



Società Cooperativa Sociale DOMUS COOP ONLUS

Via Allegretti, 14 – 47121 Forlì
Tel. 0543.32852 – Fax 0543.20881 – e-mail: sede@domuscoop.it
Iscr.Reg.Impr.Prov. Forlì Cesena, P.IVA e C.F. 01420020404 R.E.A. 195570
Albo Nazionale Cooperative N. A112557

MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO DOMUS COOP

La Cooperativa opera nell'area sociale sin dal 1982. I modelli inizialmente utilizzati sono stati di natura principalmente esperienziale, considerando come chiave di lettura dell'operato delle equipe un approccio di tipo sistemico (Watzlawick, Beavin, Jackson 1971). Tale approccio risultava in quegli anni particolarmente esaustivo in quanto integrava la dimensione familiare a quella più strutturata tipica di una comunità riabilitativa.

Nel corso degli anni, il cambiamento sociale e culturale al quale è naturalmente seguito uno sviluppo scientifico degli interventi psico-socio riabilitativi, ha portatogli operatori della Cooperativa a riformulare ed adattare le strategie di intervento secondo una logica recovery-oriented (Anthony 1991, 1993) confrontando l'operato interno con i principi della riabilitazione psicosociale che trova le sue fondamenta nella teoria e nei metodi proposti da M. Spivak (1987), e ripresi anche nella dichiarazione di consenso di riabilitazione psicosociale pubblicata dalla WHO nel 1996. Partendo da queste definizioni, il gruppo dell'Università di Boston (Anthony, Farkas, Cohen, Gagne 2003) chiarisce che la mission della riabilitazione psichiatrica è concentrata sull'aumento del funzionamento sociale e lavorativo, tale da rendere le persone con disabilità capaci di svolgere un ruolo valido con successo e soddisfazione nell'ambiente da loro scelto (lavoro, abitazione, scuola, ambienti sociali e ricreativi), richiedendo il meno possibile interventi professionali e continuativi. (Carozza, 2006).

È evidente che avendo accolto in questi anni persone con un alto grado di disabilità e con disturbi molto complessi la definizione di un modello unico è risultato non esaustivo delle diverse sfaccettature delle manifestazioni psico-patologiche dell'utente.

È stato oltremodo necessario in moltissimi casi, dopo la prima osservazione, e accanto alla valutazione clinica, anche guidare e accompagnare le scelte dei pazienti.

Riteniamo infatti, per la nostra esperienza, che il processo di "scelta" possa essere intrapreso solo dopo un lungo percorso di sostegno alla coscienza e alla accettazione della propria identità, capacità reali e attitudini.

In questa logica emerge come la complessità dei disturbi mentali sia una sfida che coinvolge la ricerca e la pratica clinica per meglio identificare le specifiche problematiche che sottendono il quadro clinico di ogni ospite. Gli interventi riabilitativi necessitano quindi di un approccio personalizzato che tenga conto di aspetti transdiagnostici (Holmes et al, 2018) che vedono anche coinvolte figure che costantemente collaborano con l'equipe, quale psichiatra, psicologo e psicoterapeuta.

Pertanto, appare chiaro come la riabilitazione psicosociale non possa essere ristretta solo ad una tecnica. Può essere piuttosto intesa come una strategia complessiva, che opera nell'interfaccia tra l'individuo, la sua rete interpersonale e il più ampio contesto sociale (Barbato, 2006).

Considerando questa logica, il programma terapeutico proposto non può limitarsi all'intervento messo in atto all'interno della residenza ma consideriamo fondamentale un incremento dello scambio tra Struttura Residenziali e Servizi di Salute Mentale che detengono la titolarità del percorso dell'ospite.

Definiti questi presupposti la cooperativa propone e adotta un approccio di tipo multidisciplinare caratterizzato dalla convergenza di più modelli teorici di riferimento integrando interventi di tipo sanitario - riabilitativo ed interventi di natura socio- educativa.

Il lavoro riabilitativo svolto nelle nostre Residenze Sanitarie Psichiatriche è incentrato sulla proposta di trattamenti psicosociali, che come dichiarano le principali evidenze scientifiche in materia (Carozza, 2017) si articolano in programmi per lo sviluppo di competenze che si fondano sui seguenti principi:

- *Trattamento individualizzato: i programmi devono calarsi sulla realtà specifica di ciascun utente;*
- *Focus sulle risorse personali: orientamento degli interventi sulle “abilità intatte” dell’utente;*
- *Focus su ruoli sociali: il principale obiettivo riabilitativo è la performance di ruolo dando importanza al percorso (obiettivi parziali e acquisizione di capacità comunicative, cognitive ed emotive) con possibilità di trasferire le abilità acquisite in contesti sociali esterni;*
- *Coinvolgimento del paziente: “la riabilitazione non dovrebbe essere fatta per i pazienti ma con i pazienti e il parere di coloro che ricevono tale trattamento deve diventare prioritario” (Sartorius, 2007);*
- *Focus sull’ambiente inteso come il valutare di agire sia sull’ambiente (comunità) che sul funzionamento del paziente per facilitare la buona riuscita del progetto;*
- *L’alleanza terapeutica intesa come promozione di un forte rapporto personale tra paziente e operatore atto a sviluppare empatia e un autentico interesse promotore di fiducia, speranza e cambiamento.*

L’attuazione dei programmi terapeutici proposti per i singoli utenti prende avvio dagli obiettivi concordati con il servizio inviante in fase di ingresso e dall’utilizzo di uno strumento di valutazione validato, Honos - Health of the Nation Outcome Scales, (versione italiana – ultima revisione 2008) che, unito all’osservazione dell’utente già dai primi contatti e nei comportamenti della vita quotidiana, fornisce all’equipe informazioni utili nella individuazione delle aree prioritarie di intervento.

L’approccio terapeutico che caratterizza la quotidianità della struttura residenziale è influenzato dai principi teorici del comportamentismo; lavora sui comportamenti con un trattamento articolato in stadi, rinforzi di tipo positivo e negativo, regole e funzioni gerarchizzate (Maria Pia Lai Guaita, 1987). Inoltre, mantenendo il focus sulle competenze sociali propone modelli di apprendimento delle abilità sociali (Lieberman et al. 1986, 2006) al fine di sostenere il soggetto nella riappropriazione di ruoli che gli consentano di vivere con soddisfazione e successo nell’ambiente di vita scelto.

Un intervento infatti solo mirato al recupero di abilità e competenze non risulta completo ed esaustivo, modelli riabilitativi di stampo cognitivo - comportamentale necessitano di un’integrazione con approcci psicoanalitici e sistemici, proposti nel progetto terapeutico individuale attraverso sedute di psicoterapia e supervisione sui casi clinici (J. Sandler e A. M. Sandler, 2009) utili nella lettura delle relazioni che gli utenti sviluppano con gli operatori dell’equipe e tra loro, che permettono all’ospite di sviluppare schemi di riferimento sempre più integrati.

Il lavoro con le famiglie viene considerato importante nella presa in carico dell’ospite e gli studi condotti sul tema concordano sull’utilità del coinvolgimento di familiari e carers nel programma terapeutici; dunque il mantenimento dei rapporti con i familiari e/o le loro figure di riferimento è favorito, valutando le singole situazioni portate dall’ospite.

La cooperativa propone un'ampia offerta di attività riabilitative e di percorsi di educazione e orientamento al lavoro considerati utili occasioni per trasferire le abilità apprese anche in contesti sociali esterni strutturati ma meno protetti.

Bibliografia:

- Alex Kopelowicz, Robert Paul Liberman, and [Roberto Zarate](#) "Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia" *Schizophr Bull.* 2006 Oct; 32(Suppl 1): S12–S23.
- Anthony W., "Recovery from mental illness: The new vision of services researches", *Innovation and Research*, 1, 13-14
- Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne G. (2003), *Riabilitazione Psichiatrica*, Eds, CIC, Milano.
- Anthony W., "Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s", *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 11-23
- Barbato A. *World Psychiatry.* 2006 Oct; 5(3): 162–163.
- Bressi C., Porcellana M., Nocito E.P., *Famiglia e disturbi psichiatrici*. In: Invernizzi G., Bressi C., eds. *Psichiatria e Psicologia Clinica – IV edizione*. McGraw-Hill, Milano, 2012: 561-590.
- Carozza P. "Linee – guida dei trattamenti psicosociali Evidence Based. Verso una visione unitaria della riabilitazione psichiatrica" in *Sestante*, 2017, 4-11
- Carozza P. "Principi di Riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione" *FranAngeli*, 2006
- Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 81(1), 3-21. Guaita M. (1987), *la comunità terapeutica. Origine storiche. Interventi attuali in Italia*. Ed. Universitarie Jaca
- Holmes EA., Ghaderi A., Harmer CJ., Ramchandani PG., Cuijpers P., Morrison AP., Roiser JP., Bockting CLH., O'Connor RC., Shafran R., Moulds ML., Craske MG (2018). *The Lancet Psychiatry*
- Spivak M (1987) "introduzione alla riabilitazione psicosociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento" *Riv. Sper. Fren. CXI*, III pp. 552-524
- Joseph Sandler e Anne Marie Sandler, *Gli oggetti interni, una rivisitazione*, Ed. Franco Angeli, 2009.
- Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civalenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V. e Morosini P. "The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating the outcomes and the severity in mental health services" *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 10, 3, 2001
- R.P. Liberman, K. T. Mueser, C.J. Wallace (1986) "Social Skills Training for schizophrenic individuals at risk for relapse", *American Journal of Psychiatry*, 143 (4), 523-526
- Sartorius N. (2007), *Stigma and mental health*. *Lancet*, 8; 370(9590):810-11
- Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson, *Pragmatica della comunicazione Umana*, Ed. Astrolabio 1971.
- World Health Organization. Division of Mental Health & WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness (1996). *Psychosocial rehabilitation : a consensus statement*.