

L'ingresso nei sistemi di attività: una ricerca esplorativa attraverso i discorsi di testimoni privilegiati sulle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto.

Mara Olocco, Francesco Muscianisi, Paolo Cottone

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol. 6, n° 1, Marzo 2011</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

L'ingresso nei sistemi di attività: una ricerca esplorativa attraverso i discorsi di testimoni privilegiati sulle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto.

Autore	Ente di appartenenza
Mara Olocco	<i>Dipartimento di Sociologia, Università degli Studi di Padova</i>
Francesco Muscianisi	<i>Dipartimento di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova</i>
Paolo Cottone	<i>Dipartimento di Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova</i>

To cite this article:

Olocco M., Muscianisi F., Cottone P., (2011), L'ingresso nei sistemi di attività: una ricerca esplorativa attraverso i discorsi di testimoni privilegiati sulle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto, in *Narrare i Gruppi*, vol. 6, n° 1, Marzo 2011, pp. 111-126, website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

Ricerche/interventi

L'ingresso nei sistemi di attività: *una ricerca esplorativa attraverso i discorsi di testimoni privilegiati sulle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto*

Mara Olocco, Francesco Muscianisi, Paolo Cottone

Riassunto

Lo studio presenta la fase iniziale di una ricerca etnografica sulle "Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette" in Veneto.

In coerenza con i presupposti del costruzionismo sociale e dell'interazionismo simbolico, si configura la complessa realtà delle comunità terapeutiche riabilitative nella relazione tra legislazione, definizioni dei servizi, discorsi e pratiche di operatori e utenti. La ricerca viene costruita, quindi, in una prospettiva interdisciplinare in cui confluiscono aspetti giuridici, sociologici, antropologici, psicologici e psichiatrici.

Dopo aver tracciato la cornice politico-giuridico-amministrativa in cui si possono collocare tali strutture, l'indagine si concentra sulle definizioni delle comunità, degli obiettivi e degli utenti che vi accedono attraverso i discorsi di "testimoni privilegiati".

Si propone in questo articolo un contributo all'analisi critica del discorso sulle C.T.R.P. che descrive le azioni di ingresso in questi sistemi di attività per individuare le strutture che ospitano la fase successiva della ricerca etnografica.

Parole chiave: C.T.R.P., salute mentale, normativa, analisi critica del discorso, etnografia.

*The access to the activities systems:
an explorative research using "selected witnesses" 's discourses about
Therapeutic and Rehabilitation Protected Communities in Veneto*

Abstract

The study presents the first part of an ethnography about the Therapeutic and Rehabilitation Protected Communities in Veneto.

It is based on the theoretical assumptions of social constructionism and symbolic interactionism and it shows the complexity of communities like an interaction between laws, services definitions, carer's and user's discourses and practices. Then, this interdisciplinary research concerns legal, sociological, anthropological, psychological and psychiatric features.

After framing law, policy and administration of these services, the research focuses on the communities definitions, aims and users using "selected witnesses" 's discourses.

This paper provides a work on critical analysis of discourse about C.T.R.P., it draws also the

entry actions in activities systems to select the communities where ethnography will take place

Keywords: C.T.R.P., mental health, law, critical discourse analysis, ethnography.

1. Introduzione

La ricerca propone un'analisi dei discorsi di alcuni "testimoni privilegiati" che contribuiscono a configurare le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette¹, dopo aver delineato i contorni della cornice politico-giuridico-amministrativa di riferimento. Come evidenziato da questo precedente lavoro², le C.T.R.P. possono essere comprese all'interno di un sistema più ampio di servizi integrati, dove è possibile evidenziarne l'utilità, le peculiarità e gli aspetti critici.

I servizi per la Salute Mentale rappresentano un'area di interesse per la ricerca nazionale e internazionale tutt'oggi ricca di spunti, che offre lo spazio per nuove domande e possibili azioni di cambiamento (G. De Girolamo, M. Cozza, 2000; W.R. Gove, 2004). I filoni di ricerca in questo campo sono molteplici: dallo sguardo dei professionisti della salute mentale che si concentrano sui risvolti dell'intervento nei servizi residenziali psichiatrici (A Barbato et al., 2004; J.S. Harman et al., 2004), allo sguardo delle scienze sociali che indagano le modalità organizzative dei servizi e le pratiche di cura, agli occhi di tutte quelle professioni che sono coinvolte nel sistema della salute mentale a livello legislativo e operativo (I.R. Jones, 2009, J. Rapaport, 2006; N. Ware et al., 1999). Tutte queste ricerche puntano i riflettori su una realtà che si interroga sui suoi obiettivi e sulle strategie di gestione, una realtà che scorre nel letto delle contrapposizioni teoriche, delle rivoluzioni sociali, delle limitazioni economiche.

Prende forma così un campo fatto della storia di queste strutture, che si modificano nel tentativo di rispondere ai bisogni dell'utenza, delle famiglie, della comunità e alle necessità dei professionisti che le mantengono operative.

La prospettiva di un'etnografia come questa consente di raccontare delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette che sono pensate e realizzate nella Regione Veneto. Si guarda alle comunità che sono descritte nei documenti normativi e amministrativi, ma anche alle comunità che nei discorsi divengono luoghi, percorsi, momenti di vita, ambiti lavorativi, servizi che rispondono ai bisogni del contesto o che mostrano i limiti di un sistema. Per dare voce alle differenze contestuali e ai ruoli che si giocano quando si parla di Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette sono stati intervistati alcuni responsabili dei Servizi di Salute Mentale, delle comunità, delle cooperative sociali coinvolte nella gestione di alcune strutture, operatori di differente formazione professionale e referenti degli servizi coinvolti nei processi di costruzione e revisione delle normative.

Questa fase di indagine consente di tracciare le criticità e i percorsi che orientano la costruzione di una ricerca finalizzata a leggere nell'interazione tra operatori e utenti di

¹ Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (C.T.R.P.) sono definite "strutture residenziali destinate a un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale" (DGR 1616, 2008).

² Olocco M., Festa R., Cottone P., *Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto: una ricerca esplorativa sui processi che ne configurano l'identità attraverso l'analisi dei discorsi legislativi e amministrativi*, *Narrare i Gruppi-Etnografia dell'interazione quotidiana*, Anno V, Vol. 2, Settembre 2010.

comunità (discorsi e pratiche) la configurazione del "percorso" in C.T.R.P., il senso attribuito agli obiettivi di "riabilitazione" e "reinserimento sociale", l'identità dell' "utente" e i "ruoli professionali".

2. Il contesto della ricerca

La ricerca si colloca nell'area della Salute Mentale, considerando la sua peculiarità nel costruire uno spazio di collegamento tra l'intervento clinico sanitario, che afferisce al modello medico, e il lavoro territoriale, orientato a finalità sociali, contestuali e comunitarie.

Lo sguardo si rivolge alle strutture residenziali che, pensate in un primo momento come risposta alla chiusura degli istituti manicomiali, rappresentano attualmente i contesti finalizzati alla "riabilitazione" e al "reinserimento sociale", collocandosi ad un livello intermedio tra l'intervento di "cura" medico-psichiatrico e l'intervento terapeutico e sociale. Secondo la definizione normativa a livello nazionale, la "struttura residenziale psichiatrica esplica le funzioni terapeutico riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica (...) per il trattamento di situazioni di acuzie o di fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero" (DPR 14 gennaio 1997). In particolare, questo studio si dedica alle C.T.R.P. come "strutture residenziali" ad "alta intensità assistenziale" (24 ore) e finalizzate ad "un intervento terapeutico-riabilitativo continuativo e prolungato per situazioni patologiche conseguenti o correlate alla malattia mentale" (DPR 14 gennaio 1997).

La marcata eterogeneità delle strutture in ambito riabilitativo (M. Olocco, Festa R., Cottone P., 2010) coinvolge sia la differente distribuzione di risorse a livello territoriale tra i vari Dipartimenti di Salute Mentale, sia le proposte operative delle diverse strutture denominate Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette³. Nella Regione Veneto, i riferimenti normativi fondamentali sono il DGR 1616 del 2008 che definisce i criteri di definizione organizzazione delle strutture nell'ambito della salute mentale, e il nuovo Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" per il triennio 2010-2012, che rappresenta l'attuale prospettiva di cambiamento in termini normativi. In questi testi vengono esplicitati i criteri per definire queste strutture a vari livelli: gli aspetti logistici, l'organizzazione, la distribuzione del personale, gli obiettivi, le finalità, gli strumenti e i tempi di intervento.

Le C.T.R.P. appaiono, tuttavia, caratterizzate da differenti riferimenti teorico-ideologici, modalità organizzative, attività proposte, tempi di intervento, rapporti con il Servizio Sanitario Locale.

Le differenti definizioni e le molteplici pratiche descritte dalle singole strutture, infatti, mostrano manovre interpretative autonome nella descrizione del senso attribuito ai percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale, degli strumenti che favoriscono il raggiungimento di tali obiettivi e degli indicatori di efficacia dell'intervento.

L'eterogeneità che emerge dalle carte dei servizi raccolte per diverse comunità trova correlazione con i differenti presupposti teorici e ideologici dei responsabili dei servizi stessi, non sempre esplicitati nei documenti ufficiali, con la formazione professionale degli operatori coinvolti nelle strutture e con il tipo di gestione che le caratterizza.

³ In riferimento ai risultati del Progetto PROGRES 2000 dell'Istituto Superiore di Sanità Nazionale (G. De Girolamo, A. Picardi, P. Morosini, et al., 2002; A. Picardi, G. De Girolamo, P. Morosini, et al., 2003) e della Ricerca PROGRES Veneto 2006 (Gruppo Ricerca PROGRES Veneto, 2006).

3. *Obiettivi*

A fronte di queste considerazioni, frutto dell'analisi dei documenti normativi e amministrativi nazionali e regionali di riferimento per le C.T.R.P., vengono coinvolti gli attori presenti in questi contesti per approfondire il funzionamento e il senso attribuito ai percorsi in comunità, ma anche per coglierne le criticità e le prospettive di cambiamento.

In una prospettiva interazionista e costruzionista, il metodo etnografico rappresenta lo strumento privilegiato per accedere alla visione della realtà di particolari sottoculture e ai processi specifici attraverso i quali tale visione viene costruita e mantenuta (G. Mantovani, 2008, p.89).

Le definizioni dei servizi riabilitativi psichiatrici e degli obiettivi del percorso in C.T.R.P. trovano, dunque, un significato contestuale al sistema di attività in cui vengono prodotte, per cui "le parole, i gesti, gli artefatti, i generi del discorso, le azioni, le procedure, le argomentazioni usati in un ambiente di lavoro non sono comprensibili se non nel contesto della loro produzione e uso" (p. 80).

L'analisi delle normative e dei discorsi degli attori coinvolti vengono qui considerati come livelli distinti dal ricercatore, ma confluiscono nella scena per configurare una realtà contestuale e molteplice. Nell'interazione discorsiva si colloca la "costruzione del senso" dei sistemi organizzativi (K.E. Weick, 1995), per cui "il discorso è lo strumento principale attraverso cui i membri di un'organizzazione creano una realtà sociale coerente che fa da cornice al loro senso di chi essi siano" (D. Mumby e R. Clair, 1997, p.181).

L'interesse della ricerca si concentra, dunque, sul rapporto tra la normativa e gli attori sociali a supporto di una rilevante trasformazione teorica nelle scienze sociali. L'idea che le norme formalizzate fossero depositarie dell'ordine e che una loro imperfetta applicazione potesse generare confusione nelle pratiche quotidiane viene sostituita dall'attenzione al funzionamento delle istituzioni in relazione alla capacità degli attori di specificare, adattare e reinterpretare i sistemi normativi (A. Fasulo, 2002).

Lo studio, dunque, attraverso gli strumenti di analisi critica del discorso, propone un'integrazione dei discorsi legislativi con quelli degli attori artefici delle definizioni dei servizi di Salute Mentale finalizzati alla "riabilitazione" e "reinserimento sociale".

Le interviste ai "testimoni privilegiati" sono finalizzate ad esplorare le definizioni del "percorso terapeutico riabilitativo" e del "reinserimento" per l'utente di C.T.R.P., dar voce alle criticità degli operatori nello svolgere il lavoro in Comunità o nel promuovere progetti di riabilitazione, comprendere come i responsabili di tali strutture si rapportano con i testi legislativi e amministrativi di riferimento nazionale, regionale e locale.

Questo lavoro rappresenta l'ingresso nei "sistemi di attività"⁴ (C. Zucchermaglio, 2003) che consente di definire il campo della ricerca, individuando e favorendo l'accesso ad alcune Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette, e di costruire gli strumenti di indagine funzionali agli obiettivi delle successive fasi di ricerca.

⁴ Vengono definiti "sistemi di attività situata" le pratiche che caratterizzano un gruppo sociale coordinato per lo svolgimento di un determinato compito finalizzato e contestualmente situato (C. Goodwin, 1997). L' "ingresso nei sistemi di attività situata" è descritto da C. Zucchermaglio (2003) come la prima fase dell' "etnografia di sfondo".

4. Metodo

Come anticipato, i riferimenti teorici e la peculiarità del contesto consentono di individuare nell'approccio etnografico la metodologia più adeguata per questo studio.

L'etnografia rappresenta un metodo essenziale per lo studio dei sistemi di attività situata e degli attori sociali in questi coinvolti. Attraverso le interazioni discorsive gli attori co-costruiscono progressivamente una realtà condivisa e realizzano azioni significative e appropriate all'interno di quella realtà. Questo approccio permette quindi di avere accesso a quei mondi di significati in cui le azioni, le parole, i comportamenti degli "altri" hanno un senso, di catturare la complessità sociale e la peculiarità dei sistemi di attività e di descriverne le pratiche quotidiane di negoziazione (D. Boden, 1994).

La metodologia etnografica, inoltre, colloca l'osservatore in un ruolo attivo e partecipante nel contesto che individua come campo di indagine. Il ricercatore entra a far parte del contesto sociale che è l'oggetto del suo studio, con azioni che gli consentano di partecipare attivamente alle pratiche e interagire con le persone coinvolte nella ricerca. Così "... la 'voce' di chi scrive pervade e situa l'analisi, e la retorica dell'obiettività e della distanza è abbandonata" (J. Clifford e G.E. Marcus, 1986, p. 12).

Le interpretazioni e le definizioni di realtà in questo caso non spiegano i comportamenti degli attori, ma contribuiscono a delineare il quadro di riferimento entro il quale l'azione si situa e può essere compresa. Queste interpretazioni e definizioni sono costantemente negoziate, discusse e confermate per dare forma alla "cultura" inteso come sistema aperto in continuo mutamento (A. Fasulo, 1998).

Come "etnografia di sfondo", questa ricerca prevede una fase di "ingresso nei sistemi di attività" (C. Zucchermaglio, 2003) finalizzata a individuare i contesti critici, concordare i tempi e le modalità di accesso al campo, selezionare i momenti di interazione da osservare. In questa fase vengono coinvolti alcuni attori dei contesti esplorati e vengono confrontati i loro discorsi con quelli normativi e amministrativi con l'obiettivo di favorire l'emergere di criticità e individuare le situazioni specifiche su cui concentrare la fase successiva.

Sono state condotte, quindi, 14 interviste semi-strutturate, differenziate nei contenuti argomentativi a seconda del ruolo dell'interlocutore nel contesto della ricerca. Gli intervistati coinvolti come "testimoni privilegiati" della realtà delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette sono 4 responsabili di Cooperative Sociali che hanno in gestione con progetti di appalto o convenzioni comunità del servizio Ulss, 4 responsabili di C.T.R.P. con differenti ruoli professionali (psichiatra, psicologo, infermiere), 1 responsabile di Unità Operativa del Servizio di Salute Mentale, 2 Direttori di Dipartimento di Salute Mentale, 1 responsabile della ricerca Progress 2006 della Regione Veneto, 1 responsabile del Servizio Tutela Salute Mentale della Regione Veneto, 1 responsabile dell' Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto. Di questi 4 sono anche "testimoni" dei processi partecipativi che hanno condotto alla realizzazione e stesura del DGR 1616 del 2008, un fondamentale riferimento normativo attuale per il panorama delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto.

L'analisi del corpus testuale della ricerca si avvale degli strumenti di analisi critica del discorso ad approccio socio-culturale (N. Fairclough, 1997) e socio-storico (R. Wodak, 1989).

L'analisi dei testi si è avvalsa del software di analisi testuale Atlas-ti.

5. *Analisi e risultati*

I risultati vengono di seguito presentati come considerazioni discorsive che riassumono le differenti testimonianze degli intervistati, dando rilevanza alle sfumature di significato, alle congruenze e alle contraddizioni.

5.1. C.T.R.P.

Dalle risposte degli intervistati a cui viene richiesto di definire le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protetta emergono alcuni aspetti peculiari che descrivono il senso attribuito a tali strutture.

I differenti tipi di gestione delle C.T.R.P. rappresentano un fattore attraverso cui è possibile leggere l'eterogeneità di queste strutture.

La gestione diretta per esempio risponde direttamente ai bisogni dei servizi pubblici e favorisce il lavoro di queste strutture in stretta relazione con gli altri servizi di Salute Mentale.

Numerose altre strutture, invece, si appoggiano in varie forme al privato sociale. Questo tipo di gestione risponde ai bisogni economici del servizio pubblico e offre maggiori risorse di personale e di contatti nella rete della cooperazione sociale sul territorio. Nelle strutture del privato sociale si osserva, inoltre, una maggiore attenzione alla definizione e valutazione del lavoro. Le comunità a gestione privata, infine, mantengono la loro relazione con il servizio attraverso la convenzione economica.

Le comunità si differenziano anche, come già messo in luce, per il luogo che le ospita. Questo aspetto emerge anche dai discorsi degli intervistati. Essi sottolineano come alcuni luoghi isolati e lontani dai servizi di riferimento rappresentano dei "non luoghi", mentre le posizioni in contesti urbani, raggiungibili con mezzi pubblici, consente di mantenere un legame con il territorio che viene ritenuto un aspetto che favorisce il percorso di "riabilitazione" e "reinserimento sociale".

Alcune di queste strutture sono delle vere e proprie case, magari in una zona di campagna, altre sono ricavate all'interno di spazi ospedalieri o in prossimità dei servizi di Salute Mentale.

In quest'ultimo caso *"proprio per la conformità fisica del luogo c'è veramente permeabilità e scambio, nel senso che sai c'è l'utente in crisi basta che praticamente apro una porta e c'è il reparto"*, la comunità si caratterizza, però, come un ambiente ospedalizzato con la quotidiana possibilità di intervento medico-clinico.

Oltre a questi aspetti, i discorsi degli intervistati sottolineano che le C.T.R.P. *"in taluni luoghi sono state delle strutture che servivano a continuare la lunga degenza in situazioni di acuzie, di post acuzie, perché comunque il reparto non poteva accogliere più di tanto e non poteva mandare a casa, in alcuni luoghi sono stati utilizzati come luoghi per rimediare a delle carenze di tipo sociale..questo paziente non sappiamo dove può andare..in altri casi è diventato più un qualcosa di più ricondotto a quello che era proprio il senso ad un luogo che doveva fare terapia e riabilitazione"*.

La C.T.R.P. può essere intesa come *"un luogo da abitare adattato alle esigenze e alle problematiche di chi vi accede"*, infatti è *"la tipologia dell'utente che dà un po' la definizione della C.T.R.P."*. Questi aspetti introducono la necessità espressa di differenziare le strutture secondo il tipo di utenza a cui si rivolgono. Una strategia che alcuni servizi utilizzano, anche in modo non formalizzato, è quella di distinguere le comunità del territorio secondo diverse finalità, da più assistenziale a maggiormente focalizzata su obiettivi di reinserimento sociale, e accolgono utenti che vengono selezionati sia per l'età che le proble-

matiche definite dalla diagnosi psicopatologica. Dove questo non è possibile, i referenti esprimono le difficoltà di lavorare con un target di utenza misto e la necessità di strutturare gli interventi con criteri individualizzati e strumenti specifici per ciascun utente e il suo specifico percorso residenziale.

Da ulteriori stralci di intervista queste strutture *"sostitutive degli istituti manicomiali"* fanno fronte a diversi bisogni dei servizi di Salute Mentale: da una parte la necessità di gestire le situazioni di acuzie oltre o in sostituzione del SPDC, dall'altra di rispondere alle esigenze di assistenza prolungata per un'utenza che non trova altri spazi di riferimento.

Alcune C.T.R.P., infatti, sono caratterizzate come *"una comunità che sta a metà tra il reparto quindi gli SPDC, e le comunità del territorio vero e proprio"*, possono essere strutture *"fortemente ospedalizzate"* che accolgono un'utenza variabile e promuovono tempi di intervento molteplici.

Le C.T.R.P., in questo caso rispondono alle richieste dei servizi diventando *"un contenitore dove si tiene una persona perché non saprei altrimenti che tipo di risposta dare alla famiglia al contesto sociale di riferimento"*.

Il percorso in Comunità è finalizzato a *"contrastare anche tempestivamente l'evoluzione della malattia verso la cronicità e/o la deriva sociale dei pazienti"*, ma anche *"sperimentare la capacità di gestire uno spazio proprio e mediare il rapporto tra il proprio sé e la realtà esterna"*.

In alcuni casi hanno una *"funzione di inserimento breve, per diciamo una fase di gestione di una fase post acuta"*, per cui la comunità *"può avere un significato osservazionale di tipo diagnostico"*, dove la diagnosi è intesa sia dal punto di vista della patologia psichiatrica che rispetto alle *"competenze, abilità, di capacità sociali, di capacità relazionali ..."*.

I tempi di durata di un percorso in C.T.R.P. rappresentano uno degli aspetti più critici da considerare nelle definizioni delle C.T.R.P.. Nonostante *"nella C.T.R.P. ci sia un progetto che abbia una sua possibilità di conclusione"*, in molti casi la mancata definizione di un progetto chiaro, definito e condiviso tra i diversi curanti e con l'utente contribuiscono alla permanenza in comunità anche per svariati anni, con finalità che col passare del tempo si allontanano da quelle riabilitative e di reinserimento, per concentrarsi su un appoggio abitativo per persone che il servizio non riesce a pensare in altri contesti. La *"cronicità degli utenti"*, inoltre, dovrebbe rappresentare un criterio di esclusione per l'inserimento nelle comunità, ma rimane un aspetto di difficile gestione soprattutto per i Servizi invianti.

I tempi di un percorso in comunità vengono definiti con una variabilità che va dai 3-4 mesi per la valutazione/osservazione diagnostica, ai 6 mesi per interventi riabilitativi intensivi, a 1-2 anni nella maggior parte dei casi quando si parla di percorsi residenziali per la riabilitazione e il reinserimento sociale, ai 3 anni e più in situazioni che vengono valutate in modo individualizzato considerando diversi aspetti che riguardano livelli di intervento clinico-terapeutico, sociale, assistenziale.

Queste variazioni, che in alcuni casi si discostano dai riferimenti normativi, potrebbero essere correlate al fatto che *"manca un supporto forte per quanto riguarda la progettualità individuale, quindi una intensiva azione terapeutica riabilitativa"*, ma anche che *"nella psichiatria c'è il problema che, come nell'ambito della psicologia, ci sono scuole di pensiero abbastanza diverse tra di loro, e a ciascuna scuola poi corrispondono modalità operative molto diverse tra di loro"*.

5.2. Percorso di riabilitazione e reinserimento

Quando si parla di *"riabilitazione"* si intende un intervento focalizzato su aspetti terapeutici psichiatrici che hanno a che vedere con la terapia farmacologica e

con la gestione dei sintomi psicopatologici in un percorso di *"consapevolezza della malattia"*. Contemporaneamente vengono messi in atto interventi che mirano ad un obiettivo di tipo riabilitativo, con particolare attenzione alla gestione della quotidianità, lo sviluppo di capacità autonome e la relazione con gli altri.

Un percorso in comunità può essere finalizzato ad *"aiutare la persona a riprendere la propria indipendenza e autonomia"*, ma anche dare *"una scansione dei tempi e una ritmicità alla giornata"*.

Questi aspetti trovano spazio nelle attività strutturate e non strutturate che vengono proposte durante la giornata. Le prime prevedono la presenza di operatori e conduttori, le seconde si giocano negli spazi informali e nel tempo *"libero"* degli ospiti, usati per le uscite, per il bucato, la pulizia degli spazi.

Le attività strutturate sono molteplici e includono sia l'area psicoterapeutica attraverso i *"gruppi terapeutici"* o le *"attività espressive"* sia l'area educativa che include attività di tipo *"occupazionale"* e *"ricreativo"*. Quest'ultime sono descritte attraverso diversi tipi di laboratori in cui agli utenti è chiesto di sperimentare le proprie capacità relazionali (alcuni esempi sono il *"gruppo pallavolo"*, il *"gruppo culturale"*, la *"montagnaterapia"*, i *"laboratori musicali"* e *"artistici"*) e le abilità che sono considerate utili per l'autonomia quotidiana (alcuni esempi sono il *"gruppo cucina"* e *"pulizia degli spazi comuni"*, ma anche i *"gruppi di comunità"* in cui vengono organizzati gli impegni e vengono condivise le proposte per la gestione degli spazi, il *"gruppo uscita"* con l'accompagnamento degli operatori). Agli utenti è chiesto di partecipare a queste attività, pur valutando a livello individuale l'utilità e le difficoltà a prenderne parte. In alcuni casi le attività si collocano nel servizio di Centro Diurno⁵, che può essere negli spazi della comunità o all'esterno, e coinvolgono anche utenti non residenziali del Centro di Salute Mentale.

La riabilitazione può essere favorita attraverso *"il condividere, lo stare insieme, fare delle cose insieme, rispettare gli altri, prendersi cura di sé stessi"*, una particolare importanza viene data, infatti, agli aspetti relazionali che riguardano sia le interazioni tra gli utenti che quelle con gli operatori della comunità. Uno strumento del lavoro riabilitativo è *"un rapporto con gli operatori che li possa aiutare a vedere gli aspetti patologici non come una cosa nativa del mondo, come una cosa immutabile, e i loro comportamenti come una cosa che si può modificare farli vedere farli diciamo sfruttare l'interazione con gli altri"*.

Nei discorsi degli intervistati viene dato poco spazio agli obiettivi di *"reinserimento sociale"*. Alcuni stralci si riferiscono ai rapporti con il *"Servizio di Inserimento Lavorativo"* che favorisce l'inserimento di alcuni utenti in progetti di lavoro, in altri casi si parla di inserimento in Cooperative con il *"lavoro protetto"*. Questo è considerato, tuttavia, un aspetto importante che consente alle persone di costruire nuovi *"ruoli sociali"*, ma anche *"rimanere nel territorio e avere la propria vita dignitosa"*. Le C.T.R.P. non sempre sono responsabili direttamente di questo aspetto, che in alcuni casi demandano come obiettivo ad altri Servizi a cui l'utente può accedere in una fase successiva al percorso in comunità. Per alcuni responsabili questo rappresenta un aspetto critico che viene descritto come una difficoltà di collegamento con il territorio, scarsità di strutture finalizzate all'inserimento lavorativo o di supporto abitativo e carenze nella relazione con i Servizi che hanno in carico l'utente dopo il percorso in comunità.

⁵ Il Centro Diurno viene definito come *"una struttura semi-residenziale con funzioni terapeutico educativo-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico, occupazionale e di gruppo) collocata di preferenza nel contesto territoriale finalizzata a favorire l'integrazione sociale"* (DGR 1616, 2008).

Il percorso di "riabilitazione" e "reinserimento" parte dall'idea che viene costruita nel servizio inviante. Lo strumento privilegiato di tale percorso è il *"progetto individualizzato"* formulato dai curanti con i responsabili di comunità e condiviso con l'utente. Secondo gli intervistati questo *"ha il fine di assicurarne una efficace presa in carico in raccordo dell'intera rete dei servizi sanitari e socio sanitari dovrà essere approvato dal medico psichiatra di riferimento naturalmente"* e consente soprattutto di poter costruire gli indicatori di riferimento per valutare l'efficacia dell'intervento, il raggiungimento degli obiettivi concordati. Gli obiettivi di un percorso residenziale non possono essere perseguibili *"se comunque non sono condivisi anche con la persona stessa"*, ma in riferimento all'eterogeneità dell'utenza che accede alle C.T.R.P. *"non con tutti è possibile farlo comunque perché non tutti i pazienti che arrivano qui hanno questa capacità"*.

La formulazione degli obiettivi del percorso sembrano quindi fortemente correlati sia al rapporto con i Servizi di Riferimento inviati, che definiscono il senso dell'ingresso nella comunità, sia alla valutazione delle capacità dell'utente, che in alcuni casi non è ritenuto in grado di prendere parte alla stesura degli obiettivi del suo progetto terapeutico riabilitativo.

La condivisione tra operatori e utenti di quello che viene fatto è considerato un aspetto importante, per cui *"valutare quelli che sono i loro bisogni e le loro necessità e talvolta può essere scontato a volte no, nel senso che a volte ci può essere un atteggiamento più impositivo"*.

Questo rende talvolta molto difficile il lavoro per gli operatori, che possono trovare nella formazione e nel confronto in équipe gli strumenti e il sostegno, a questo proposito *"il gruppo deve essere molto solido per poter lavorare su queste cose e anche perché non hai una modalità per tutti cioè una modalità per ognuno di loro la devi trovare perché ognuno di loro è diverso, ognuno di noi è diverso e quindi devi trovare, non importa qui se la patologia ti può aiutare grosso modo a capire"*.

5.3. Utente

Gli utenti che accedono ad un percorso in C.T.R.P. vengono definiti attraverso differenti caratteristiche riconducibili a vari livelli di osservazione.

Dal punto di vista clinico sono definiti attraverso le patologie di cui sono esponenti, si tratta principalmente di *"gravi patologie psichiatriche"*, considerate tali per esempio i *"disturbi psicotici"* (soprattutto la *"schizofrenia"* e il *"disturbo paranoide"*) e i *"disturbi di personalità"*.

Dal punto di vista sociale possono essere considerate *"persone che hanno il diritto di abitare, ma non hanno un posto dove farlo"*, vengono inseriti in comunità quindi utenti che *"o non hanno casa o il casino più grosso è proprio con la famiglia, o perché non so ci sono state anche delle emergenze per cui non so, c'è stato un, a casa è morto uno e quindi si trovavano da soli"*. Si parla in questo caso di *"deterioramento familiare"* o *"isolamento sociale"* e *"difficoltà di adattamento"*.

Dal punto di vista biografico il riferimento principale riguarda l'età, che viene definita adeguata in un *range* che va dai 20 ai 45 anni circa, ma possono essere presenti in comunità anche persone con un'età superiore ai 45 anni e con una prolungata *"carriera"* nei Servizi Psichiatrici.

Questo aspetto viene considerato particolarmente critico in una teoria condivisa dagli intervistati che l'efficacia dell'intervento sia fortemente collegata all'età di inserimento, per cui nei casi di età avanzata (oltre i 45 anni) viene espressa la necessità di costruire dei percorsi differenziati, in alcuni casi maggiormente assistenziali, che si possono protrarre più a lungo nel tempo.

Altri discorsi, tuttavia, mettono in luce la presenza in queste strutture di persone che *"non potevano essere messe in manicomio perché non esistevano più come legge"* e descrivono un'utenza difficile da collocare nei Servizi, che trova nella comunità un luogo più o meno *"provvisorio"* per stare.

In generale per pensare ad un obiettivo condiviso del percorso *"l'ospite deve essere consapevole e consenziente"*, ma anche questo ha delle eccezioni legate a quella che è considerata la *"gravità della patologia"*, le possibilità di sostegno familiare, il rapporto con il Servizio inviante.

Durante il percorso si considera che *"nel momento in cui i nostri ospiti vengono inseriti in un contesto diverso, anche i loro comportamenti cambiano completamente"*, per cui diventa possibile *"iniziare a...pensare a... un progetto di vita"*.

Pensando agli utenti oltre il percorso in C.T.R.P. gli intervistati descrivono diverse prospettive, ancora una volta ponendo rilevanza sulla individualità dei progetti per configurare i risvolti futuri.

La prospettiva di uscire dalla comunità conserva la necessità di mantenere un legame con il Servizio Psichiatrico, nella maggior parte dei casi tornando al riferimento inviante, sia per quanto riguarda gli aspetti farmacologici che per quello che viene definito *"sostegno psicologico"*.

In alcuni casi *"c'è l'accompagnamento fuori che può essere o l'abitazione propria o il ritorno in famiglia perché comunque c'è anche gente giovane e o continua appunto la borsa lavoro o trova un lavoro fuori, chiaro che non è che ritorna ad una vita normale tra virgolette come diciamo noi, chiaro è che non ha più bisogno di un'assistenza così forte come quella che può essere una comunità o una C.T.R.P. o in una comunità alloggio, questo è insomma continuerà ad essere seguito dal servizio"*. In altri casi si prospetta l'inserimento in un'altra C.T.R.P. o in una comunità alloggio o in appartamenti protetti, dove proseguono e trovano nuova forma gli obiettivi del percorso riabilitativo e di reinserimento. In altri ancora, però, non è possibile pensare ad una dimissione per cui il soggiorno si prolunga nel tempo e difficilmente si riesce a pensare ad una collocazione alternativa *"perché queste persone qua han trovato un equilibrio che è estremamente difficile da spostare"*.

6. Ulteriori Considerazioni

Dall'analisi delle interviste ai "testimoni privilegiati" si possono individuare altre tematiche peculiari rispetto al campo di indagine. In particolare l'attenzione è rivolta al rapporto con le normative che regolano il lavoro nelle C.T.R.P., gli aspetti critici e le prospettive di cambiamento.

In generale le normative sono considerate *"i requisiti organizzativi e i requisiti strutturali"*, sono *"un punto di riferimento anche per creare un'omogeneità nel definire le strutture, quindi si definisce che cosa quel tipo di struttura, che tipo di obiettivi ha, quali sono i suoi requisiti strutturali, quali sono i suoi requisiti organizzativi e funzionali"*. Esse rappresentano una tutela per gli operatori nel definire *"un senso comune"* del lavoro, ma non sempre sono conosciute e utilizzate.

Alcuni intervistati evidenziano un aspetto critico che riguarda la scelta delle professionalità e del numero degli operatori per le singole strutture, poiché *"la normativa lascia ampi margini di manovra...e quindi le strutture fanno un po' quello che vogliono"*.

In alcuni casi, tuttavia, l'eterogeneità che si osserva tra le varie comunità viene considerata un adattamento *"ai bisogni che avevano i pazienti che sono stati accolti"*, per cui si sostengono i vantaggi di indicazioni poco *"rigide"*.

I discorsi sulle normative fanno riferimento soprattutto al DGR 1616 del 2008, che come già argomentato, nasce con l'obiettivo di definire i *"criteri di autorizzazione e accreditamento"* per tutte le strutture della Salute Mentale, comprese quelle residenziali, dando rilevanza a vari aspetti (gli spazi, il personale, il progetto personalizzato) che non sono presenti in altri riferimenti normativi. Gli aspetti più interessanti di questo decreto si trovano nelle descrizioni del modo in cui è stata costruita. Questa, infatti, rappresenta *"il risultato di un processo di confronto con il territorio quindi noi abbiamo in primo luogo messo in piedi un gruppo di lavoro misto"*, che include i vari attori del sistema (psichiatri, responsabili di cooperative sociali, associazioni e familiari). Questo processo ha portato alla definizione di alcuni *"standard"* per le Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche, a cui le strutture hanno dovuto adeguarsi fino a Dicembre 2010.

In relazione ai criteri espressi nella 1616 e delle criticità emerse negli anni di applicazione del Decreto è stato formulato l'ultimo Progetto Obiettivo *"Tutela Salute Mentale"* della Regione Veneto per il triennio 2010-2012, costruito dagli operatori del settore in modo condiviso. Uno degli aspetti innovativi di questo Progetto è la proposta di utilizzare nuove comunità di tipo *"estensivo"*, dove predomina un intervento di tipo *"sanitario assistenziale"*, per rispondere alle difficoltà di rispettare i tempi di inserimento e la necessità di differenziare l'utenza nelle strutture residenziali.

I tempi di permanenza degli utenti all'interno delle C.T.R.P., come evidenziato precedentemente, sono individuati come una delle maggiori criticità in questo campo.

Un'ultima considerazione riguarda il rapporto con gli altri Servizi della Salute Mentale, ma anche il rapporto con il territorio che ospita le comunità e che dovrebbe accogliere gli utenti dopo il percorso riabilitativo, per cui è importante considerarsi una *"realtà in rete"*, tra i Servizi appunto e con il territorio. In particolare il rapporto con il territorio viene considerato indispensabile, ma anche costoso in termini di risorse e di lavoro. I risvolti dello *"stigma sociale"* sono ancora aspetti su cui i responsabili di queste strutture pensano di dover lavorare perché l'utente possa costruirsi *"un ruolo sociale non solo all'interno ma all'esterno"*, oltre il *"circuito dei servizi psichiatrici"*. Queste criticità si scontrano con la necessità di risorse, soprattutto in termini economici, anche in una regione come il Veneto, che *"ha deciso di investire di più di quanto venga trasferito dallo stato in materia di sanità"*.

Alla luce di queste considerazioni, si ritiene indispensabile lavorare per costruire i maggiori risparmi possibili. Un lavoro nella residenzialità che limiti i tempi di inserimento, i ripetuti ricoveri, l'incapacità di provvedere al proprio sostentamento potrebbe favorire, dunque, un recupero economico da reinvestire nei Servizi per interventi mirati ed efficaci. In quest'ottica potrebbe essere utile, quindi, un lavoro maggiore dal punto di vista territoriale, anche per limitare l'inserimento nelle strutture residenziali, lavorando con i referenti per l'alloggio, ma anche sostenendo le famiglie e i servizi ambulatoriali.

Tra le proposte per l'evoluzione delle C.T.R.P. emerge da una parte l'esigenza di *"continuare a fare... cultura nell'ambito della riabilitazione e della terapia all'interno di comunità terapeutiche, quindi l'obiettivo del Veneto è di fare sempre più cultura in modo che siano sempre più terapeutiche e di avere degli esiti più favorevoli possibili, quindi che i pazienti intanto vengano dimessi, e che non stiano lì sempre per tutta la vita, o per periodi troppo lunghi, che vengano dimessi e possibilmente dimessi migliorati, questo è un po' l'obiettivo insomma, che questo strumento terapeutico così costoso,*

ma anche così potente, sia utilizzato al meglio". Dall'altra parte viene considerata la necessità di "creare una risposta alla cronicità, quindi assistenza a quell'utenza che viene storicizzata all'interno delle strutture che magari sono di intervento acuto, post-acuto e... e creare una realtà per andare ad occuparsi di quei pazienti che tra virgolette sono cronici oramai, da dieci quindici anni, coinvolti nel percorso e non ne escono più".

7. Conclusioni

Come presentato nelle considerazioni di analisi dei testi normativi e amministrativi, emerge dai discorsi degli intervistati un ampio spazio interpretativo, che accoglie diversi livelli argomentativi: gli obiettivi delle strutture, le definizioni dei percorsi di "riabilitazione" e "reinserimento" e degli utenti di C.T.R.P..

Si può considerare che queste strutture non solo si differenzino rispetto a diversi criteri (la gestione, il luogo, gli operatori, le attività), ma che conservino in alcuni casi al loro interno obiettivi e finalità molteplici, talvolta anche in contrasto tra loro.

In generale, le "C.T.R.P." vengono definite secondo i riferimenti normativi, che ne descrivono le peculiarità organizzative e operative come strutture residenziali finalizzate alla "riabilitazione terapeutica e sociale" e al "reinserimento sociale", o rappresentate come la risposta ai bisogni dei Servizi, degli utenti, dei familiari, del territorio, per cui adattabili a diverse finalità. Queste differenti definizioni sembrano essere demandate ai responsabili dei vari Dipartimenti di Salute Mentale territoriali e alle politiche dei Servizi. Gli intervistati collocano queste strutture in un continuum tra l'intervento medico-psichiatrico e quello riabilitativo-educativo; due finalità che possono coesistere, pur mostrando diversi aspetti di contraddizione poiché al prevalere di uno ne consegue necessariamente un allontanamento dall'altro.

Anche secondo le definizioni di "riabilitazione terapeutica e sociale" si evince la presenza di questi due aspetti; si sottolineano infatti i riferimenti alla "terapia farmacologica", la "valutazione diagnostica" e la "consapevolezza di malattia" (riconducibili all'intervento medico-psichiatrico), ma anche all'"autonomia", l'"educazione alla quotidianità" e l'attenzione alla "relazione" (riconducibili all'intervento riabilitativo-educativo). Per quanto riguarda il "reinserimento sociale", invece, le considerazioni mostrano come questo non venga individuato come obiettivo peculiare del percorso in comunità, ma coinvolga anche diversi Servizi e strutture referenti soprattutto delle fasi successive del percorso. Uno degli strumenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi delle C.T.R.P. viene individuato nel ruolo dell'operatore della comunità, in particolare considerando le modalità di interazione con l'utente. Per questo si ritiene indispensabile un lavoro di supervisione e di formazione rivolto alle diverse professionalità coinvolte nelle strutture.

L' "utente" delle C.T.R.P. viene descritto sia dal punto di vista clinico, in riferimento alla diagnosi, sia dal punto di vista sociale, in riferimento al contesto di provenienza; per lui può essere prospettato un ritorno al mondo oltre la comunità, ma questo viene valutato in modo individualizzato, secondo le sue intenzioni, le capacità mostrate e le valutazioni di adeguatezza. Alcuni intervistati sottolineano il criterio della "consapevolezza e condivisione" per accedere ad un percorso in comunità e costruire un percorso riabilitativo, ma anche questo aspetto può variare in relazione a quella che è considerata la "gravità della patologia", le necessità del nucleo familiare e sociale dell'utente, le indicazioni dei Servizi inviati.

Le criticità sottolineano difficoltà nell'attuazione della normativa, che in molti casi trova diverse "eccezioni alla regola" (ad esempio per quanto riguarda i tempi di inserimento), la necessità di costruire rapporti più funzionali ad un lavoro integrato con i Servizi di Salute Mentale e soprattutto con il territorio che ospita le strutture, la complessità nel definire gli obiettivi delle comunità e costruire strumenti per la valutazione degli esiti.

Queste considerazioni, che approfondiscono l'eterogeneità qualitativa del campo di indagine, hanno consentito di definire il campo della ricerca e di costruire gli strumenti di indagine peculiari per i contesti che ospitano le fasi successive della ricerca.

Sono state, quindi, individuate per l'accesso 6 Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette nei territori di Padova, Treviso, Vicenza e Bassano del Grappa. Le C.T.R.P. si differenziano rispetto al tipo di gestione: 2 a gestione diretta, 2 a gestione non diretta con il coinvolgimento del privato sociale, 1 a gestione privata (in attesa di convenzione) di una cooperativa sociale che ha in gestione anche la comunità dell'Ulss territoriale, 1 a gestione privata (convenzionata).

Gli strumenti di indagine etnografica che vengono utilizzati durante l'accesso al campo di ricerca sono una griglia di osservazione partecipante e un'intervista semi-strutturata. L'osservazione partecipante avviene in momenti di attività della Comunità che prevedono l'interazione tra gli operatori, che rappresentano diverse figure professionali, e gli utenti; viene prevista, quindi, la partecipazione ad attività di gruppo "terapeutico riabilitative", occupazionali e quotidiane che si differenziano nelle diverse strutture selezionate, ma anche ai momenti di confronto tra gli operatori e discussione sui casi (ad esempio le riunioni d'èquipe). Questo strumento prevede, inoltre, la stesura di un "diario etnografico" dove vengono raccolte le note di campo. L'osservazione partecipante è finalizzata a cogliere nelle attività formali e informali che scandiscono la vita in comunità le modalità di interazione tra operatori e utenti delle C.T.R.P. che ospitano la ricerca. Anche la realizzazione di interviste semi-strutturate, costruite in coerenza con i presupposti epistemologici della ricerca, rappresenta un atto di interazione che consente di accedere ai significati degli intervistati e alle modalità discorsive attraverso cui configurano realtà.

Prende forma attraverso questi strumenti un'indagine sulle narrazioni e azioni degli attori, che raccontano la scena, socialmente e culturalmente situata, della Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette. Lo sguardo è rivolto alle modalità in cui questi configurano il senso delle "C.T.R.P.", gli obiettivi del percorso in comunità, gli strumenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi, le definizioni di "riabilitazione terapeutica e sociale" e di "reinserimento sociale", la descrizione dell' "utente di C.T.R.P." e del suo futuro oltre la comunità, gli strumenti di valutazione dei risvolti del percorso residenziale.

Bibliografia

- Barbato A. (1998). Psychiatry in transition: Outcomes of mental health policy shift in Italy, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, pp. 673-679.
- Barbato A., D'Avanzo B., Rocca G., Amatulli A. & Lampugnani D. (2004). A study of longstay patients resettled in the community after closure of a psychiatric hospital in Italy, *Psychiatric Services*, 55(1), pp. 67-70.
- Berger P.L., Luckmann T. (1966). *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Boden D. (1994), *The business of talk. Organizations in action*, Cambridge, Polity Press.

- Burns T., Catty J., White S.C., Ellis G., Jones I.R. et al. for the ECHO Group (2009), Continuity of care in mental health: understanding and measuring a complex phenomenon, *Psychological Medicine*, vol. 39, pp. 313-323.
- Clifford J., Marcus G.E. (1986), *Writing culture. The poetics and politics of ethnography*, Berkeley, University of California Press, trad. it. *Scrivere le culture. Poetiche e politiche di etnografia*, Meltemi, Roma, 2001.
- Davies J.P., Heyman B., Godin P.M., Shaw M.P., Reynolds L. (2006). The problems of offenders with mental disorders: A plurality of perspectives within a single mental health care organisation, *Social Science & Medicine*, vol. 63, pp. 1097-1108.
- De Girolamo G. & Cozza M. (2000). Italian psychiatric reform: a 20 years perspective, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, pp. 197-214.
- De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I.R.H., Fioritti A., Morosini P., for the PROGRES Group (2002), Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities, *British Journal of Psychiatry*, vol. 181, pp. 220-225.
- Duranti A. (2007), *Etnopragmatica. La forza nel parlare*, Carocci, Roma.
- Fairlough N., Wodak R. (1997). Critical discourse analysis, in T.A. van Dijk (a cura di). *Discourse as social interaction*, London, Sage, pp. 258-284.
- Fasulo A. (1998), La ricerca etnografica, in Mannetti L., *Strategie di ricerca in psicologia sociale*, Carocci.
- Fasulo A. (2002), Studiare l'interazione sociale: Epistemologie e pratiche di ricerca, in B. Mazzara (a cura di), *Metodi Qualitativi in Psicologia Sociale*. Roma, Carocci, pp. 3-104.
- Fasulo (2003), L'organizzazione del discorso, in G. Mantovani e A. Spagnoli (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp. 73-98.
- Fioritti A. (ed.) (2002). *Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- Foucault M. (2004). *Il potere psichiatrico*, a cura di Jacques Lagrange, trad. Mauro Bertani, Feltrinelli, Milano.
- Goffman E. (1983). *Stigma l'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano.
- Goffman E. (2003). *Asylums*, Einaudi Editore, Torino.
- Goodwin C. (1997), *Il senso del vedere*, Meltemi, Roma.
- Gove W.R. (2004). The career of the mentally ill: an integration of psychiatric, labelling/social construction, and lay perspective, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, pp. 357-375.
- Gruppo Nazionale Progres (2001). Le strutture residenziali psichiatriche in Italia. I risultati della fase 1 del Progetto Progres, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10 (4), pp. 260-274.
- Gruppo Ricerca Progres 2006, *La residenzialità psichiatrica nel Veneto: dalla mappa al territorio*, Atti del Convegno Arzignano, 21 Settembre 2007.
- Harman J.S., Cuffel B.J. & Kelleher K.J. (2004). Profiling hospitals for length of stay for treatment of psychiatric disorders, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(1), 66-74.
- Harré R., G. Gillett (1996). *La mente discorsiva*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Istituto Italiano di Medicina Sociale (1997). *Rilevazione delle strutture e dei servizi psichiatrici pubblici e privati del personale in essi operante al 31.12.1996*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma.
- Jones I.R., Ahmed N., Catty J., McLaren S., Rose D., Wykes T., Burns T. for the Echo Group (2009). Illness careers and continuity of care in mental health services: a qualitative study of service users and carers, *Social science and Medicine*, vol. 69(4), pp. 632-639.
- Mantovani G, Spagnoli A. (2003), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino Itinerari.
- Mantovani G. (2008). *Analisi del discorso e contesto sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Mazzara B.M. (a cura di) (2002), *Metodi qualitativi in psicologia sociale*, Carocci Editore, Roma.
- Mumby D., Clair R. (1997), Organizational discourse, in T.A. van Dijk (a cura di), *Discourse and social interaction*, London Sage, pp. 181-205.

- Olocco M., Festa R., Cottone P. (2010), Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette in Veneto: una ricerca esplorativa sui processi che ne configurano l'identità attraverso l'analisi dei discorsi legislativi e amministrativi, *Narrare i Gruppi-Etnografia dell'interazione quotidiana*, Anno V, Vol. 2.
- Pescosolido, B. A. & Boyer, C. A. (1999). How do people come to use mental health services? Current knowledge and changing perspectives, in A. V. Horwitz & T. L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*, New York: Cambridge University Press, pp. 392–411.
- Picardi A., de Girolamo G., Morosini P., e il Gruppo Nazionale PROGRES (2003), Gli ospiti delle Strutture Residenziali psichiatriche in Italia: Risultati preliminari della Fase 2 del progetto "PROGRES", *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 16, pp. 3-9.
- Pinkney A.A., Gerber G.J., Lafare H.G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client's perspective, *Acta Psychiatrica Scand*, vol. 83, pp. 86-91.
- Rapaport J., Bellringer S., Pinfold V., Huxley P. (2006). Carers and confidentiality in mental health carer considering the role of the carer's assessment: a study of service users', carers' and practitioners' view, *Health and Social Care in the Community*, vol. 14(4), pp. 357-365.
- Salvini A. (2004). *Psicologia clinica*, Uppel-Domeneghini, Padova.
- Santolone M. (1977). *Gli esclusi di stato. Indagine sull'istituzione assistenziale in Italia*, Savelli, Roma.
- Saraceno B. (2002). The WHO World Health Report 2001 on mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 11, 2, 83-87.
- Scheff T.J. (1966). *Per infermità mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Schwartz H., Jacobs J. (1987). *Sociologia qualitativa*, Il Mulino, Bologna.
- SIEP (2001). Osservazioni sulle proposte di legge di riforma della assistenza psichiatrica in Italia, www.siep.it.
- Szatz T. (1966), *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano.
- Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine* 17, 283-289.
- Taylor K.E., Perkins R.E. (1991). Identity and coping with mental illness in long-stay psychiatric rehabilitation, *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 30, pp. 73-85.
- Ware N., Tugenberg T., Dickey B. (1999). An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services, *Psychiatric Services*, vol. 50(3), pp. 395-400.
- Weick K.E. (1995), *Sensemaking in organizations*, Thousand Oaks, Calif., Sage.
- Wodak R., Krzyzanowski M. (2008). *Qualitative Discourse Analysis in the Social Science*, Palgrave MacMillan, New York.
- Zucchermaglio, C. (2003). Contesti di vita quotidiana, interazione e discorso. In G. Mantovani, A. Spagnolli (a cura di), *Metodi qualitativi in psicologia*, Il Mulino, Bologna, pp. 47-72.