

I.R.C.C.S. Policlinico San Donato
Istituti Clinici Zucchi, Carate Brianza, MB,
25 giugno 2015

Convegno

**IL RUOLO DELLE STRUTTURE PRIVATE-ACCREDITATE
NELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**

Pietro R. Cavalleri

Direttore Clinico Fondazione AS.FRA. Onlus, Vedano al Lambro, MB

**LA DIFFICILE POSIZIONE DI ENTI GESTORI DEL PRIVATO-SOCIALE
ALLE PRESE CON
I PARADOSSI DEL COMPITO RI-ABILITATIVO, TRA:
ASPETTATIVE SOCIALI,
PRESCRIZIONI GIUDIZIARIE,
VINCOLI DELLE POLITICHE SANITARIE,
AMBIVALENZA E INSTABILITÀ DELLA DOMANDA DEI SOGGETTI**

Introduzione

Questo intervento non si propone di comunicare dei contenuti scientifici in merito a “che cosa” è la riabilitazione psichiatrica, bensì vorrebbe descrivere le difficoltà e i paradossi entro cui avviene il “come” dell’intervento riabilitativo residenziale.

Nella prima parte affronteremo difficoltà e paradossi che investono il concetto stesso di intervento riabilitativo, stretto tra libertà del trattamento, che si regge sulla domanda del soggetto, e la sua costrizione, che coinvolge il soggetto sulla spinta dell’aspettativa familiare e sociale di cambiamento dei comportamenti maladattivi, ma che può anche essergli imposto per prescrizione dell’Autorità Giudiziaria.

Nell'ultima parte accenneremo ad alcuni paradossi riguardanti le condizioni organizzative ed economiche entro cui si dibattono le imprese del privato-sociale, alle prese con la sostenibilità dell'azione riabilitativa. Nonostante possa sembrare che l'impatto di questo secondo gruppo di difficoltà riguardi il solo partner avente personalità giuridica riconducibile a un soggetto privato (estremamente variegato al proprio interno, differenziandosi in aziende profit e non-profit) e non costituisca un tema utile o interessante per il comparto pubblico del Sistema Sanitario, si tratta di un tema che non è eludibile e che riguarda tutti.

In primo luogo per una considerazione di democrazia reale, perché tutte le organizzazioni che offrono un servizio alla comunità devono operare con pari condizioni e pari trattamento, a prescindere che si tratti di soggetti pubblici o privati.

In secondo luogo perché è interesse comune avere un'idea più precisa dei costi reali delle azioni che il Sistema Sanitario mette in campo in un determinato comparto.

Il 1° paradosso: libertà e costrizione. La mutazione del panorama

Per introdurre il paradosso più importante dobbiamo fare un passo indietro e richiamare la condizione con cui ci misuriamo ogni giorno: ossia la libertà e la mancanza di libertà, l'aspirazione alla libertà che muove ogni soggetto e la costrizione, che è la vera e propria cifra della malattia psichica.

L'atto di nascita della psichiatria moderna è raffigurato da Charles Louis Mullet nel dipinto che fissa il momento ideale in cui Philippe Pinel, nel 1793, libera dalle catene i malati rinchiusi nel manicomio di Bicêtre. È l'inizio del periodo asilare moderno della psichiatria, un primo passo che a noi oggi appare così lontano ed anche così insufficiente.

In seguito, solo dopo molto tempo, la psichiatria raggiunge la sua maggiore età; ciò avviene poco meno di 40 anni fa, quando, in Italia, la legge ispirata da Franco Basaglia porta al superamento del manicomio.

Il richiamo a queste tappe fondanti della moderna psichiatria non è fatto per il gusto di citazioni colte, ma perché tutti noi siamo cresciuti nutrendoci di una psichiatria che si è stabilita nel solco di un processo di liberazione dalle catene esteriori e interiori che vincolavano il folle. Si trattava, allora, delle catene esteriori della reclusione asilare e dell'esclusione sociale, che trasferivano nella condizione sociale e materiale dei malati il presupposto delitto rappresentato dalla loro impossibilità di conformarsi alla norma di tutti.

Come psichiatri ci siamo formati nella tematica della norma ed abbiamo messo in questione l'atteggiamento conformista che portava ad appiattare la norma individuale sulla norma sociale e spesso ci siamo sentiti paladini e difensori della libertà; abbiamo rivendicato per i malati la legittimità di vivere secondo la norma loro possibile e rotto l'automatismo che portava ad imputare la differenza tra la "nostra" e la "loro" norma attribuendo alla malattia il marchio dell'illegalità e della pericolosità sociale, sempre e comunque.

In realtà, sono sempre esistiti soggetti che commettevano reati essendo portatori di un disagio psichico. Oggi, però, il fenomeno che chiede di essere affrontato è nuovo e profondamente differente da quello che – come psichiatri – eravamo preparati a trattare.

Nella situazione, per così dire, "classica", si trattava di soggetti che non infrequentemente avevano commesso un crimine grave o molto grave, che spesso – agli occhi dei familiari e dei conoscenti – si era materializzato inaspettatamente, vero e proprio sintomo di esordio di un grave sconvolgimento psichico, di una forma processuale che sarebbe diventata in seguito la cifra di quell'esistenza. Proprio per questi motivi, si trattava caratteristicamente di crimini o delitti difficilmente ripetibili, in quanto prodotti nel contesto di due possibili terreni, quello nutrito da una storia relazionale intima e profonda e/o quello sviluppato da un costrutto delirante che si era nutrito a lungo nella mente del soggetto. In entrambi i casi, questi processi necessitavano di un tempo di latenza molto lungo prima di "maturare" e giungere al punto che conduceva l'individuo a oltrepassare la soglia del passaggio all'atto.

Crimini tendenzialmente irripetibili, dunque, in quanto, in entrambi i terreni – sia che le vittime occupassero dei posti unici, sia nel caso in cui fossero invece casuali e sconosciute – la successiva instaurazione dell'azione terapeutica, anche solo farmacologica, era in grado di smorzare la possibilità che si riaccendesse la fiammata o, quantomeno, dava la possibilità di misurarne la temperatura e di tenerla sotto controllo, attraverso l'osservazione e l'ascolto clinico attenti a coglierne i possibili indicatori.

Ulteriore caratteristica distintiva: si trattava di crimini compiuti in assoluta solitudine, che non cercavano rinforzo in meccanismi di complicità di gruppo.

Per rifarsi alle categorie jaspersiane, si trattava, in una parola, di fatti che non potevamo *comprendere*, ma solo *spiegare*.

Ora la situazione è mutata: negli ultimi 15-20 anni almeno, il campo della malattia mentale si è affollato di soggetti in cui si presenta una nuova forma di patologia, un modo di essere che coniuga strettamente il disagio interiore con l'azione quotidiana che spesso travalica non

solo il diritto astratto della norma sociale, ma diviene esercizio di sopraffazione e di violenza, generalmente di intensità più discreta, anche se a carattere continuativo, in primo luogo nell'ambito delle relazioni primarie.

Ma non si tratta semplicemente di delinquenza, perché questi soggetti sono essi stessi vittime delle loro azioni, in quanto agiscono regolarmente anche in modo autolesionistico e sono esposti tragicamente al rischio del crollo interiore, che li porta non infrequentemente a un suicidio o a un tentativo di suicidio agito prima ancora di essere pensato.

Non influente su questi precari equilibri è l'azione delle sostanze, che accompagna ormai regolarmente la storia clinica di questi nuovi malati. Le statistiche ci dicono che il 50% dei malati mentali è un utilizzatore di sostanze, ma nel gruppo di coloro di cui parliamo, ossia di coloro che hanno commesso o commettono abitualmente reati, questa percentuale sale significativamente, fino a raggiungere quasi la totalità del gruppo.

Questa comorbidità complica la condizione della patologia di cui parliamo, che possiamo considerare – di base – riconducibile ai Disturbi della Personalità, in particolare quelli del cosiddetto Cluster B, le cui forme cliniche sono caratterizzate da instabilità, impulsività, disarmonia, precipitosità e rigidità dei pattern comportamentali. L'azione delle sostanze sovrappone a questi caratteri tutta la sintomatologia che presentavano le precedenti forme psicotiche, ma rendono il trattamento di queste psicosi secondarie (innescate dagli effetti delle sostanze) assai più complicato di quanto non fosse il trattamento delle originarie forme primarie della psicosi.

A differenza di quelle, in queste non ritroviamo (o ritroviamo solo parzialmente) la dimensione autistica, che, nelle psicosi classiche, potremmo rappresentarci come la parte sommersa e pertanto incalcolabilmente più vasta e pregnante dell'*iceberg* della malattia psicotica. Occupandoci di questi soggetti giungiamo, a volte, invece, ad avere l'impressione che siano più simili ad *iceberg* capovolti, tanto siamo quasi travolti dal loro equilibrio così instabile e dalla preponderanza del loro agire sul pensare; dell'agire distruttivo, ma non afinalistico, nonostante l'incapacità di proiettarsi aldilà dell'immediata soddisfazione pulsionale.

La scarsità della dimensione autistica rende inoltre conto dell'importanza delle dinamiche di gruppo, assenti nel primo caso, da intendere come ricerca attiva di relazioni superficiali, anche se totalizzanti, transitorie e mutevoli, in cui immergersi fino ad annullarsi, alla ricerca, illusoria, di un'identità più stabile; dunque segno di debolezza del singolo, ma che potenzia l'impatto sociale del comportamento deviante.

Questa è la popolazione di pazienti con la quale siamo maggiormente impegnati e che ci ingaggia.

Il 2° paradosso: l'ambivalenza e l'instabilità della domanda

Con questi pazienti il confronto con il paradosso della libertà e illibertà si mostra in maniera più confusa e contraddittoria, perché sono soggetti che:

- a) rivendicano la propria libertà, non nella maniera confusa, frammentaria, derealizzata e delirante propria dei vecchi pazienti, ma con armi dialettiche ben sviluppate e appoggiandosi a una lettura della propria realtà esistenziale, storica, familiare e sociale lucidissima, in cui si trovano traumi, deprivazioni precoci, abusi infantili, che innescano la pretesa impossibile della riscrittura della storia, nel pensiero che la guarigione, per loro, potrà avvenire solo dopo che la realtà li avrà risarciti;
- b) agiscono in maniera coatta, che si palesa nella rigidità e precipitosità delle risposte agli eventi della vita, come se, in ogni situazione, avessero la possibilità di accedere a un solo tipo di risposta, con il risultato che molte delle azioni da essi compiute risultano maladattive, fino ad essere distruttive;
- c) sembrano non avere alcun riferimento a un concetto di norma a cui appoggiarsi (fosse anche la norma psicotica dello strapotere dell'altro, propria della psicosi);
- d) hanno perso la loro libertà in seguito ai loro propri atti e non più, come capitava ai malati *ancien régime*, a causa dello stigma sociale. Ogni giorno, inoltre, continuano ad agire in modo da perdere la loro libertà, ripetendo i medesimi atti che infrangono le norme e che ci si presentano con il seguente carattere: ci sembrano essere tanto privi di pensiero, quanto gli atti dei malati *ancien régime* ci apparivano densi di pensieri, anche se incomprensibili;
- e) non chiedono alcuna cura, al massimo un aiuto, che rinnegano nel momento stesso in cui debbono misurarsi con una frustrazione;
- f) non si pongono più come singoli individui, ma agiscono e pensano in funzione del gruppo, spesso anche cercando nel gruppo un rinforzo alle loro modalità trasgressive e sfidanti.

Come rapportarsi con loro? Cosa significa “prenderli in carico”? Come è possibile proporre un percorso di cura, quando la privazione delle condizioni estrinseche di libertà monopolizza l'interesse del soggetto e collude con la tacitazione della condizione di interiore

mancanza di libertà? Come è possibile ottenere un consenso che non sia solo formale o strumentale, quando la limitazione giuridica della libertà oblitera nel paziente la possibilità stessa di percepire lo stato di intima costrizione, che è all'origine della sua sofferenza e che costituisce il punto su cui necessariamente si innesta il processo di cura e di riforma interiore?

Il 3° paradosso: le aspettative sociali di cambiamento, sancite dalle prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria

I tratti che abbiamo descritto in modo così sintetico e certamente incompleto, sono comunque sufficienti per farci cogliere il terzo paradosso del nostro veloce excursus: se l'instabilità è in qualche modo la cifra, il segreto sentire di questa condizione umana, vi è comunque un nocciolo duro che caratterizza stabilmente questa instabilità; un nocciolo duro tutto estroflesso in una serie di condotte che fanno assumere a queste persone un'effettiva rilevanza sociale negativa.

Si tratta dell'incapacità di accedere al pensiero della norma come funzione positiva e non puramente come limite e impedimento che frustra un sentimento di libertà senza progetto, perseguito velleitariamente – questo è quanto vediamo in superficie –, ma – e questo è ciò che spesso non riusciamo a cogliere, frastornati come siamo dagli effetti distruttivi che, per l'appunto, vediamo in superficie – si tratta di un sentimento di libertà che viene esperita, nella frazione di tempo che segue l'azione, anche come assurdo vuoto e non-senso, condizione terrificante che trasforma l'atto stesso di presunta affermazione della propria libertà ed espone chi lo ha compiuto alla condizione di sperimentare (per attingere liberamente a una felice espressione di Milan Kundera) *l'insostenibile peso dell'esistere*, laddove il miraggio di libertà perseguita si rivela essere una condizione di anomia che – nell'assenza di contenimento – tende a dissolvere il soggetto.

Kurt Schneider scriveva che: «[...] *le personalità abnormi per la loro abnormità soffrono o fanno soffrire la società*»; io direi che la sofferenza che procurano alla società è, in primo luogo, il loro modo di esprimere *la vita stessa come sofferenza*.

Ciò nonostante il corpo sociale deve difendersi, deve difendere i propri membri ed a questo scopo prescrive il trattamento.

Qui siamo al punto: come intendere e interpretare questo mandato al trattamento? “Trattamento” coincide con “cura”?

Il 4° paradosso: l'obbligatorietà del trattamento, che invita a distinguere cura e riabilitazione

Anche se non ci badiamo troppo, per ben operare abbiamo bisogno di attingere a un'intelaiatura concettuale, che è necessaria per dare continuità, direzione e coerenza ai nostri sforzi.

Noi sappiamo che la cura si regge su di un *quid* che non può non partire dal soggetto e non può non coinvolgerlo. Lo chiamiamo "domanda"; del resto anche la legge ci impone di fare appello a questo *quid*, acquisendo dal soggetto il consenso al trattamento curativo.

In psichiatria "consenso" non consiste puramente nel permesso ottenuto dal soggetto a compiere degli atti su di lui, ma – ben più di questo – consiste nell'ottenere che il domandante divenga il *partner* del processo del trattamento stesso, in quanto il processo ha a che fare con le sue emozioni, il suo sentire, il suo pensare, il suo volere. Questo consenso deve essere rinegoziato ogni giorno, ogni momento; deve essere riproposto e divenire convincente nella mutevolezza delle vicissitudini che si presentano e da cui il soggetto è preso, di volta in volta, totalmente.

Pertanto, occorre proporsi di raggiungere il soggetto là dove si trova, anche, all'occorrenza, sapendo insistere o ritrarsi quel tanto che, altrimenti, in alcuni frangenti critici, esaspererebbe un vissuto persecutorio. Sapersi ritirare temporaneamente, dunque, ma non troppo; restando, per così dire, nei paraggi del suo vissuto, pronti a segnalargli che il vuoto in cui si sente precipitare, in realtà è abitato da una presenza amica.

Il nostro lavoro è un lungo preliminare alla cura: il lavoro riabilitativo non è un *seguito*, ma è un *preliminare* alla cura, perché ancora non c'è alcuna domanda; e può accadere – per alcuni – che mai arrivino a formularne una. La cura, infatti, può avvenire solo se vi è una domanda sufficientemente stabile.

Quando ancora non vi è domanda, non possiamo, allora, parlare di cura. Quando ancora non vi è domanda occorre, però, prendere iniziativa: la riabilitazione – che vogliamo distinguere dalla cura – è questa iniziativa, che può raggiungere il soggetto anche attraverso la coazione della legge.

Se scegliamo di fare riabilitazione, dobbiamo sapere che è necessario attrezzarsi per accostarsi a un soggetto che si trova doppiamente prigioniero di uno stato di costrizione: la costrizione della propria assenza di norma e la costrizione della legge, che gliene impone una, la sanzione, che egli sente solo come una morsa che spesso catalizza tutte le sue energie

indirizzandolo a puntellare, attraverso le consuete strategie patologiche, la falsa immagine di un *Idealich*, di un *Sé ideale* grandioso, pur nella miseria.

La riabilitazione, ossia il trattamento di questi soggetti che si dibattono, oscillando tra velleitaria grandiosità e disperazione, si delinea come una strategia per ingaggiarli in un percorso che si propone umilmente di perseguire tre obiettivi: autenticità, adattamento e autonomia.

È importante che queste tre parole siano nella testa di noi che li trattiamo; che siano come la bussola che guida il nostro cammino. Cosa indicano?

Autenticità indica il percorso verso l'autenticità di sé, ossia la possibilità di entrare in contatto con il proprio nucleo più vero, comprese le parti più deboli e sofferenti che essi tentano respingere e di disconoscere.

Adattamento richiama il compito del riconoscimento della realtà esterna, attraverso l'attivazione di una funzione mentale a cui, nella loro condizione basale, fuori da circostanze di stress, essi hanno accesso, non essendo psicotici. Il riconoscimento della realtà introduce all'adattamento alla realtà, fondamentale per ogni processo vitale, che richiede la riattivazione e l'ampliamento di un'attitudine alla plasticità e al cambiamento.

Autonomia significa autonomia nella relazione, ossia non autarchia né sottomissione, ma sviluppo di una capacità di stabilire *partnership* con l'altro.

Il 5° paradosso: i vincoli delle politiche sanitarie

Già ho anticipato quanto la cornice economica all'interno della quale opera l'impresa risulti determinante per la sostenibilità dell'azione riabilitativa. I vincoli di questa cornice sono stabiliti dalle regole del Sistema Sanitario Regionale, che definiscono le varie clausole contrattuali. Non è forzato affermare che alcuni meccanismi regolativi mettano di fronte a dei veri e propri paradossi economici, in un sistema le cui entrate sono rigidamente determinate dalla corresponsione di rette stabilite nell'ormai lontano 2007 e da allora non più adeguate.

Esaminiamo due fattori: (1) l'incidenza dell'aumento del costo del lavoro e (2) l'incidenza della decurtazione delle entrate causata da assenze temporanee di pazienti che, essendo in carico, continuano a occupare un posto per il quale non viene corrisposta la retta.

1. Il costo del lavoro

In primo luogo, se non scotomizziamo che la riabilitazione psichiatrica consiste in una serie di interventi complessi che non comportano l'uso di apparati o tecnologie, ma si esplicano in misura preponderante mediante l'azione di soggetti umani, accediamo facilmente alla considerazione evidente che il parametro numerico riguardante il personale previsto dagli standard di accreditamento appare sufficientemente dimensionato per garantire l'operatività necessaria alle sole incombenze *assistenziali* e *custodiali*, ma è irrimediabilmente sottodimensionato rispetto alle risorse necessarie non solo a garantire le molteplici azioni *riabilitative* e *terapeutiche* che completano le prime, ma, ancor prima, necessarie per rendere possibili le azioni *organizzative* e *amministrative* che, sebbene non immediatamente dedicate all'erogazione di prestazioni cliniche, sono comunque necessarie per mantenere in vita una organizzazione produttiva. Il richiamo agli adempimenti riguardanti la normativa della sicurezza sui luoghi di lavoro e della Legge 231 renderà chiara a tutti l'incidenza, sull'organico aziendale, anche di quel supplemento di fabbisogno di risorse qualificate di cui è necessario dotarsi per adempiere funzioni così specifiche e particolari.

Ciò comporta la necessità di incrementare gli organici o di attrezzarsi in *outsourcing*, con un incremento di costi rispetto a quelli previsti sulla carta.

A maggior ragione, la necessità di incrementare l'organico operativo si presenta mano a mano che si progredisce nella disponibilità ad affrontare il trattamento di casi complessi, che richiedono di sviluppare percorsi riabilitativi personalizzati, ma anche di uscire dall'orizzonte sanitario per interfacciarsi con i numerosi altri mondi in cui il soggetto vive, che in alcuni passaggi esistenziali si impongono con tutto il peso e la cogenza che la realtà può assumere: richieste di amministratori di sostegno o tutori, di avvocati difensori, che introducono nel percorso riabilitativo le esigenze dettate da altri tipi di preoccupazioni; adempimenti esigiti dall'Autorità Giudiziaria, che si risolvono in una gamma molto ampia di prestazioni: da quelle che risultano gravose semplicemente per la loro numerosità (un paziente sottoposto a una misura di sicurezza è privo di autonomia di movimento nell'ambiente esterno e deve pertanto essere accompagnato non solo in tutte le attività riabilitative che si svolgono nel territorio, ma anche nelle incombenze periodiche, come la firma presso la stazione dei Carabinieri, le udienze in Tribunale ecc.), a quelle la cui gravosità è data dalla delicatezza del merito (come le valutazioni sulla pericolosità sociale, periodicamente richieste per la revisione della misura di sicurezza). Tutto ciò comporta la necessità di disporre di un organico

di personale supplementare rispetto a quello preso in considerazione dagli standard di accreditamento.

La risorsa umana impegnata nella presa in carico di questi pazienti multiproblematici è inoltre destinata a usurarsi, nel lavoro quotidiano con i pazienti, tanto e più di quanto si usurano le macchie utensili nell'industria meccanica e richiede che si provveda a un'azione, fondamentale, di “manutenzione della mente” degli operatori. Anche in questo caso, si tratta di interventi che hanno un costo e che per forza di cose incidono sul bilancio complessivo, che qui solo accenniamo perché esulano dal capitolo del costo del lavoro.

Se, esemplificativamente, prendiamo in considerazione un'entità come AS.FRA., appartenente al campo del non-profit, non è sorprendente trovare che il costo del lavoro rappresenti circa i tre quarti dei costi totali che l'azienda deve sostenere.

Ha pertanto un'incidenza cruciale sui costi della riabilitazione il fatto che negli ultimi 8 anni, dal 1 gennaio 2007, il costo per il personale sia incrementato di circa il 16%.¹

Per un'azienda di questo tipo, ciò significa un incremento dei costi relativi al personale pari al 12% sul totale dei costi,² a cui si deve sommare un ulteriore aumento relativo ai costi non di personale, per un incremento dei costi totali che, negli ultimi 8 anni, ha raggiunto complessivamente circa il 15,5%.³

2. La mancata copertura delle presenze

Abbiamo già ricordato che la crescita dei costi non è stata accompagnata da alcuna revisione delle tariffe. I ricavi, infatti, non sono aumentati e neppure sono rimasti stabili, ma si è invece rivelata una tendenza alla flessione.

Ciò è avvenuto non per una diminuzione della domanda, ma per l'azione congiunta di due fattori: il primo è in relazione con l'instabilità e, mi si passi il termine, la maggiore turbolenza che caratterizza la popolazione dei pazienti di cui abbiamo parlato, la cui incidenza sulla popolazione presa in carico è progressivamente aumentata negli ultimi 8 anni; il secondo dipende da un meccanismo contrattuale che penalizza in misura significativa le aziende del privato sociale impegnate nel trattamento residenziale di questi pazienti.

¹ La stima è ottenuta prendendo come base di riferimento la retribuzione del 4° livello del contratto UNEBA, che generalmente, nel corso delle trattative dei rinnovi contrattuali, è preso come contratto di riferimento per valutare l'impatto economico dei nuovi accordi.

² Il 16% del 75% equivale infatti al circa il 12% del totale.

³ Nel medesimo periodo, dal 1 gennaio 2007 al 1 gennaio 2015, l'aumento inflattivo, secondo ISTAT, è stato del 14%. Questa percentuale, che insiste sul rimanente 25% dei costi, equivale a circa il 3,5% del totale, che – sommato al 12% di aumento del costo del lavoro – porta all'aumento totale stimabile approssimativamente nel 15,5%.

Nella casistica di AS.FRA. il progressivo aumento della complessità clinica dei pazienti che sono stati accolti nelle CRA, ha portato, dal 2012 all'aprile 2015, l'indice della percentuale di mancata copertura dei posti dal 2% al 6%. È come se in ogni Struttura con ricettività di 20 persone, per tutti i 365 giorni dell'anno vi fosse poco più di un posto occupato (quindi non destinabile ad altri), che però non viene remunerato, in quanto il paziente che lo occupa è temporaneamente altrove.

La non-occupazione temporanea dei posti è aumentata a causa di assenze che interrompono la continuità residenziale del percorso, per la fluttuazione della motivazione all'impegno, che determina una caratteristica intermittenza nella disponibilità soggettiva e nell'oggettiva compatibilità con la permanenza nella Struttura. Il paziente, spesso, mette alla prova la determinazione della comunità, che deve dimostrare, nei fatti, di voler consolidare il patto riabilitativo. Nelle fasi iniziali, ma anche in corrispondenza di snodi significativi che si segnalano attraverso accadimenti critici, il percorso può necessitare di alternarsi con rientri in ambito ospedaliero o deve tollerare degli allontanamenti, che sembrano costituire il modo attraverso il quale il paziente, agendo fisicamente la rottura del legame, giunge a compiere l'operazione mentale che lo porta a saggiarne la tenuta.

Lo "schiacciamento" del percorso residenziale all'immagine del ricovero ospedaliero, comporta che la non occupazione del posto-letto durante la notte o un ricovero ospedaliero⁴ equivalga a una "dimissione" e comporti l'effetto amministrativo della cessazione della corresponsione della retta.

Se è vero che l'avvio della presa in carico residenziale coincide con l'ammissione del paziente presso la Struttura, la mera interruzione temporanea della sua presenza notturna non la conclude, ed infatti la prassi ampiamente seguita porta le Strutture a conservare il posto vacante almeno per un certo tempo. Questa prassi, però, rappresenta un peso economico non sostenibile, in quanto il posto residenziale ha un costo che non varia in misura significativa in funzione del fatto che sia materialmente occupato piuttosto che vacante.

L'applicazione alla residenzialità del modello "ospedaliero" di dimissione, pertanto, non solo ne distorce l'immagine, ma introduce un rischio perverso, ossia la possibilità che gli Enti gestori delle Strutture Residenziali si trovino costretti ad attribuire all'alta probabilità di discontinuità del rapporto, il valore di indicatore di non idoneità del paziente al progetto residenziale o che rendano più rigidi i protocolli di presa in carico, con il risultato di aumentare, invece che diminuire, l'alto numero di *drop out* tra questi pazienti.

⁴ Dopo la seconda notte consecutiva o dalla prima, qualora l'assenza sia motivata da un ricovero ospedaliero.

È pertanto auspicabile che, insieme all'adeguamento delle tariffe che vengono riconosciute alla residenzialità, venga introdotto il correttivo che riconosca il valore economico della continuità del trattamento, aldilà della mera presenza fisica, entro certi limiti, del paziente nella Struttura, dal momento che i costi sostenuti per la sua presa in carico non vengono meno a causa della temporanea assenza.

Per dare un'idea di valori in assoluto, per una comunità (CPA o CRA con capienza di 20 posti), il peso economico di questi due fattori (aumento del costo del lavoro e mancata copertura della presenza) vale circa 250.000 € annui, vale a dire 1/5 del budget complessivo potenzialmente generato da ciascuna Struttura.

Crediamo, con questo, di avere solo indicato e toccato differenti paradossi con cui dobbiamo misurarci e che dobbiamo ogni giorno attraversare compiendo il lavoro della riabilitazione.