungere un adeguato recupero funzionale ed un reinserimento nella rete sociale possibilmente nel proprio contesto di appartenenza.

Le S.R.T.R. Adolescenti, che garantiscono un'assistenza 24 ore/24, si suddividono in:

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari intensivi:** strutture per pazienti minori con disturbi in fase di acuzie e post-acuzie, compresi quelli che necessitano di una fase di valutazione psicodiagnostica e multidisciplinare a seguito di una richiesta del magistrato, che richiedono interventi intensivi relazionali, farmacologici e psicoterapeutici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 60 giorni;

- **S.R.T.R. per trattamenti comunitari estensivi:** strutture per pazienti minori con disturbi in fase di sub-acuzie, nonché provenienti dal circuito penale, che richiedono interventi relazionali, psicoterapeutici e farmacologici, con una permanenza massima nella struttura orientativamente di 2 anni (eventualmente prolungabile per permettere il completamento di processi in corso) e successivo reinserimento nell'abituale contesto di vita o in un contesto abitativo autonomo supportato a livello domiciliare, o successivo passaggio graduale in strutture con minore impegno e/o specificità assistenziale a valenza socio riabilitativa o socio-assistenziale (Casa Famiglia, Gruppo Appartamento, ecc.).



A tal fine, il **Paragrafo 4.11.1.** del medesimo **ALL. C** ("requisiti strutturali") richiede che tutte le strutture residenziali per adolescenti fino a 10 posti di ospitalità, debbano essere in possesso di una organizzazione interna tale da garantire sia gli spazi e i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni.

Pertanto, occorre tornare ad evidenziare che - sia per le S.R.T.R. "adulti" che per le S.R.T.R. "adolescenti" - il particolare quadro clinico dell'utenza presuppone una disfunzionalità da un punto di vista relazionale, comportamentale, affettivo/emotivo, esistenziale tale da **necessitare di un intervento riabilitativo e psicoterapeutico** attraverso una presa in carico residenziale ed una temporanea separazione, "permeabile", dall'abituale contesto di vita.

Ciò premesso e stante la ravvisata necessità ed esigenza – cristallizzata anche nella normativa regionale - dell'intervento psicoterapeutico all'interno di dette strutture, va tuttavia rilevato che tra i "requisiti organizzativi" richiesti per le medesime strutture **la figura dello psicologo/psicologo abilitato alla psicoterapia** risulta essere sminuita e sottodimensionata, sia nel numero che nella specializzazione.

Ed infatti,

- per quanto riguarda le **S.R.T.R. Adulti** per trattamenti comunitari estensivi, il DCA n. U00121 dell'2 aprile 2019, che ha recentemente modificato il Paragrafo 4.3.3. del surrichiamato ALL. C del DCA n. 8/2011, ha confermato tra i "Requisiti Organizzativi" la necessità di una dotazione minima di personale pari a **n. 2 "Medici psichiatri/Psicologi"**.
- per quanto riguarda le **S.R.T.R. Adolescenti** per trattamenti comunitari estensivi il Paragrafo 4.11.2. del medesimo ALL. C del DCA n. 8/2011 ha previsto una dotazione minima di personale di n. **2 "Medici specialisti in neuropsichiatria infantile/psicologi"**.



Pertanto, occorre segnalare che all'interno dei suddetti provvedimenti regionali sussistono almeno due evidenti ed oggettive anomalie.

- La figura e le funzioni dello psicologo risultano di fatto equiparate ed accomunate al Medico psichiatra (S.R.T.R. adulti) o al medico specialista in neuropsichiatria (S.R.T.R. adolescenti), come se si trattasse di due ruoli esattamente analoghi ed interscambiabili.
- Inoltre, da una parte, l'attività di psicoterapia è prevista e contemplata nella *mission* delle S.R.T.R., dall'altra, però, la specifica figura dello psicologo abilitato alla psicoterapia **non** risulta essere precisamente inclusa tra i requisiti organizzativi che devono essere posseduti dalle medesime strutture, essendo contemplate soltanto le figure di "Medici psichiatri/Psicologi".

Si tratta di una problematica che non è di poco conto, dal momento che lo psicologo, ai sensi della Legge 56 del 1989, può fare solo i colloqui di sostegno e la somministrazione di test e retest per valutare gli esiti degli interventi.

Peraltro, occorre sottolineare come la figura professionale dello psicologo abilitato alla psicoterapia risulti invece essere espressamente prevista e contemplata all'interno dei "requisiti organizzativi" delle strutture residenziali per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare (affini alle S.R.T.R. estensive). Ed infatti, il Paragrafo n. 4.12.2 dell'ALL.C al DCA n. 8/2011, così come modificato dal DCA n. U00121 dell'2 aprile 2019, nell'individuare e nel fissare la composizione dell'équipe medica della suddetta struttura, include esplicitamente la presenza di "2 Psicologi specialisti in psicoterapia" oltreché a prevedere la possibilità di un altro Psicologo abilitato alla psicoterapia come ruolo di Responsabile di Struttura

Inoltre, l'attività di **psicoterapia** risulta essere esplicitamente inclusa, quale specifica "categoria", anche all'interno dell'Area di Intervento prevista e richiesta dalla Sezione 2C del DCA n. U00469 del 7 novembre 2017, concernente tutte le strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali per persone con patologie psichiatriche, tra cui sono comprese tutte le S.R.T.R. per adulti e per adolescenti, intensive ed estensive. Detto richiamo all'attività psicoterapeutica operato dal DCA n. U00469 è fondamentale e dirimente, dal momento che tale Decreto contiene, prevede e disciplina i requisiti per



l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie della Regione Lazio. Pertanto, ancora una volta, la normativa regionale

- da una parte richiede, ai fini dell'accreditamento istituzionale della S.R.T.R, la sussistenza dell'attività di psicoterapia;
- dall'altra, però, non prevede e non contempla la figura dello psicologo abilitato alla psicoterapia all'interno dei requisiti organizzativi richiesti per le medesime S.R.T.R.

Sui profili Professionali previsti per la determinazione delle tariffe regionali relative le S.R.T.R.

Ulteriore omissione della figura non solo dello Psicologo abilitato alla psicoterapia, ma anche dello psicologo si rinviene all'interno dell'Allegato A) del Decreto del Commissario ad Acta 25 giugno 2018, n. U00256 (*"Assistenza residenziale per trattamenti comunitari intensivi ed estensivi per adolescenti erogata da strutture residenziali terapeutico riabilitative - Determinazione delle tariffe"*), ove, infatti, al punto 2) - *Tariffa assistenza psichiatrica residenziale terapeutico riabilitativa per adolescenti – trattamenti comunitari estensivi*, **non vi è alcun richiamo né alla figura professionale dello psicologo abilitato alla psicoterapia, né alla figura dello psicologo, ma soltanto la generica previsione di due "medici"**

Si tratta verosimilmente di una "dimenticanza" che sembrerebbe però essere sintomatica di un approccio improprio e contraddittorio rispetto alla materia qui in esame; ed invero, le specifiche figure professionali richiamate nella elaborazione del tariffario delle prestazioni (Infermiere, Terapista della Riabilitazione, Operatori Socio Sanitari, Assistente Sociale, Medici, Medico Responsabile, Amministrativo...) svolgono ed esercitano attività di mera infermieristica e parainfermieristica; ciò, a differenza ed a discapito delle attività più propriamente psicologiche e psicoterapeutiche, le quali – oltre ad essere espressamente contemplate ed incluse nella *mission* regolata dai provvedimenti regionali – risultano essere maggiormente idonee all'intervento clinico/trasformativo proprio di dette strutture.



Peraltro, va in ogni caso sottolineato che l'importo previsto per i "due medici" dal surrichiamato Decreto n. U00256/2018 non sembrerebbe fare alcun riferimento alle statuizioni contenute nelle Tabelle allegate al Decreto del MINISTERO DELLA SALUTE, 19 luglio 2016, n. 165, avente ad oggetto la determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per le professioni regolamentate, ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27 (Medici veterinari, farmacisti, psicologi, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica).

A tal fine, occorre peraltro sottolineare che la Legge Regionale Lazio 12 aprile 2019, n. 6, nel dettare le *"Disposizioni in materia di equo compenso e di tutela delle prestazioni professionali"*, ha (vd. art. 1) invece espressamente riconosciuto *"il diritto dei professionisti... all'equo compenso"*, nonché voluto tutelare *"le prestazioni rese dagli stessi"*.

La medesima Legge (vd. art. 2) ha inoltre stabilito che *"la Regione, gli enti strumentali e le società controllate, garantiscono, nell'affidamento e nell'esecuzione degli incarichi conferiti a professionisti, il diritto all'equo compenso nonché contrastano l'inserimento di clausole vessatorie"*.

Più in particolare per quanto concerne la tematica oggetto del presente studio, l'art. 5 ha previsto che *"sono adottate specifiche misure dirette a garantire l'applicazione delle disposizioni di cui alla presente legge nei confronti degli enti delle aziende del servizio sanitario regionale e delle strutture accreditate"*.

Sul profili Professionali previsti per la determinazione delle tariffe regionali relative le S.R.T.R.

Sempre con riferimento ai profili professionali contemplati e richiesti dai provvedimenti regionali, occorre inoltre evidenziare la singolare peculiarità consistente nella possibilità di attribuire l'incarico di Responsabile della Struttura esclusivamente ad un Medico psichiatra.

Ed invero,



- per quanto riguarda le **S.R.T.R. Adulti** per trattamenti comunitari estensivi, il già richiamato DCA n. U00121 dell'2 aprile 2019 ha confermato tra i "Requisiti Organizzativi" l'attribuzione della responsabilità della struttura ad un **Medico psichiatra**. Ciò, sulla falsariga di quanto già previsto dal Paragrafo n. 4.3.2. della Delibera della Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006 e del Paragrafo 4.3.3. dell'ALL. C del DCA n. 8/2011;
- per quanto riguarda le **S.R.T.R. Adolescenti** per trattamenti comunitari estensivi il Paragrafo 4.11.2. del medesimo ALL. C del DCA n. 8/2011 ha previsto quale responsabile della struttura, anche per gli aspetti igienico – sanitari, il "**medico specialista in neuropsichiatria infantile**".

Pertanto, né lo psicologo né lo psicologo abilitato alla psicoterapia sono considerate figure professionali tali da poter assumere la funzione ed il ruolo di responsabile di una S.R.T.R. estensiva.

Tale limitazione appare incoerente almeno per un duplice ordine di ragioni.

Innanzitutto, va evidenziato come l'attribuzione dell'incarico di responsabile delle strutture ad un soggetto in possesso della qualifica di psicologo abilitato alla psicoterapia risulti ragionevolmente ammesso e consentito per analoghe Strutture residenziali terapeutiche-riabilitative, come ad esempio le già richiamate strutture residenziali per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, disciplinate dal Paragrafo n. 4.12.2 dell'ALL.C al DCA n. 8/2011, così come modificato dal DCA n. U00121 dell'2 aprile 2019. Non a caso, infatti, per tali strutture, connotate anch'esse – come le S.R.T.R estensive – dall'esigenza di elaborare ed applicare un programma terapeutico-riabilitativo di natura psicoterapeutica, è prevista la possibilità di conferire l'incarico di responsabile, non solo ad un "Medico Psichiatra", ma anche ad uno "Psicologo specialista in psicoterapia". Pertanto, in tali casi vi è una totale equiparazione, ai fini dell'assunzione della titolarità del ruolo di responsabile della struttura, tra la figura professionale del "medico psichiatra" e quella dello "psicologo specialista in psicoterapia". Non si comprendono, quindi, i motivi di tale difforme disciplina e la ragione per cui la responsabilità delle S.R.T.R. non possa essere invece conferita alla figura dello psicologo abilitato alla psicoterapia.



Dette perplessità risultano giustificate anche in considerazione dei recenti orientamenti della giurisprudenza amministrativa, la quale ha riconosciuto il diritto dello - psicologo abilitato alla psicoterapia a potersi vedere attribuire il ruolo di Dirigente di un reparto di Psichiatria di emergenza UOC Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

In tal senso, si veda ad esempio la Sentenza del TAR per il Lazio – Sezione di Latina n. 39/2021, che ha recentemente annullato l'Avviso Pubblico di una Azienda Sanitaria avente ad oggetto l'attribuzione di un incarico di durata quinquennale per la copertura di un posto di "Direttore UOC SPDC", nella parte in cui riservava la partecipazione ai soli dirigenti medici con specializzazione e anzianità di servizio nella disciplina di "psichiatria", così escludendo dal novero dei possibili partecipanti alla selezione la categoria professionale degli psicologi con specializzazione in psicoterapia ; ciò, anche in violazione dei principi costituzionali di uguaglianza e diritto al lavoro.

Si tratta di un orientamento ormai pacifico e ribadito, in più occasioni, da numerose sentenze del Giudice Amministrativo. Si vedano, a titolo esemplificativo, Tar del Lazio n. 192/2018 e Consiglio di Stato n. 448/2016 (pure richiamate dalla suddetta Pronuncia del Tar Lazio, Sezione Latina), secondo cui al dipartimento di salute mentale, e, quindi, anche alle UFC, sono affidate non solo prestazioni strettamente mediche e psichiatriche, ma anche terapie psicologiche, quali quelle afferenti alla diagnosi ed alla cura, non farmacologica, del disturbo psichico. Il più immediato corollario delle considerazioni che precedono è che appare irragionevole riservare ai soli medici psichiatri l'accesso alla dirigenza delle UFC ed escludere da essa gli psicologi, sia perché la professionalità di questi ultimi resta implicata dall'esercizio dei compiti attribuiti al dipartimento di salute mentale, sia perché le funzioni direttive in questione non comportano l'erogazione diretta di prestazioni mediche psichiatriche.

Ed invero, nell'espletamento di un incarico di direzione e responsabilità, medici e psicologi/psicoterapeuti svolgono essenzialmente un'attività di direzione ed organizzazione, fatte ovviamente salve le funzioni derivanti dalle loro specifiche competenze professionali che restano comunque esclusive e che vengono realizzate in via residuale rispetto alle funzioni di gestione, proprie dell'incarico di responsabilità.

Ne consegue che deve ritenersi consentita e doverosa l'estensione a più categorie professionali (sia medici psichiatri sia psicologi/psicoterapeuti) di un avviso pubblico per la



selezione del dirigente di un'unità complessa che comprende l'erogazione di prestazioni ascrivibili a diverse discipline (tra cui anche quelle psicologiche/psicoterapeutiche).

Tale principio chiaro e condivisibile, pertanto, può essere – a maggior ragione - richiamato anche per l'affidamento dell'incarico di responsabilità delle S.R.T.R. estensive professionalità certamente consona e coerente con la mission istituzionale di tali strutture.