

LINEE GUIDA PER
L'INTERVENTO PSICOLOGICO
E PSICOTERAPEUTICO
IN RIABILITAZIONE

A cura di

*Antonietta Bozzaotra, Cosimo Castiglione, Beatrice Coletti,
Consiglia Moscatiello, Francesca Scala*

Elenco degli Estensori:

CONCETTA ABATEGIOVANNI, ROSARIA AITORO, MARIOLINA ALTERIO, MILENA ANDREOZZI, CIRO ASCIONE, ANNALISA ASSUNTORE, AMELIA BRANGI, CARLA CAPELLI, ANNALISA CIARDI, FILOMENA CIRILLO, MARIA ROSARIA COMPAGNONE, MARIATERESA COPPOLA, AURORA CUOMO, ROSALIA D'ANDREA, FABIANA D'ANIELLO, MARTINA DE CESARE, ALESSANDRO DE GENNARO, ANTONELLA DELLE DONNE, ALESSANDRO DI MARTINO, VALERIA DI VITO, DOMENICO ERRICO, ROSARIA ESPOSITO, SABRINA ESPOSITO, MARIA STELLA ESPOSITO, ANTONELLA FIORITO, PATRIZIA GIACOMETTI, MADDALENA GIALLAURITO, MARIA GIORDANO, PASQUALE GUARINO, LAURA IACOMINO, LUIGI IOVINO, NATALIA IPPOLITO, ANTONIETTA IUPPARIELLO, ANTONIO LIMONGELLI, FABRIZIA MAGLIULO, FRANCESCA MANCINI, SIMONA MANTOVANO, GAETANO MARRA, PAOLA MIELE, DANIZZA MOLISSO, LINDA MONTESANO, ANNA NAPOLITANO, LIVIA NASTI, CLAUDIA NICOLETTI, GIOVANNA PALMERI, ALESSIA PALUMBO, FIORELLA PARIBELLO, MARIA PATRUNO, GIULIA PERFETTO, IVANA PETRAGLIA, SOFIA PINCI, ROSANNA PISCITELLI, MARIAROSARIA RASTRELLI, GIANLUCA RESICATO, ARIANNA RODRIGUEZ, FEDERICA ROMANO, ROBERTA ROMEO, TERESA SERRAPICA, STEFANIA SILVESTRO, LUCIA SOMMELLA, MARIA TOGA, LUCIA VECCHIO, BRIGIDA VERGONA, AFRODITE VISONE, FARA VOZZA.

Intervenire in Riabilitazione

Le linee guida che qui presentiamo sono il prodotto di un processo durato circa due anni, che ha visto la nostra comunità impegnata ad affrontare uno dei problemi endemici della sanità campana. Rappresentano un punto di arrivo condiviso, frutto di un processo partecipato.

Quando nel 2016 alcuni colleghi posero all'attenzione dell'ordine, ma per meglio dire lanciarono un allarme, sulla condizione in cui venivano erogate in Campania le prestazioni psicologiche in ambito riabilitativo, apparve immediatamente chiaro che si trattava di affrontare il problema non solo sul piano rivendicativo di chi in quel momento rischiava di perdere il lavoro, ma bisognava affrontarlo sul piano politico e culturale.

Bisognava cioè provare a riposizionare l'intervento psicologico nel contesto dell'area delle attività di riabilitazione. Necessario appariva organizzare momenti di confronto tra i colleghi impegnati nello stesso ambito in maniera da far emergere le problematiche comuni e trovare possibili e condivise soluzioni.

Furono organizzate, pertanto assemblee con i colleghi che si occupavano e attualmente ancora si occupano di riabilitazione, di disabilità, di disagio in età evolutiva, che svolgono la loro attività presso centri convenzionati per la riabilitazione.

Il clima delle prime assemblee non fu certo un clima cooperativo e collaborativo, la rabbia per quel che stava succedendo in quel momento non permetteva il confronto e spesso ci si scagliava gli uni contro gli altri perdendo di vista di fatto l'obiettivo principale. L'exasperazione per i continui misconoscimenti del valore del proprio lavoro occupava il posto dello sconforto.

La situazione era molto grave e stavano saltando molte delle consuete procedure con cui fino ad allora erano stati organizzati i programmi riabilitativi in età evolutiva. Tutto in nome di un non meglio definito rientro dal disavanzo finanziario (ricordiamo per i cittadini non campani che la Sanità della Regione Campania è commissariata da ben dieci anni).

Decidemmo di incontrarci con cadenza mensile per provare a dare un senso condiviso a ciò che stava succedendo e allo stesso tempo per provare a stabilire azioni volte ad affrontare i problemi più urgenti.

Furono individuati alcuni aspetti su cui riflettere, lavorare, approfondire e altri su cui costruire una piattaforma per sviluppare azioni di sensibilizzazione dell'opinione pubblica intorno a quanto stava succedendo. Ma cosa stava succedendo? Cosa aveva fatto lanciare un grido di allarme intorno alla riabilitazione? E in particolare cosa aveva preoccupato gli psicologi dell'ambito riabilitativo?

Dal confronto su quanto stava avvenendo nelle varie A.S.L. ci si rese immediatamente conto della presenza di una grande eterogeneità nelle prescrizioni che non garantivano un'assistenza omogenea agli utenti sul territorio regionale. Ad alcuni veniva garantito l'intervento dello psicologo ad altri no. Ad alcuni veniva prescritta la psicoterapia che poteva essere sospesa in maniera arbitraria ad altri no. Alcuni trattamenti ritenuti opportuni non potevano essere effettuati e non se ne capiva il motivo.

Ancora oggi i progetti riabilitativi formulati nei servizi pubblici, dove spesso non è presente il dirigente psicologo per la spaventosa carenza di tale figura professionale negli organici delle ASL sono spesso legati a valutazioni troppo soggettive e poco confrontabili, risentono troppo spesso delle convinzioni di chi prescrive e non hanno criteri definiti e facilmente valutabili.

L'esternalizzazione dell'attività di riabilitazione ai centri convenzionati ha creato non poche disfunzionalità e gli psicologi sono stati a lungo contrattualizzati dai centri di riabilitazione come psicoterapeuti. In effetti, non poteva essere diversamente in quanto per poter svolgere attività in contesti sanitari gli psicologi devono essere in possesso di specializzazione che abiliti alla psicoterapia. Ciò è vero nei contesti di sanità pubblica e in quelli di sanità privata o convenzionata. Nel corso degli anni, però in tali contesti, quell'autonomia professionale propria delle figure dirigenziali sanitarie, è stata sottratta alla competenza psicologica che si è andata appiattendosi sempre più su una dimensione tecnicistica. La psicoterapia lungi dall'essere considerato un intervento specialistico è stato assimilato ad altre prestazioni tecnico-riabilitative.

Tale pratica ha creato nel corso del tempo consuetudini che molto spesso non hanno permesso all'utenza di godere di prestazioni appropriate determinando un lievitare della spesa pubblica. D'altra parte sappiamo bene che la ricerca sugli esiti in ambito psicologico si sta sviluppando lentamente e di recente. Le categorie con le quali ancora si valutano gli interventi vengono individuate in modelli basati su epistemologie riduzioniste che non permettono di valutarne la complessità.

Infine, bisogna riflettere, e non me ne vogliano i colleghi neuropsichiatri infantili con cui in tanti ambiti collaboriamo e verso i quali nutro

grande riconoscenza per il difficile lavoro che svolgono, sul fatto che la Regione Campania si è dotata di Nuclei per la neuropsichiatria infantile e non di servizi di salute mentale in età evolutiva, una scelta culturale volta ad affermare una gerarchia e qualche sudditanza, ma tant'è! Le parole creano mondi e in quello in cui viviamo si usano parole volte a definire patologie e non a promuovere differenze.

Con le linee guida che qui presentiamo vogliamo dare il nostro contributo, come comunità professionale, nella direzione dello sviluppo di interventi con al centro le bambine e i bambini, i genitori e le famiglie della nostra Regione con le loro specificità contribuendo a non farle diventare disuguaglianze.

ANTONELLA BOZZAOTRA
Presidente Ordine Psicologi
Regione Campania

Cenni storici

Il disabile da peccato a persona

Premessa

Quali sono i passi che l'uomo ha compiuto nel corso dei secoli per arrivare oggi a una definizione della disabilità che tenga in considerazione non solo la persona con i suoi limiti ma, soprattutto, con le sue risorse, i suoi bisogni, le sue emozioni, i suoi contesti? Quali sono stati i sistemi di credenze che hanno guidato gli uomini nell'attribuzione di significato alla disabilità e nel modo in cui essi l'hanno rappresentata? Quali aspettative vigevano nel corso dei secoli verso i diversamente abili e le possibilità offerte loro di una eventuale crescente inclusione nei contesti sociali e produttivi? Quali approcci alla disabilità hanno caratterizzato i secoli e quali erano i loro presupposti? Quali risultati si sono ottenuti?

Far precedere gli aspetti più tecnico-riabilitativi attuali al diversamente abile da un seppur breve cenno alla storia della disabilità ed alle sue rappresentazioni sociali nel tempo, può aiutare il lettore ad orientarsi all'interno di un racconto che ha comunque posto le basi per arrivare al modello moderno di approccio. Gli aspetti più tecnici, al momento applicati nei contesti riabilitativi e successivamente descritti, non possono prescindere da quanto accaduto nel passato, sia tenendo conto degli sviluppi della scienza, sia in considerazione dei grandi passi avanti fatti nell'ambito del pensiero umano. Tali aspetti tecnici, allontanandosi deci-

samente dalle passate esperienze, pongono in essere un chiaro confine tra quella che è oggi l'applicazione di metodi scientifici e le vecchie credenze e limiti di pensiero.

Quello che segue non vuole essere un racconto esaustivo di questa storia. Il lettore interessato troverà una iniziale bibliografia atta a fornire una visione generale delle rappresentazioni sociali della disabilità che nel corso dei tempi si sono succedute e che hanno avuto grande rilevanza nel definire modi, metodi e paradigmi interpretativi che sono stati applicati ai vari tipi di disabilità.

La complessità della storia va comunque sempre tenuta in considerazione e qui, in particolare, si dovrà tenere presente che questi stessi approcci – o anche “regimi”, secondo la definizione degli storici – potevano trovare totale o parziale applicazione in relazione alla presenza di molte variabili, quali lo status sociale della persona con disabilità e della sua famiglia, la tipologia di infermità, le superstizioni e credenze che si sono succedute nei tempi, lo specifico credo di un popolo, etc.

Il tentativo di controllo delle persone con handicap ha da sempre caratterizzato i secoli passati, particolarmente nella società europea. Tutt'ora esistono realtà sociali e culturali in cui la disabilità viene spiegata ed approcciata attraverso schemi legati alla superstizione e/o con limitate conoscenze scientifiche.

Questa breve storia introduttiva potrà aiutare a comprendere e meglio valutare i passi fatti in avanti dalla nostra società, che, partendo da una equazione “disabile = peccato”, hanno condotto ad una visione “disabile = persona”. Attualmente le conoscenze scientifiche o le modalità di cura ed assistenza non sono una meta raggiunta, bensì un ulteriore punto di partenza.

Periodo ellenico-romano: il disabile tra estetica del corpo e disprezzo

Durante il periodo ellenico e quello successivo romano, la rappresentazione sociale della disabilità era connotata da un atteggiamento di disprezzo e di condanna che poneva le sue radici in una visione che poi, nei secoli successivi, prenderà il nome di “eugenetica”. Inoltre, poiché i valori di bellezza e forza coincidevano con i concetti di “buono e bene”, ogni imperfezione fisica veniva accostata al male e letta come una sua espressione, veniva interpretata in chiave morale e religiosa e la si faceva coincidere con la colpa e la conseguente punizione divina. Si consideravano, nei fatti, tutte le imperfezioni fisiche come espressione concreta dell’ira degli dei e conseguenza di comportamenti errati agiti dagli uomini che avevano offeso in qualche modo qualcuna di queste divinità.

I presupposti di questa posizione ideologica trovavano terreno fertile nel culto del corpo perfetto, tipico di queste epoche nonché in un primordiale approccio alla selezione della specie, che prevedeva l’accoppiamento solo tra soggetti sani per favorirne la riproduzione. Platone, ad esempio, è considerato tra i primi capostipiti della concezione eugenetica (poi ripresa e sviluppata nell’era hitleriana), ne “La repubblica” (IV sec. A.C.) si esprimeva sostenendo che il principale obiettivo della medicina dovesse essere la cura dei soli soggetti sani suggerendo che *“quanto a quelli che non lo siano, i medici lasceranno morire chi è fisicamente malato”*. Ed è nella stessa opera che il filosofo celebrava la “città ideale”, ovvero la città in cui individui perfetti generavano figli sani e, riferendosi ad un “razionale allevamento umano”, affermava che *“conviene che gli uomini migliori si accoppino con le donne migliori il più spesso possibile e che, al contrario, i peggiori si uniscano con le peggiori meno che si può; e se si vuole che il gregge sia veramente di razza occorre che i nati dai primi vengano allevati, non invece quelli degli altri”*.

Questa idea fu successivamente condivisa anche da Aristotele il quale, nella sua opera "Politica" (VII, 16, 1336b), sosteneva la necessità di una legge che garantisse l'eliminazione di tutti i bambini nati deformati perché considerati inutili. E, dato il legame che la cultura classica stabiliva tra ogni evento imprevisto e la punizione divina, alla disabilità veniva attribuito una funzione sociale che diventava coincidente anche con il "capro espiatorio". In questo modo, quanti sopravvivevano al tentativo di uccisione al momento della nascita (funzionale al mantenimento della purezza razziale), venivano in seguito allevati per essere sacrificati sugli altari in occasione di riti atti ad ottenere il perdono degli dei per eventi naturali funesti (funzione del capro espiatorio).

Anche Seneca fu chiaro rispetto alla sua posizione in merito all'argomento e, al pari dei suoi predecessori, fu deciso nell'esprimere la sua ferma condanna per la disabilità: "*...soffochiamo i nati mostruosi anche se fossero nostri figli. Se sono venuti al mondo deformati o minorati dovremmo annegarli. Ma non per cattiveria. Ma perché è ragionevole separare esseri umani sani da quelli inutili*" (39-40 d.C.)

Però non tutte le disabilità erano intese come appena descritte: questo era vero per quelle fisiche e visibili mentre per la follia o per quelle sensoriali, come la cecità, il destino era completamente diverso.

I folli, infatti, venivano considerati una sorta di ponte che univa gli uomini agli Dei attraverso i loro deliri, per cui si evitava di inimicarsi per evitare reazioni divine. I ciechi, invece, si pensava che potessero "vedere" il tempo futuro, e si attribuivano loro capacità divinatorie.

La disabilità consequenziale a incidenti, guerre, calamità naturali, pur non prevedendo la soppressione fisica del disabile, nei fatti determinava una eliminazione della persona attraverso la sua totale esclusione sociale.

La cultura ebraica non si sottraeva a tali discriminazioni, considerando la disabilità come conseguenza di azioni illecite o vio-

lazioni di tabù e asserendo che le persone affette da deformità non potessero avvicinarsi a Dio né compiere atti od offerte votive.

Ed è nel Vecchio Testamento (Levitico, 21, 16-20) che si legge che il Signore disse ancora a Mosè: *“parla ad Aronne e digli: nelle generazioni future nessuno dei tuoi discendenti che abbia qualche deformità si avvicinerà per offrire il pane del suo Dio: perché nessun uomo che abbia qualche deformità potrà accostarsi: né il cieco, né lo zoppo, né chi ha una deformità per difetto o per eccesso”*.

Con l'avvento del Cristianesimo, la disabilità è interpretata attraverso il concetto della *Pietas*, superando la visione ebraica e quella classica. Nella nuova visione cristiana tutti gli esseri umani sono figli di Dio, anche i disabili. Alle parole del Vecchio Testamento vengono sostituite quelle dei successivi Vangeli che descrivono l'incontro di Gesù con i malati di tutte le tipologie, dando alla persona con disabilità il ruolo di parte integrante della comunità intera. Questo indirizzo interpretativo della disabilità rappresenta una posizione innovativa e rivoluzionaria rispetto alle precedenti. Se fino a quel momento la menomazione era coincisa con il peccato e la colpa degli uomini, ora diventa invece monito per tutti affinché si compiano opere di bene.

Tale visione non diventa però dominante, poiché l'atteggiamento superstizioso e colpevolizzante persisterà fino a tornare prepotentemente in auge con la caduta dell'impero e il sopraggiungere del Medio Evo. E sarà proprio un Papa, San Gregorio Magno, a dichiarare apertamente che *“un'anima sana non troverà albergo in una dimora malata”*.

Il medio evo: il disabile è il peccato

Con l'arrivo del Medio Evo la disabilità torna a essere contraddistinta dallo stigma del peccato, e il disabile è nuovamente messo in relazione a Dio e agli atti vendicativi di quest'ultimo.

Ma se in passato la responsabilità ricadeva su un'intera comunità, in questa nuova visione la colpa è attribuita alla madre, che lo avrebbe generato dopo aver consumato amplessi con forze malfifiche e che quindi avrebbe dovuto essere soppressa insieme al proprio figlio.

Per questo motivo la Chiesa attribuì ai disabili la funzione di monito per la comunità, concedendo loro di girovagare per le città durante le festività religiose. In tale contesto, però, il disabile diventa oggetto di continui soprusi ed umiliazioni per il suo aspetto fisico. Basti ricordare la "gabbia idiota", in cui venivano rinchiusi un maiale e un gruppo di persone con disabilità bendate ed armate di un bastone con il quale avrebbero dovuto colpire l'animale, tra l'incitamento, lo scherno e le risate del pubblico.

Ai cosiddetti folli è invece destinata una diversa sorte non meno dolorosa. Rappresentando essi l'incarnazione di ogni male, venivano imbarcati sulle cosiddette "navi dei folli", cariche di dementi e minorati psichici che venivano abbandonati al loro destino lungo la traversata. Tra i folli erano però annoverati anche gli eretici, i libertini, i delinquenti, i soggetti politicamente scomodi, le donne di facili costumi, i disoccupati, i nullatenenti o i semplici vagabondi.

Con gli anni, in seguito alla diffusione di epidemie di peste e lebbra, si pensò alla realizzazione di luoghi specifici ove riunire i malati, al fine di fornire loro assistenza e impedire il dilagare delle malattie. Tuttavia, con i primi lebbrosari, oltre all'assistenza, però, si definirà anche l'emarginazione del malato dalla società. Tra la fine del Medio Evo e l'arrivo del Rinascimento, cambia l'atteggiamento assunto nei confronti delle persone affette da nanismo, tanto da divenire oggetto di divertimento e svago per i Signori che li accolgono a corte quali giullari.

Nello stesso periodo storico si delinea sempre più l'idea per cui la guarigione dei folli è praticamente impossibile e si comincia

a progettare e realizzare contesti specifici, recintati da alte mura, lontani dalle abitazioni e dalle persone sane, dove relegarli per tutta la vita.

Comincia così a svilupparsi un modello di istituto che più avanti diventerà il manicomio.

Il 1700: il disabile tra scienza e palcoscenico

È solo con l'avvento dell'Illuminismo che la concezione e le idee sulla disabilità subiscono un radicale cambiamento.

Grazie agli sviluppi delle scienze e all'abbandono di qualunque visione che non parta dal senso critico e dalla ragione, la disabilità smette di essere rappresentativa di colpe e di peccati e diventa finalmente un elemento fisiologico. Il malato comincia ora a essere percepito per quello che in realtà è: una persona che soffre e della cui sofferenza bisogna farsi carico con la medicina che studia ed approfondisce il funzionamento del corpo umano e tenta di trovare soluzioni mediche alle problematiche sia fisiche che mentali.

La conseguenza di questo cambiamento di logica è l'apertura di istituti preposti all'assistenza e alla cura degli ammalati ma che ben presto diventeranno famosi per i metodi particolarmente brutali con cui verranno gestiti i ricoverati e le "terapie" qui somministrate.

A Londra, ad esempio, il vecchio ospedale St. Mary Bethlehem, la cui costruzione risale circa al 1200, diviene famoso anche grazie al fatto che oltre l'assistenza verso i ricoverati si aggiunge un aspetto "ricreativo" per i cosiddetti sani i quali, previo pagamento di un biglietto di ingresso, potevano entrare ed osservare "i mostri" rinchiusi in gabbie e così soddisfare le proprie curiosità in merito agli stessi. Qui i pazienti venivano tenuti incatenati al muro con anelli che ne bloccavano le caviglie, le braccia ed in al-

cuni casi anche al collo e la vita, senza alcuna possibilità di movimento o di spostarsi oltre una decina di centimetri dalla superficie del muro e lasciandoli in questo stato anche per interi decenni. Uno dei trattamenti che spesso erano costretti a subire era la "terapia della rotazione" la quale consisteva in una sedia sospesa al soffitto su cui veniva fatto sedere il paziente e che veniva fatta roteare fino anche a 100 giri al minuto con l'obiettivo di procurare forte vomito. L'idea di fondo era che la fuoriuscita di liquidi favorisse una migliore gestione della pazzia.

Nella realtà dei fatti, l'istituzionalizzazione dei disabili, siano essi fisici che mentali, ha una forte componente segregazionista, sia per come le strutture vengono progettate (con alti muri, inferriate alle finestre, porte chiuse a chiave, lontane da centri abitati) sia perché, in parallelo alle cosiddette cure, con esse ci si propone ancora una volta di tenere lontani dai sani gli ammalati che qui sono rinchiusi a vita.

Anche a Parigi il Salpetriere era tristemente famoso per ospitare prostitute, poveri, malati mentali, epilettici, criminali, che qui ricevevano altrettanti trattamenti brutali da parte del personale fino a quando, a metà del secolo successivo, arriveranno figure come Pinel, Charcot che ne cambieranno gli obiettivi e le strategie di intervento, rendendo dunque i trattamenti parzialmente più umani ma pur sempre vincolati alle limitate scoperte del tempo.

Tra i primi filosofi ed esponenti dell'Illuminismo fu Diderot a mettere in discussione le classificazioni nosografiche che fino ad allora distinguevano il sano dall'ammalato e ad andare contro ogni precedente visione delle cose, considerando la disabilità come sintonica con l'imperfezione della natura. Le sue idee, espresse pubblicamente nello scritto "*Lettera sui ciechi ad uso di coloro che vedono*", porranno le basi di un ulteriore cambiamento epocale.

Questo cambiamento però ancora non introduce alcuna responsabilità educativa della società verso il disabile, oltre quella

assistenziale; questo passaggio avverrà qualche decennio successivo ad opera di Itard e come conseguenza del ritrovamento di un ragazzino di undici anni cresciuto isolato da altri umani nella foresta di Aveyron. A questi Itard dà il nome di Victor e opponendosi al suo maestro Pinel, che si era limitato a diagnosticare un "ritardo congenito" incurabile, ipotizza l'importanza dell'ambiente e dei contesti socializzanti come elementi limitanti o favoriti il più armonico sviluppo possibile dell'individuo, dando quindi il via alla nascita della "pedagogia speciale". In questo modo si appoggia il tentativo di normalizzazione del disabile attraverso l'educazione e la sua socializzazione.

Precedentemente lo psichiatra Pinel aveva proposto due strategie di intervento per la cura della malattia psichiatrica: da un lato l'allontanamento del malato dal mondo esterno e dall'altro suggerendo l'applicazione del metodo psicologico con cui *"aiutare i pazienti a non pensare secondo logiche bizzarre ed impegnandoli in altre attività"*.

Questo approccio verrà applicato nella sola prima parte.

Il 1800: il disabile e la produzione industriale

Con il sopraggiungere dell'ottocento e la rivoluzione industriale, un nuovo criterio diventa la discriminante per dividere i sani dai malati: la produttività. In questo nuovo contesto storico solo chi è nella condizione di prender parte in maniera attiva ai processi produttivi è considerato sano, mentre per tutti gli altri si aprono le porte di orfanotrofi, ospedali, carceri, istituti che diventano un vero e proprio sistema di controllo sociale ad opera della borghesia, classe sociale dominante che detta ideali e stili di vita.

In questo modo la disabilità, in qualsiasi sua forma, è ufficialmente "malattia".

A metà di questo secolo, C. Darwin pubblica la sua teoria su "L'origine della specie" (1859), introducendo il concetto di "selezione naturale". Secondo questa teoria, nell'ambito della diversità genetica dei popoli, si ha una lenta ma progressiva modifica delle caratteristiche genetiche tali da permettere la conservazione di quelle che ne favoriscono la sopravvivenza e l'eliminazione di quelle meno vantaggiose alla sopravvivenza.

La teoria di Darwin, che molto velocemente si diffonde in tutto l'occidente, se da un lato produsse una vera e propria rivoluzione intellettuale, dall'altro fu anche travisata in molti dei suoi aspetti e diede vita a una serie di interpretazioni fuorvianti che posero le basi di quello che sarà poi lo sviluppo dell'eugenetica, all'inizio del secolo successivo. Un esempio di tali fraintendimenti è offerto dal lavoro del sociologo inglese Spencer che per primo applica la teoria di Darwin alla società.

Spencer ipotizza che sia la natura a occuparsi di dare spazio ai soli soggetti sani facendo, parallelamente, "piazza pulita" di quelli deboli e ammettendo anche l'intervento umano laddove la natura non riesca ad arrivare. Questa visione prende il nome di "darwinismo sociale". Con tali presupposti ci si avviò verso nuove idee che, strumentalizzando ulteriormente il pensiero espresso da Darwin, favorirono il sostegno a concetti di differenziazione razziale sulla base di caratteristiche proprie dei gruppi etnici (quali il colore della pelle, la provenienza geografica, aspetti morfologici etc.) e si cominciò a ragionare in termini di "razza superiore" e di "razza inferiore".

All'interno di questo clima, l'antropologia razziale e il social-darwinismo diventano forme di profilassi sociale e divengono presupposti dell'eugenetica, ovvero lo studio e l'applicazione di tutte quelle condizioni utili allo sviluppo di una razza di uomini considerati superiori per le loro specifiche caratteristiche, escludendo ogni forma di intervento dell'ambiente o dei contesti so-

ciali sullo sviluppo della persona e facendo prevalere i soli aspetti ereditari e genetici. Se ne deduce che se l'obiettivo di tale approccio era quello di favorire la riproduzione di individui più forti e considerati migliori, la strategia per arrivarci era l'eliminazione di tutte quelle persone portatrici di imperfezioni fisiche e/o mentali, dunque dei disabili e degli ammalati.

Ai primi del '900 sarà lo zoologo E. Haeckel, nel suo libro "Le meraviglie della vita" (1906), a sostenere in modo chiaro e netto la tesi secondo cui è necessaria la soppressione dei bambini deboli, ovvero nati sordi, muti, con patologie croniche, incurabili, idioti, mediante somministrazione di morfina. Si ritorna, in questo modo, alla visione della disabilità già incontrata nel periodo ellenico-romano.

Il 1900: il disabile tra eugenetica e il divenire persona

In Italia gli scienziati dei primi del 1900 non si sottraggono all'influenza delle idee eugenetiche e uno dei primi autori a coglierne e a svilupparne appieno i contenuti è il criminologo C. Lombroso. Questi nel suo lavoro dal titolo "L'uomo delinquente" (1897) sosteneva che l'origine del comportamento criminale era insita nelle caratteristiche anatomiche del soggetto che delinque, e che l'inclinazione al crimine era una patologia ereditaria. Lombroso faceva riferimento a "delinquenti antropologici" o "delinquente per nascita".

A suo avviso tutte quelle persone che avessero particolari caratteristiche fisiche o del volto che si discostassero da una cosiddetta normalità, ad esempio la maggiore larghezza del naso o delle narici, labbra con conformazioni particolari, fronte troppo alta o troppo corta, erano portatori di una indole criminale. Secondo Lombroso, inoltre, la predisposizione al crimine era da considerarsi una vera e propria patologia su base eredi-

taria, e solo verso gli ultimi anni della sua vita prese in considerazione anche altre variabili oltre l'ereditarietà, come l'ambiente e l'educazione. Il criminologo veronese arrivò a definire come criminali interi gruppi etnici e sociali e tra questi anche i portatori di qualche disabilità, inclusi quelli affetti da epilessia perché, secondo lui, ogni criminale soffriva di qualche forma di epilessia. Per tutti questi soggetti, Lombroso sosteneva, dovevano aprirsi o le porte del carcere duro, e dunque la segregazione, oppure la pena di morte.

Nei successivi trenta anni del primo '900, l'eugenetica trova in Hitler il suo massimo sostenitore per quanto riguarda il continente europeo.

È, infatti, la follia nazista che sperimenterà, proprio sulla popolazione disabile, i primi metodi di eliminazione di massa per poi allargarli successivamente agli ebrei, considerati razza inferiore rispetto a quella ariana. Cronologicamente dapprima venne promulgata la sterilizzazione coatta dei disabili, fossero essi ciechi, sordi, epilettici, schizofrenici, ritardati, affetti da malattie congenite etc. Le leggi di Norimberga del 1935 vietarono i matrimoni tra tedeschi ed ebrei, mentre nel 1939 si autorizzò dapprima la soppressione dei bambini nati disabili o con disturbi mentali e poco dopo anche degli adulti, in un continuo crescendo funzionale a mantenere pura la cosiddetta razza ariana.

Dal 1939 al 1947 furono uccise, solo in Germania, 275 mila persone disabili, dapprima internate negli istituti e poi successivamente sopprese. La popolazione fu persuasa dalla propaganda nazista della giustezza di tali interventi di eliminazione di massa, sulla base dei costi di mantenimento che sarebbero gravati sulla collettività e grazie anche ad una intensa campagna di propaganda attraverso la diffusione capillare di film, documentari, mostre, pubblicazioni sull'argomento.

Tale indottrinamento fu così capillare e certosino che sin'anche in un libro di matematica per studenti tedeschi si legge il seguente problema:

Un pazzo costa allo Stato 4 marchi al giorno, uno storpio 5,50, un criminale 3,50. In molti casi un impiegato statale guadagna solo 3,50 marchi per ogni componente della sua famiglia ed un operaio specializzato meno di 2. Secondo un calcolo approssimativo risulta che in Germania gli epilettici, i pazzi etc ricoverati sono circa 300.000. Calcolare: quanto costano complessivamente questi individui ad un costo medio di 4 marchi? Quanti prestiti di 1000 marchi alle coppie di giovani sposi si ricaverrebbero all'anno con quella somma?

In Italia, con il successivo avvento del fascismo e l'ascesa di Mussolini al potere, l'adesione al pensiero eugenetico si afferma con minor forza rispetto alla Germania nazista pur se, nel discorso dell'Ascensione (26 maggio 1927), Mussolini afferma che compito dello Stato è garantire la salute pubblica e che è lo stesso Stato a doversi fare carico di mantenere la razza pura da eventuali imperfezioni. Entrambi gli obiettivi non potevano essere raggiunti senza la collaborazione di medici e psichiatri.

In Italia l'approccio alla disabilità risente dell'enorme numero di invalidi che la rivoluzione industriale prima e la Guerra Mondiale poi lasceranno sul campo. Gli infortuni sul lavoro modificano infatti la percezione della disabilità e si comincia a mettere al centro dell'attenzione la necessità di immaginare una previdenza che si prenda cura dei lavoratori rimasti disabili in seguito alla loro partecipazione all'attività produttiva del paese. La Prima Guerra Mondiale lascerà alle sue spalle un numero incredibile di invalidi, circa 10 milioni di persone in tutta Europa e solo in Italia circa 400.000 persone con menomazioni fisiche a cui si aggiungeranno quelli che in seguito al conflitto hanno perso la salute mentale e sono per questo noti come "scemi di guerra".

Questi grandissimi numeri porranno le basi per un grande cambiamento nella percezione della disabilità che diventerà oggetto di attenzione anche per le arti che la celebreranno e ne faranno, in molti casi, anche un motivo di orgoglio sia individuale che nazionale. Ricordiamo ad esempio uno scritto del poeta Marinetti che sulla prima pagina della rivista *"L'Italia futurista"*, esalta la figura dell'invalido di guerra come valoroso e coraggioso e come una figura da prendere ad esempio e da glorificare. Il poeta, con l'obiettivo di ridare all'estetica del corpo nuovi significati, scrive: *"...Donne, dovete preferire ai maschi intatti, più o meno sospetti di vigliaccheria, i gloriosi mutilati! Amateli ardentemente!... il proiettile è come un secondo padre del ferito. Gli impone il suo carattere. Gli insinua nelle fibre un atavismo di violenza feroce e di velocità incendiaria. Gloria alla pelle umana straziata dalla mitraglia, scopritene lo splendore scabro! Sappiate ammirare un volto sul quale si è schiacciata una stella! Niente di più bello di una manica vuota e fluttuante sul petto, poiché ne balza fuori idealmente il gesto che comanda l'assalto! Donne, amate i ciechi eroici! I loro occhi sono bruciati per aver fissato l'insostenibile sole della gloria italiana! ...gloria al mutilato che oscilla nel passo come se fosse carico del blocco d'Italia che egli strappò all'Austria a costo di portarlo tutta la vita, opprimente, su di una spalla!... Distruggiamo la vecchia estetica simmetrica. Nasce oggi la nuova estetica asimmetrica e dinamica..."*.

Se le parole di Marinetti, esaltano la disabilità conseguente l'eroismo del soldato, parallelamente comincia a prender forma l'idea di una previdenza sociale e di assicurazioni che mettano in campo interventi di sostegno per quelle persone in stato di bisogno e portatori di menomazioni fisiche. Si ha così la nascita di associazioni di categoria come l'Associazione Invalidi e Mutilati di Guerra o l'Associazioni dei sordomuti.

Con il successivo avvento del fascismo e l'adesione ai principi eugenetici, pur se con minor aggressività rispetto all'alleato tedesco, anche in Italia si riapre il dibattito intorno alla necessità di preser-

vare la razza pura dalle contaminazioni possibili e conseguenti la presenza dei disabili. In particolare è la disabilità fisico-motoria a turbare gli animi e, nell'immaginario collettivo, sopravvive il binomio disabile uguale a soggetto antisociale. Per questo motivo si assiste a un vero e proprio investimento sulla scienza ortopedica che assolve ora una funzione medica, sociale ed umana con l'obiettivo primario di *"intervenire in tutti quei processi che interessano la statica ed anche l'estetica umana nella eliminazione delle brutture fisiche che rendono ripugnante l'individuo a sé e agli altri"*. Queste parole, pronunciate nel discorso al Senato il 23 Maggio 1932 dall'onorevole Alessandro Guaccero (Cit. Schianchi, 2012) da un lato pongono le basi per programmare interventi di sostegno ed assistenza alla disabilità, dall'altra esprimono con chiarezza la visione lombrosiana. L'onorevole, quindi, considera *"tutti i pericoli che derivano dai riflessi che ogni deformazione esercita sulla psiche dell'individuo, causandone lo allontanamento dal consorzio umano, facendone un antisociale, un malinconico, un triste e spesso anche un perverso. Quanti mali, quanti delitti maturano nell'animo di chi si sente uno schiacciato, un inabile, un essere inferiore! (...) il resto è là, nei trivi, nelle bettole, nei bassifondi, e dove i suoi istinti cercano armarsi per rifarsi con il delitto, del delitto del quale si ritengono vittime. E la cronaca, talvolta anche la storia, narra i fasti di questa tendenza a delinquere, che spesso ha i suoi epiloghi tragici e sanguinosi"*.

Durante il ventennio fascista, dunque, nascono istituti ortopedici e scuole professionali per disabili al fine di favorire una sempre maggiore capacità produttiva di chi vi accedeva. Pur se ancora caratterizzati da un approccio evidentemente lombrosiano, con l'apertura di queste nuove strutture si riconosce al disabile una funzione all'interno della società e, con l'affermarsi sempre più crescente della pedagogia speciale e gli sviluppi della ricerca scientifica, si cominciano a vedere anche i primi interventi migliorativi sul piano clinico-sociale-relazionale che daranno origine alla riabilitazione come oggi è conosciuta.

Interventi

Premessa

Le presenti Linee Guida si pongono l'obiettivo di fornire raccomandazioni per l'organizzazione dell'intervento dello Psicologo/Psicoterapeuta in Riabilitazione.

Sono state redatte partendo dalla letteratura scientifica e dalla pratica clinica e professionale svolta da Psicologi/Psicoterapeuti nei Centri di Riabilitazione della Campania, concordando pienamente con quanto già contenuto nelle Linee Guida Nazionali della Riabilitazione (LL.GG., 1998) e nelle Linee Guida della Riabilitazione della Regione Campania (2003).

Le "Linee Guida per l'intervento psicologico e psicoterapeutico in riabilitazione in Campania" sono state sviluppate nel rispetto dei principi etici, delle regole deontologiche professionali previste per la figura dello Psicologo e dello Psicoterapeuta e del valore sempre più aggiunto e riconosciuto alla suddetta pratica professionale.

Intervento riabilitativo e psicologia: analisi della situazione attuale

Nel corso di questi ultimi anni si è assistito a una profonda rivisitazione critica dei concetti che investono le scienze legate alla

Persona e nuovi concetti, mutuati da diversi ambiti di ricerca, sono stati introdotti anche in ambito riabilitativo.

Si è partiti da un concetto di "riabilitazione" che prevedeva un intervento esclusivo sul corpo della persona per poi gradualmente giungere a una visione bio - psico - sociale della stessa, includendo gli aspetti psicologici, sociali, ambientali e relazionali.

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in una assenza di malattia o d'infermità (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948).

La condizione di salute di una persona è il risultato globale di influenze reciproche tra fattori interni (fisici e psichici) e fattori esterni (contestuali).

Da ciò se ne deduce che uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale può essere raggiunto solo se l'individuo o il gruppo risultano in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente o adattarvi.

Tale riformulazione del concetto di "salute" ha gradualmente consentito una riformulazione anche del concetto di "disabilità" oggi definita come un continuum logico in cui si realizza il funzionamento umano ed in cui si deve tenere conto sia delle menomazioni che dei loro esiti nell'interazione della persona con il contesto.

Il concetto di "disabilità" va, quindi, ben oltre una mera condizione di svantaggio sociale.

Da qui la necessità e l'importanza di analizzare la disabilità facendo riferimento ai molteplici aspetti che la denotano come esperienza umana universale, con la quale tutti gli individui potrebbero ritrovarsi a vivere nel corso della propria esistenza e che va quindi compresa in maniera complessa tenendo conto delle diverse prospettive da interconnettere.

La disabilità non è più considerata solo un deficit, una mancanza a livello organico o psichico, ma anche una condizione che va oltre la limitazione.

Un'analisi sempre più dettagliata delle possibili conseguenze anche sociali della disabilità ha permesso poi di avvicinare con umanità e rispetto la condizione dell'individuo con disabilità, modificando la prospettiva culturale e quindi spostando gradualmente l'attenzione dal sintomo funzionale all'interazione della persona con l'ambiente (ICF, 2001).

Nel 2006 l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato la convenzione sui diritti delle persone con disabilità, definendo come il raggiungimento della condizione di salute si ottenga anche attraverso la soddisfazione dei diritti umani e di come ciò debba avvenire in particolare per le persone con disabilità.

L'analisi delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo porta a evidenziare non solo come le persone convivano con la loro patologia, ma anche cosa è possibile realizzare per migliorare la qualità della loro vita.

La riabilitazione, quindi, è anch'essa intesa come *“un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative”* (Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania, 2003).

L'inscindibile unità tra la componente fisica e psichica della persona si rende ancora più evidente di fronte alla malattia o i disagi che rendono necessari l'intervento riabilitativo, richiedendo perentoriamente un approccio globale al paziente in ambito sanitario e tenendo in considerazione gli aspetti sociali della disabilità.

L'OMS, attraverso l'ICF, propone dunque un modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona, normodotata o diversamente abile.

L'approccio integrato della classificazione si esprime tramite l'analisi dettagliata di tutte le dimensioni esistenziali dell'individuo, che vengono poste sullo stesso piano e senza distinzioni

sulle possibili cause. Tale analisi porta ad evidenziare non solo come le persone convivono con la loro patologia, ma anche cosa è possibile realizzare per migliorarne la qualità di vita.

Ogni intervento riabilitativo non può quindi prescindere da una multidisciplinarietà delle figure che operano alla realizzazione di un percorso volto a garantire un miglioramento sostanziale della qualità di vita della persona attraverso il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- l'evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- la necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale delle malattie cronicodegenerative, riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione;
- la possibilità di reperire formule facilitanti alternative;
- la possibilità di agire sui fattori contestuali **ambientali** che limitano e/o favoriscono il funzionamento della persona agendo sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulle sue capacità di eseguire compiti, sul funzionamento e sulla struttura del corpo;
- la possibilità di intervenire sui fattori contestuali **personali** che limitano e/o favoriscono il funzionamento della persona agendo sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulle sue capacità di eseguire compiti, sul funzionamento e sulla struttura del corpo.

La riabilitazione è pertanto una prassi complessa che deve coniugare la specificità degli interventi, la dimensione relazionale e le condizioni "ecologiche" in cui deve avvenire.

Il tutto sia per il rispetto del paziente sia per l'efficacia del processo riabilitativo proposto.

Lo Psicologo: ruolo e funzioni nel contesto riabilitativo

L'articolo 1 della Legge n. 56 del 18/02/1989, che istituisce la professione di Psicologo, definisce gli ambiti e le modalità di intervento dello stesso nei vari contesti in cui è coinvolto, stabilendo che: *“La professione di Psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito”*.

L'ambito riabilitativo quindi rappresenta uno dei contesti elettivi in cui lo Psicologo/Psicoterapeuta esercita la propria competenza clinica e la propria professionalità, come previsto e garantito dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 (*“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”*, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, capitolo IV).

Lo Psicologo/Psicoterapeuta della Riabilitazione in Campania svolge attività sanitaria al servizio del SSR attraverso l'erogazione delle prestazioni previste sin dall'istituzione dei Centri di Riabilitazione e il loro accreditamento con il SSN. Lo Psicologo/Psicoterapeuta della Riabilitazione in Campania collabora alla *“presa in carico globale”* della persona portatrice di disabilità e della sua famiglia, nel pieno rispetto delle direttive della L.11 (1984), ex art.26 (L.833/1978) e della L.104/92 (*“Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicaps e per l'inserimento nella vita sociale”*), nonché delle *“Linee Guida per le Attività di Riabilitazione nella Regione Campania”* (Maggio 2003), in linea con quanto già previsto dai LEA (2017, capitolo IV) per l'attivazione di *“percorsi assistenziali integrati”*.

Disabilità ed intervento psicologico in riabilitazione

1. Lo Psicologo e lo Psicoterapeuta nel continuum assistenziale riabilitativo

La nascita di un bambino con disabilità e/o il momento della scoperta del disturbo sono un fenomeno dirompente all'interno del ciclo di vita di una famiglia, tale da produrre una crisi di ampia portata. L'evento si connota come altamente stressante (Harris, Boyle, Fong, Gill, Stanger, 1987) e l'impatto sul nucleo familiare varia a seconda di molte variabili, tra cui la natura e la gravità della disabilità. Tali variabili determinano le sfide e i compiti che la famiglia di un soggetto con disabilità affronta all'interno di un processo particolarmente complesso volto all'accettazione del problema e all'elaborazione di un progetto (Bicknell, 1983).

La medicina riabilitativa ha instaurato una collaborazione sempre maggiore con la Psicologia, riconoscendola nel tempo come "soggetto" indispensabile nella stesura e realizzazione del Progetto Riabilitativo attento alle esigenze del singolo, della famiglia e dei gruppi. E, data la sua specificità, è proprio la Psicologia la scienza che partecipa e contribuisce alla realizzazione di un intervento di tipo bio - psico - sociale nel quale si effettuano anche le valutazioni dei bisogni e la pianificazione personalizzata dell'attività riabilitativa. Ciò avviene attraverso il coordinamento di un'azione organizzata tra lo Psicologo/Psicoterapeuta, i medici specialisti implicati nel processo riabilitativo, i terapisti della riabilitazione, tutte le altre figure professionali che ruotano intorno al soggetto ed eventuali altre agenzie.

Lo Psicologo/Psicoterapeuta, dunque, nel processo riabilitativo sostiene sia le attività **sanitarie** e sia le attività **sociali** di riabilitazione, agendo sia sui fattori contestuali **ambientali** che sui fattori contestuali **personali** (ICF, 2001).

Le attività sanitarie definiscono “*gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a portare il soggetto, affetto da menomazioni, a contenere o minimizzare la sua disabilità, ed il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, e lavorativo, scolastico e sociale*” (Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania, 2003)

Le attività sociali di riabilitazione comprendono “*tutte le azioni e gli interventi finalizzati a garantire al disabile la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere la condizione di disabilità*”. (Linee Guida per le Attività di Riabilitazione in Regione Campania, 2003)

Le attività di riabilitazione, basate sull'analisi dei fattori contestuali ambientali e personali, comprendono tutte le azioni e gli interventi volti a valutare le influenze esterne (caratteristiche del mondo fisico e sociale, in cui le persone vivono e conducono la propria esistenza, e degli atteggiamenti), nonché le influenze interne (caratteristiche proprie della persona), analizzandone l'impatto facilitante o ostacolante su funzionamento e disabilità, concepiti come un'interazione dinamica tra le condizioni di salute (malattie, disturbi, lesioni, traumi, ecc.) e i fattori contestuali della persona stessa.

Le attività sanitarie e sociali di riabilitazione, così come quelle basate sull'analisi dei fattori contestuali ambientali e personali, richiedono la “presa in carico globale” della persona mediante la predisposizione di un *Piano Assistenza Individuale* (PAI - Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, gennaio/2017) ovvero di un *progetto riabilitativo individuale* (PRI).

Lo Psicologo/Psicoterapeuta in Riabilitazione è quindi la figura che effettua interventi multidimensionali (individuo, fami-

glia, scuola, territorio) in ogni fase del processo riabilitativo (diagnostico, progettuale, di verifica) secondo un approccio che trova radici in una formazione specificamente psicologica, adattando il proprio approccio teorico e metodologico al contesto riabilitativo in cui è chiamato ad operare, nel rispetto della propria autonomia.

2. Progetto Riabilitativo Individuale

Nelle Linee Guida della Riabilitazione della Campania è previsto che l'equipe multidisciplinare prenda in carico globalmente ogni paziente afferente ai Centri di Riabilitazione in Convenzione con il SSN, attraverso un approccio centrato sui problemi, i bisogni, le risorse e le possibilità della persona stessa, elaborando così il Progetto Riabilitativo Individuale o definendo il Piano Assistenziale Individuale, che si basa sia sull'analisi delle difficoltà e i bisogni della persona che sull'individuazione di risorse ambientali e territoriali.

Tale condizione iniziale potrà quindi garantire un programma di trattamento riabilitativo e/o assistenziale che sia sinergico e produttivo di risultati che vadano ben oltre la semplice sommatoria di prestazioni offerte da ogni operatore singolarmente.

3. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta nel PRI

Nell'ambito del PRI lo Psicologo/Psicoterapeuta concorre, per quanto di sua competenza, nella valutazione dei bisogni e delle risorse dell'individuo e della famiglia, nella progettazione dell'intervento riabilitativo, monitora il processo di riabilitazione.

Lo Psicologo/Psicoterapeuta effettua diagnosi psicologica, familiare, clinica attraverso diversi strumenti quali il colloquio clinico, l'osservazione e la somministrazione di test psicodiagnostici.

Indica percorsi di assistenza e cura del disagio psicologico e dei problemi psicologici connessi a patologie organiche e/o psicosomatiche, alla responsabilità di coppia, al disagio evolutivo e

familiare, ai problemi connessi all'ambito relazionale, lavorativo, sociale e di comunità.

Tali attività sono state storicamente svolte dallo Psicologo/Psicoterapeuta all'interno dei Centri di Riabilitazione della Campania sin dalla loro istituzione, andando a sopperire alla mancanza di personale nei contesti ASL.

4. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta in ambito Ambulatoriale Riabilitativo

In ambito ambulatoriale/riabilitativo lo Psicologo/Psicoterapeuta accoglie i bisogni di tipo psicologico dei pazienti in riabilitazione e/o della coppia genitoriale e/o dell'intera famiglia dei pazienti minorenni attraverso un'attività preventiva, di cura o anche attraverso interventi di rete (ASL, Servizi Sociali del Comune, Strutture ospedaliere di I e II livello, Tribunale dei Minori).

L'intervento diretto di riabilitazione psicologica si occupa del disagio emotivo conseguente all'evento disabilità del paziente e delle eventuali ricadute psicologiche individuali e/o relazionali che ne derivano.

Gli interventi dello Psicologo/Psicoterapeuta in ambito ambulatoriale riabilitativo comprendono:

- Valutazione psicologica (Assessment) orientata alla diagnosi in età evolutiva attraverso:
 - ✓ Il Colloquio clinico che è lo strumento d'elezione per lo Psicologo, funzionale alla raccolta e all'organizzazione dei dati socio-anagrafici, alla valutazione dei bisogni del minore e/o della famiglia, attraverso l'anamnesi fisiologica e patologica remota del bambino, l'anamnesi e la storia familiare.
- Il colloquio clinico si basa espressamente sulla relazione tra il professionista e la persona e mira a un obiettivo ben più ampio della mera raccolta di informazioni. *“Un colloquio clinico è un incontro tra una persona che soffre e cerca aiuto e un'al-*

tra che si suppone in grado di fornire aiuto e cui è richiesto qualcosa di più del semplice ascolto” (MacKinnon e Tudosky, 1986);

- ✓ L'Osservazione diretta del bambino
 - ✓ L'eventuale Valutazione Testologica, con la somministrazione ed elaborazione di test di livello (o di efficienza), di personalità, di schede di valutazione delle competenze e delle capacità di adattamento (Check List), con stesura di relazione conclusiva;
 - ✓ Il Colloquio di Restituzione con i genitori o i caregiver del minore
- Osservazione partecipante nei vari contesti riabilitativi;
 - Attività di consulenza psicologica;
 - Sostegno psicologico rivolto al minore, supportandolo nel processo di comprensione delle proprie difficoltà, aiutandolo a definirle in modo più chiaro, accrescendone la consapevolezza e facilitandogli il ricorso alle proprie risorse personali, potenziando i punti di forza, sviluppando la motivazione e le capacità di adattamento. Tra gli obiettivi del sostegno psicologico ricordiamo lo sviluppo di risorse personali, lo sviluppo di strategie di problem solving, lo sviluppo del senso di autoefficacia, l'aumento della motivazione e delle capacità di adattamento (rilevabili anche attraverso la somministrazione di strumenti specifici pre e post trattamento indicati nel PRI) e la modifica di atteggiamenti disfunzionali.
 - Sostegno psicologico alle famiglie del paziente minore e/o attività di parent training, al fine di ridurre lo stress genitoriale presentato già durante la fase di presa in carico o poi rilevata in itinere, anche attraverso l'eventuale somministrazione di strumenti specifici pre e post trattamento indicati nel PRI.

Tra gli obiettivi ricordiamo: il sostenere la genitorialità, anche attraverso un lavoro sui vissuti dei genitori (ridurre sensi di colpa, colpevolizzazione dei bambini, attribuzioni di significato); la pro-

mozione di una comprensione delle difficoltà vissute dal figlio (scolastiche, emotive ecc.); l'acquisizione o il potenziamento di strategie educative funzionali.

- Pratica psicoterapica: nei progetti riabilitativi individuali del minore con disturbo del neurosviluppo e patologie neuropsichiatriche dell'età evolutiva, la pratica psicoterapica oscilla costantemente lungo l'asse del continuum supportivo - espressivo a seconda delle necessità del paziente nei vari momenti del percorso riabilitativo per favorire/mantenere la necessaria compliance del soggetto e della famiglia nell'azione sui fattori contestuali ambientali e personali facilitanti o ostacolanti il perseguimento e il raggiungimento degli obiettivi previsti dalle attività sanitarie e sociali.

La pratica psicoterapica prevede le attività di:

- ✓ Psicoterapia Individuale. Tra gli obiettivi: remissione totale o parziale dei sintomi che producono sofferenza o disagio, eventualmente rilevata anche attraverso la somministrazione di strumenti specifici pre e post trattamento indicati nel PRI; modificazione dei modelli di comportamento disfunzionali; miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali; acquisizione o miglioramento delle capacità di gestione delle situazioni di stress; facilitazione e sostegno della crescita personale del paziente.
- ✓ Psicoterapia Familiare. Tra gli obiettivi: cambiamento funzionale delle dinamiche comunicativo-relazionali intrafamiliari; riduzione dei fattori di vulnerabilità familiare che ostacolano lo sviluppo; rinforzo dei fattori di protezione rilevati da somministrazione di strumenti specifici pre e post trattamento indicati nel PRI.
- ✓ Psicoterapia di gruppo;
- Progettazione e pianificazione integrata e personalizzata di strategie funzionali - e di qualità - al raggiungimento dell'out-

come atteso, sulla base dei dati emersi dai processi precedentemente descritti che sostengono il progetto riabilitativo integrato e concertata con gli specialisti di area medica e i terapeuti della riabilitazione afferenti al team riabilitativo;

- Conduzione di attività d'intervisione con le figure dell'equipe riabilitativa e/o del team riabilitativo, impegnate nell'attivazione e nella verifica del raggiungimento di obiettivi a breve, medio e lungo termine definiti nel progetto riabilitativo integrato;
- Incontri di confronto, monitoraggio e condivisione realizzati con le insegnanti di classe e di sostegno di riferimento per il paziente minorenne.

5. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta in ambito Semiconvitto Riabilitativo e nella RSA

Nella Delibera n. 2006 del 5 novembre 2004 vengono stabilite le Linee di Indirizzo sull'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della Legge regionale n. 8 del 22 aprile 2003 dove l'articolo 1, stabilisce che le *"Residenze Sanitarie Assistenziali e i Centri Diurni concorrono, insieme all'assistenza domiciliare integrata e alle altre funzioni sociali e sanitarie, alla realizzazione, sul territorio regionale, della rete di servizi sociosanitari a favore delle persone anziane, dei cittadini affetti da demenza in condizione di fragilità e dei cittadini affetti da gravi disabilità"*. In tali residenze, oltre a percorsi riabilitativo/assistenziali di natura più strettamente medica, il soggetto è posto al centro dell'attenzione dell'equipe multidisciplinare nel tentativo di strutturare ambienti, attività ed interventi che favoriscano il più possibile condizioni di vita ispirate a quelle godute dagli Ospiti presso le proprie abitazioni o domicilio.

Nelle **RR.SS.AA.** per disabili sono dunque erogate, come previsto dalla L.R.n.8/2003, oltre all'assistenza medica, correlata alla tipologia e allo stato di gravità degli utenti ospitati dal presidio, e

all'assistenza infermieristica e dietologica, anche l'assistenza psicologica e tutelare, per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e del grado di autonomia della persona, e la assistenza riabilitativa volta al mantenimento delle abilità presenti ed alla prevenzione terziaria. Al suo interno quindi la figura dello Psicologo/Psicoterapeuta opera ad ampio raggio la propria competenza psicologica, concorre sia con gli addetti alla riabilitazione neurofisiomotoria sia con l'Assistente Sociale e con le altre figure professionali, alla organizzazione di tutte le attività ricreative, socializzanti ma anche autonomizzanti e riabilitative, funzionali al mantenimento delle abilità cognitive, relazionali, sociali. Nelle RR.SS.AA., come nel contesto ambulatoriale riabilitativo, lo Psicologo/Psicoterapeuta si fa carico di mantenere attiva la circolarità delle informazioni nel sistema di cui l'Ospite è parte, per favorire un incremento continuo della sua qualità di vita e il recupero, in relazione alle possibilità legate al quadro clinico, delle sue potenzialità e risorse interne. L'attenzione dello Psicologo/Psicoterapeuta è rivolta anche al mantenimento di un contesto che faciliti il più possibile un vissuto domestico dei luoghi ospitanti, alle buone relazioni tra i pazienti, a quelle tra le altre figure professionali e tra queste due. A tal fine egli rivolge il suo intervento psicologico anche all'interno del sottosistema costituito dal personale coinvolto nelle attività riabilitative e di assistenza alla persona favorendo una sempre migliore comunicazione possibile, intervenendo nella prevenzione/risoluzione del burn out, fornendo consulenze individuali e/o di gruppo.

Il trattamento in regime di **Semiconvitto** viene previsto e prescritto per tutti quei pazienti che si possono giovare di un intervento di ricovero diurno e non hanno bisogno di ospitalità di tipo alberghiero sulle 24 ore. Esso è indicato per le patologie progressivamente ingravescenti che non possono essere assistite con interventi brevi ed intensi e che prevedono una presa in carico

multidimensionale del paziente con azioni che consentano allo stesso di poter essere sostenuto nel momento di ritorno nella società con interventi di tipo psico-sociale (L.R. n 8/2003).

Nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria semiresidenziale vengono garantiti interventi terapeutico-riabilitativi e socio-assistenziali intensivi, estensivi e di mantenimento, nonché interventi multiprofessionali complessi e coordinati rivolti ai soggetti con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo e alle persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, previa valutazione multidimensionale, presa in carico e Progetto Riabilitativo Individuale che definisca la modalità e la durata del trattamento (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, gennaio 2017)

Il Semiconvitto e la RSA accoglie pazienti per i quali vengono programmate *attività riabilitative socio-sanitarie* e socio-assistenziali.

Si definiscono *attività socio-sanitarie* di riabilitazione gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e altre procedure finalizzate a portare il soggetto affetto da menomazioni a contenere o minimizzare la sua disabilità e a portare il soggetto disabile a muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare e relazionarsi efficacemente nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale.

Nell'area Semiconvitto e RSA gli interventi terapeutici si collocano all'interno di un percorso integrato socio-sanitario e mirano allo sviluppo delle risorse potenziali dell'individuo e alla rieducazione di quelle funzioni che hanno valore per la comunicazione e lo scambio tra l'individuo e l'ambiente e gli altri individui.

Pertanto gli interventi terapeutici, come indicato nelle Linee Guida Nazionali della Riabilitazione, sono finalizzati a:

- Recuperare una competenza funzionale che risulta compromessa per patologia;

- Attivare un'abilità che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- Rallentare una regressione funzionale nell'ambito di malattie degenerative e mantenimento di abilità residue;
- Facilitare l'attivazione di schemi cognitivi e comportamentali alternativi a quelli che risultano compromessi al momento in cui si instaura un danno o in fase acuta di malattia o quando viene accertata una patologia congenita o cronica.

I programmi di intervento terapeutico-riabilitativi e assistenziali si integrano a interventi sociali dando vita a un percorso terapeutico-riabilitativo socio-sanitario integrato volto all'inserimento o al reinserimento del soggetto con disabilità nelle diverse fasi della vita sociale e/o al miglioramento della qualità della vita sul piano fisico, funzionale ed emozionale

L'intervento terapeutico-riabilitativo-assistenziale in regime semiresidenziale è prolungato nel tempo ed esteso a molteplici aree dello sviluppo: motoria, cognitiva, autonomia personale e sociale. Esso è basato su attività programmatiche socio-sanitarie e socio-assistenziali, individuali e di gruppo, strutturate e semi-strutturate, condotte in ambiente protetto o sul territorio, finalizzate all'acquisizione, al rafforzamento, al padroneggiamento o al mantenimento di:

- abilità di base (abilità attentive, grosso-motorie e fini-motorie, abilità di comunicazione, orientamento spaziale);
- abilità cognitive (discriminazione, classificazione, seriazione e generalizzazione, ampliamento del linguaggio ricettivo ed espressivo, orientamento temporale abilità logico-mnestiche);
- abilità di autonomia personale (alimentazione, controllo sfinterico, igiene personale, abbigliamento);
- abilità sociali (autonomia pedonale, uso dei mezzi pubblici, uso dei servizi comunitari, uso del denaro, lettura orologio, uso del telefono, gestione efficace di attività domestiche);

- abilità accademiche (lettura e scrittura funzionale, matematica funzionale);
- abilità socio-emozionali (relazionali e consapevolezza dei vissuti emozionali).

Gli interventi dello Psicologo/Psicoterapeuta in ambito Semi-convitto Riabilitativo e nella RSA comprendono:

- Progettazione e pianificazione integrata, individuale (progetti riabilitativi di autonomia e vita indipendente) e/o di gruppo, di concerto con gli specialisti di area medica e i terapisti della riabilitazione, di attività di riabilitazione funzionali al mantenimento e consolidamento delle abilità acquisite per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e per contrastare riacutizzazioni e regressioni.
- Progettazione e pianificazione integrata e individuale degli interventi riabilitativi e/o socio-assistenziali, dei servizi intra-strutturali da attivare e della distribuzione dei compiti tra il personale, secondo un approccio multidisciplinare deputato a rispondere concretamente alle esigenze del soggetto. Tale progettazione e pianificazione integrata tiene conto del Piano Assistenziale Individuale (PAI) ovvero del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), stabilito in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI) così come prevista dalla DGRC n. 41/2011
- Somministrazione scale di valutazione del comportamento adattivo, scale di valutazione delle abilità di vita quotidiana, scale relative al carico assistenziale del caregiver e della famiglia del soggetto con disabilità, test di livello.
- Programmazione attività socio-riabilitative di recupero e miglioramento delle capacità cognitive, relazionali e di mantenimento delle abilità funzionali residue, erogate congiuntamente ad attività socio-assistenziali, mantenendo un rapporto costante con l'ambito territoriale nel quale la struttura semiresi-

denziale è ubicata, attraverso il coinvolgimento dei nuclei familiari e parentali, degli Enti Locali e delle agenzie implicate nell'assistenza ai disabili.

- Osservazione partecipante durante le attività di riabilitazione, di socializzazione e durante i diversi momenti di comunità previsti dalle linee di indirizzo dell'organizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali semiresidenziali.
- Intervisione psicologica condivisa con le figure dell'equipe riabilitativa impegnata nell'attivazione e nella verifica di obiettivi definiti dal PAI (Piano Assistenziale Individuale) ovvero dal PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) stabilito in sede di Unità di Valutazione Integrata (UVI) così come prevista dalla DGRC n. 41/2011, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale.
- Colloqui con la famiglia o caregiver di orientamento, training e di sostegno nella gestione dei sintomi per i minori, con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, o non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche, cognitive e sensoriali stabilizzate e parziale compromissione del funzionamento personale e sociale in trattamento semiresidenziale e per i quali non vi è indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.
- Interventi psicoeducativi individuali e di gruppo e di supporto alle autonomie e alle attività di vita quotidiana.
- Interventi psicologico/psicoterapeutici con le famiglie dei soggetti ospiti.

Bibliografia e riferimenti normativi

- Accordo sul documento concernente il "Piano di indirizzo per la riabilitazione" 10/02/2011 (G.U. n° 60 - Supplemento ordinario 02/03/2011).
- Aristotele, "Politica" VII, 16, 1336b, 1990, Laterza, Bari.
- Basaglia F., "L'istituzione negata", 1968, Einaudi, Torino.
- Bicknell J., 1983 "The psychopathology of handicap." In "The British Journal of Medical Psychology" (1983), 56.
- Borner Adolf, "Mathematik in Dienst der nationalpolitischen Erziehung", 1941, traduzione di Alessandro Berlini.
- Brambilla G.; "Il mito dell'uomo perfetto. Le origini culturali della mentalità eugenetica", 2009, IF PRESS, Frosinone.
- Caffaratto T. M., "I mostri umani: fantasie di altri tempi e realtà attuali", 1965, Vitalità, Torino.
- Canevaro A. Gaudreau J., "L'educazione degli handicappati: dai primi tentativi alla pedagogia moderna", 1988, NIS, Roma.
- Canevaro A., Goussot A., "La difficile storia degli handicappati", 2000, Carocci, Roma.
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, „Ruolo della psicologia nei Lea“, Giugno 2017.
- "Convenzione sui diritti delle persone con disabilità", 13 dicembre 2006.
- Coser Lewis A., I maestri del pensiero sociologico, 1983, Il Mulino Bologna.
- Constitution of the World Health Organization (OMS), 1948.
- Darwin C., *L'Origine della specie*", 1859.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza", di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, capitolo IV.

- Decreto n° 31 del 25/03/2019, "Linee di indirizzo per la diagnosi e la presa in carico della persona con disabilità intellettiva in età evolutiva"; Burc n:2 del 15/04/2019.
- Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011.
- Dichiarazione della Conferenza di Madrid del 2002, Anno Europeo della persona con disabilità.
- Diderot D. , "Lettera sui ciechi per quelli che ci vedono", edizione a cura di M. Brini Savorelli, 1999, Nuova Italia, Firenze (I ed. 1749).
- Fioranelli M., *Il decimo cerchio. Appunti per una storia della disabilità*, 2011, Laterza, Roma-Bari.
- Foucault M., "Gli anormali", 2000, Feltrinelli, Milano.
- Goffman F. "Stigma. L'identità negata", 2003, Ombre Corte, Verona (ed. Or. 1963).
- Goffman F., *Asylum. "Le istituzioni totali"*, 2003, Einaudi, Torino (ed. Or. 1961).
- Harris, S.L., Boyle, Th. D., Fong, P., Gill, M.J. Stanger, C. (1987). Family of developmentally Disabled Children. In Wolraich M., Routh D.K. (eds), *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*. JAI Press Inc.: London.
- Haeckel, E. H. "Die Lebenswunder" 1904; in italiano: "Le meraviglie della vita", 1906.
- "ICF - Classificazione Internazionale Del Funzionamento della disabilità e della Salute", Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001.
- "ICF-CY - Classificazione Internazionale Del Funzionamento della disabilità e della Salute. Versione bambini e adolescenti", Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007.
- Itard J. - M. G., *Il fanciullo selvaggio dell'aveyron*, 1970, Armando, Roma.
- La Vergata A., "Colpa di Darwin? Razzismo, eugenetica, guerra e altri mali", 2009, Utet, Torino.
- Legge n° 833, art. 26, "Prestazioni di riabilitazione", 23 dicembre 1978 (G.U. n° 360 del 28/12/78, suppl. Ordinario), istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.
- Legge n. 56 del 18/02/1989 "Ordinamento della professione di psicologo"; pubblicata nella G.U. 24 febbraio 1989 n. 46.
- Legge Regionale del 15 marzo 1984, n. 11, "Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicap e per l'inserimento nella vita sociale" (B.U. 2 aprile 1984, n. 20).
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge Quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e diritti delle persone handicappate".

- Legge n°18 del 03/03/2009 (pubblicata nelle G.U.n°61 del 14/03/2009) che ha ratificato e rese esecutiva la Convenzione delle Nazioni Unite (ONU) sui diritti delle persone con disabilità adottata dall'Assemblea Generale dell'Onu il 13/12/2006 (entrata in vigore il 03/05/2008).
- Lepri C., " Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione sociale delle persone disabili", 2011, FrancoAngeli, Milano.
- Linee di Indirizzo sull' Assistenza Residenziale, Semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n°8 – Deliberazione n. 2006 del 5 novembre 2004; Bollettino Ufficiale della Regione Campania, Numero speciale del 2 dicembre 2004.
- Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale del 20/03/2008, Rep. Atti n°43/CU.
- Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124).
- Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione del 10 febbraio 2011 (Supplemento ordinario n.60 alla Gazzetta Ufficiale del 02/03/2011).
- Linee Guida per l'attività di Riabilitazione in Regione Campania (pubblicate in BURC n.22 del 03 maggio 2003).
- Lombroso, C., "L'uomo delinquente", (rist. anast. Quinta edizione, Torino, 1897).
- Mussolini, B., "Discorso dell'Ascensione del 26 maggio 1927", pronunciato alla Camera dei Deputati, Libreria del Littorio.
- Padovan D., "Bio - politica, razzismo e disciplinamento sociale durante il fascismo".
- Pesci G., Pesci S., "Le radici della pedagogia speciale", 2005, Armando, Roma.
- Platone, "La Repubblica" (III 409, 410), IV sec. A. C.; Ed. 2007, Armando, Roma.
- Programma Nazionale Linee Guida. .Manuale Metodologico - Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Roma: PNLG, 2004 (Testo integrale).
- Schianchi M., "Storia della disabilità. Dal castigo degli Dei alla crisi del welfare", 2012, Carocci, Roma.
- Seneca L. A., "De Ira", 39-40 d. C; Ed. Signorelli, 1968, Milano.
- Sorrentino A.M., Handicap e riabilitazione, 1987, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- World Health Organisation 2013, "Mental Health Action Plan 2013 - 2020", trad. it. del Centro Collaboratore dello OMS per la Ricerca e la Formazione, Dipartimento di Salute Mentale A.A.S. N 1 Triestina, "Piano di azione per la salute mentale 2013 - 2020".

Indice

Intervenire in riabilitazione	pag. 5
--	--------

Cenni storici. Il disabile da peccato a persona

PREMESSA	» 9
PERIODO ELLENICO-ROMANO: IL DISABILE TRA ESTETICA DEL CORPO E DISPREZZO	» 11
IL MEDIO EVO: IL DISABILE È IL PECCATO	» 13
IL 1700: IL DISABILE TRA SCIENZA E PALCOSCENICO	» 15
IL 1800: IL DISABILE E LA PRODUZIONE INDUSTRIALE	» 17
IL 1900: IL DISABILE TRA EUGENETICA E IL DIVENIRE PERSONA	» 19

Interventi

PREMESSA	» 25
INTERVENTO RIABILITATIVO E PSICOLOGIA: ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE	» 25
LO PSICOLOGO: RUOLO E FUNZIONI	» 29

DISABILITÀ ED INTERVENTO PSICOLOGICO IN RIABILITAZIONE. . .	pag.	30
1. Lo Psicologo e lo Psicoterapeuta nel continuum assistenziale riabilitativo	»	30
2. PRI-Progetto Riabilitativo Individuale	»	32
3. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta nel PRI	»	32
4. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta in ambito Ambulatoriale Riabilitativo	»	33
5. Funzioni dello Psicologo/Psicoterapeuta in Semiconvitto Riabilitativo e nella RSA	»	36
Bibliografia e Riferimenti Normativi	»	43

Finito di stampare nel mese di settembre 2019
dalla Poligrafica Flli Ariello Editori s.a.s. - Napoli



Azienda con Sistema
di Gestione certificato:
EN ISO 9001:2015
EN ISO 14001:2015
ISO/IEC 27001:2013