

La legge 180 del 13 maggio 1978 ha determinato, sotto la spinta di vari movimenti ideologico-politici e psichiatrici, il superamento della vecchia legge 36 del 14 febbraio 1904 che aveva rappresentato il riferimento normativo dell'organizzazione e gestione degli Ospedali Psichiatrici e aveva sancito il tradizionale convincimento che il disabile mentale fosse un soggetto, certo malato, ma pericoloso per sé e per gli altri, il "folle" inguaribile per il quale era necessario il contenimento e la custodialità.

Con la nuova legge veniva abbandonata questa logica e si dava l'avvio allo smantellamento dei manicomi, anche se le alternative prospettate erano davvero poche e generiche. Ad ogni buon conto, da quel momento, su tutto il territorio nazionale, sono state sperimentate varie forme di Struttura alternativa all'OP e molti psicotici, abbandonato l'Ospedale, vi sono stati inseriti, con l'obiettivo, allora ambiziosissimo, per molti esperti considerato solo "folle" (irraggiungibile) per "folli", di tentare il recupero del "residuo" manicomiale, la riorganizzazione della personalità destrutturata, la ricostruzione di un ruolo sociale funzionante.

Su questa difficile strada di dura sfida alla cronicità si è incamminata anche buona parte dell'intellettualità e della psichiatria di Reggio Calabria che è riuscita a chiudere definitivamente nel 1992 l'esperienza manicomiale. La via alternativa intrapresa è stata la Comunità alloggio di piccoli gruppi di ex-manicomiali per i quali è stato definito un serio processo di riabilitazione. Questo volume nasce dall'esperienza di lavoro in una di queste Comunità, sorta proprio nel momento della chiusura del manicomio, la Comunità alloggio di Via Vallone Petrarà, gestita per la parte dei servizi ausiliari e rieducativi dalla Cooperativa Sociale "Liberò Nocera" di Reggio Calabria.

Sono presentati, pertanto, i piani di lavoro da noi avviati, non senza difficoltà e conflitti di varia natura, per la costruzione di un progetto riabilitativo per soggetti schizofrenici che avrebbe dovuto costituire l'occasione per il recupero delle capacità di autonomia in persone assolutamente dipendenti e passive, ma anche di un nuovo senso di Sé da esplicarsi in un ruolo sociale adeguato.

Seppur liberi da qualsiasi dogmatismo, l'opzione seguita in questo lavoro è stata per l'orientamento cognitivo-comportamentale sia a causa della nostra specifica formazione psicoterapeutica sia per lo straordinario contributo scientifico che questo indirizzo offre, da circa quarant'anni in vari paesi del mondo, proprio alla riabilitazione e al reinserimento sociale dei disabili mentali.

La riabilitazione è, dunque, lo specifico oggetto della nostra attenzione. Con questo termine, però, non intendiamo riferirci a un insieme di pratiche assistenziali e occupazionali, come può essere la semplice ergoterapia, o ricreative, quanto piuttosto al "processo attraverso cui si aiuta una persona disabile, e sotto questo profilo non importa che la disabilità sia fisica o psichica, a fare il miglior uso possibile delle proprie capacità residue in modo da poter funzionare a un livello ottimale in un contesto sociale il più normale possibile" (Bennet, 1978). Da questo punto di vista, l'intervento riabilitativo è un complesso di pratiche multidirezionali di tipo integrato e comprensive, si rivolge cioè a tutti gli aspetti della personalità dell'individuo. Per essere efficace richiede, pertanto, il rispetto di alcuni fondamentali criteri:

- la conoscenza precisa e sistematica delle abilità residue e dei deficit del paziente;
- la definizione di programmi individualizzati di intervento che si fondano sulle effettive capacità del soggetto, indicano le aree della abilità su cui operare e propongono tutta una serie di attività individuali e di gruppo necessarie al raggiungimento degli obiettivi;
- la disponibilità di qualificati operatori della riabilitazione che, pur nell'ambito di un lavoro d'équipe coordinato da psichiatri e psicologi esperti, possiedono specifiche competenze di tipo relazionale e comunicativo e adeguate tecniche operative, sia in fase di osservazione e comprensione della funzionalità dell'individuo sia sul piano degli interventi di modificazione dei comportamenti e di sviluppo delle abilità;
- la realizzazione di un ambiente accogliente e stimolante, funzionale ai fini dell'attuazione dei programmi, sicuro ed empatico, un ambiente che faccia sentire il disabile come appartenente ad un nucleo familiare le cui dinamiche permettono l'espressione e il soddisfacimento dei suoi bisogni.

A queste condizioni, l'intervento da mettere in atto per il recupero delle abilità di autonomia, nel senso più generale del termine, e delle capacità di funzionamento in vari ruoli sociali può risultare veramente sorprendente. È indubbio che, talora, il grado di adattamento sociale cui si riesce a pervenire è piuttosto modesto, specie per quei soggetti di lunghissima permanenza manicomiale e, a maggior ragione, per quelli (oligofrenici, gravi insufficienti mentali, ecc.) che hanno vissuto con gli schizofrenici in OP. Tuttavia però, un trattamento adeguato che, partendo

dagli effettivi prerequisiti posseduti, sappia definire un programma per obiettivi a piccoli passi, può produrre alla lunga buoni risultati in molti ambiti comportamentali e, comunque, ciò che è più affascinante, mai arriva ad un limite che può essere considerato invalicabile. Ogni soggetto, infatti, al di là della disabilità e della stessa età, può sempre evolvere nella capacità di emettere nuovi comportamenti e acquisire più complesse abilità.

Il volume è suddiviso in quattro capitoli. Nel primo vengono presentate le psicosi schizofreniche nell'ambito di un veloce quadro storico che segue l'evoluzione del loro significato e delle cure proposte; sono, quindi, descritti i sintomi clinici della patologia e le più importanti cause che possono oggi spiegarne l'origine e il mantenimento.

Col secondo capitolo si passa alla fase operativa del trattamento del paziente schizofrenico, affrontando uno degli aspetti fondamentali di un intervento efficace che non ha come obiettivo primo il controllo della malattia (livello minimo), ma il recupero di abilità perdute e la modificazione di comportamenti disfunzionali, al fine di pervenire a un ruolo sociale funzionante (livello massimo). In questo capitolo si discute del modo come condurre scientificamente l'osservazione per poter giungere a una precisa valutazione delle disabilità, ma anche delle potenzialità del soggetto schizofrenico.

Nel terzo capitolo si entra nel merito della preparazione e attuazione dei programmi riabilitativi conseguenti all'osservazione sistematica. Nelle nostre intenzioni, esso è il capitolo centrale che permette di comprendere la complessità del lavoro e le diverse variabili in gioco in un intervento strutturato di tipo riabilitativo. Il ruolo dell'ambiente, il piano organizzativo dei rapporti e delle attività, le tecniche operative, il ruolo e la funzione degli operatori costituiscono l'oggetto specifico della riflessione.

Nell'ultimo capitolo, infine, viene descritta l'esperienza della Comunità alloggio di Vallone Petrara, il nostro modo concreto di operare con ex-lungodegenti manicomiali. Pur nell'ambito della comunicazione allargata, costituisce un momento di riflessione che si rivolge, in modo particolare, a tutti coloro che sono stati coinvolti nel progetto riabilitativo per valutare ciò che si è riusciti a realizzare e anche ciò che forse si sarebbe potuto fare e non si è ancora fatto.

A tutti va il ringraziamento per l'impegno profuso e da tutti ci si aspetta lo stesso coinvolgimento emotivo manifestato e la stessa attenzione professionale per un nuovo impulso a proseguire in un lavoro particolarmente complesso, talora stressante, ma sicuramente di grande fascino perché rappresenta la sfida più seria alla cronicità schizofrenica.