

M O S A I C O

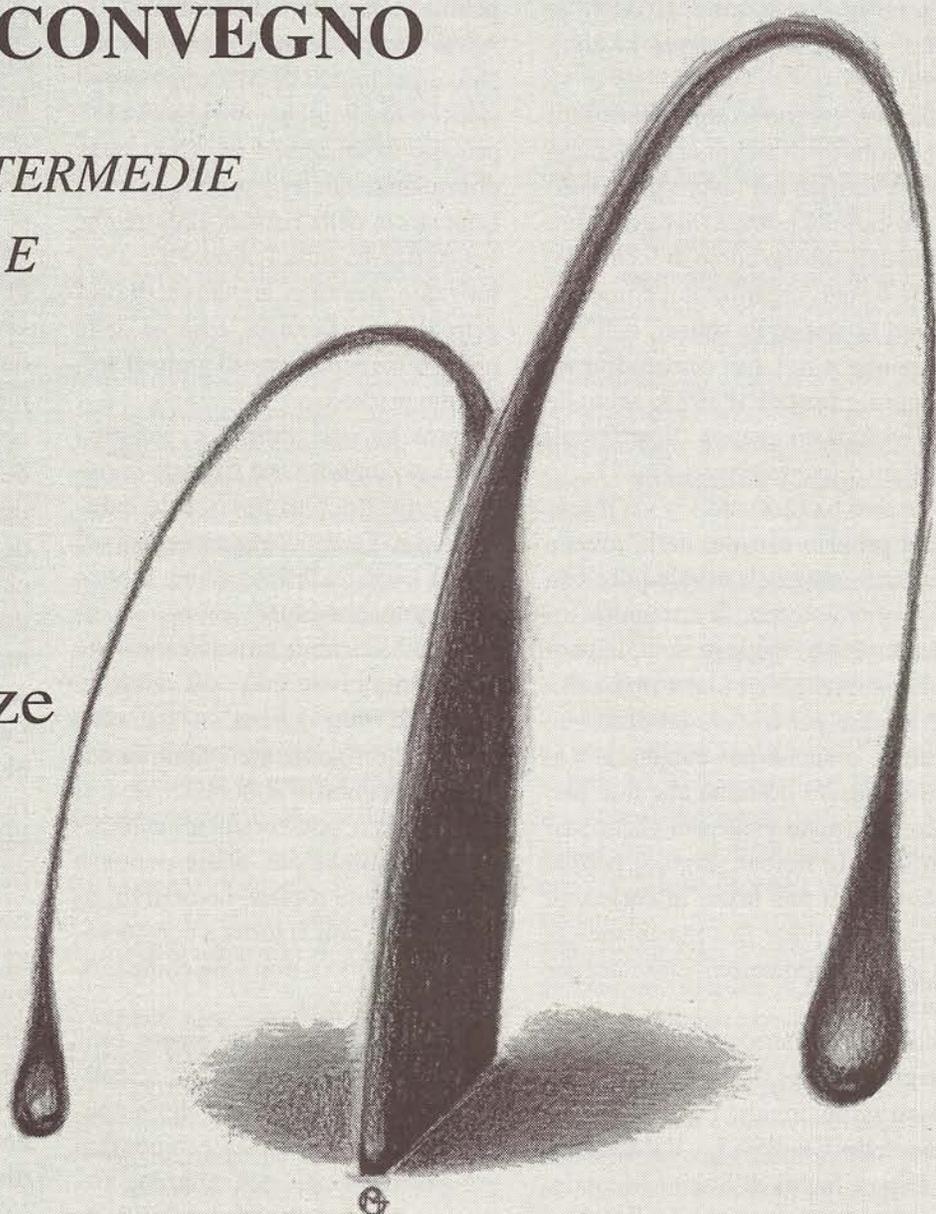
notiziario di collegamento

NUMERO SPECIALE

ATTI DEL CONVEGNO

*STRUTTURE INTERMEDIE
TRA PUBBLICO E
PRIVATO
SOCIALE:*

modelli
ed esperienze
nei servizi
psichiatrici
liguri



PRESENTAZIONE

Ricordando i dieci anni della sua costituzione, l'Associazione 'Mosaico' promuove il convegno di oggi. Dieci anni non sono pochi per una associazione di liberi cittadini, di volontari, che di propria iniziativa hanno voluto cimentarsi con un problema così arduo, una questione così delicata, come è quella della salute e della malattia mentale. Una storia quindi difficile, che per sopravvivere – non solo – ma per riproporsi in modo pregnante, ha dovuto continuamente mettersi in discussione, rivedere le scelte, modulare i propri orientamenti.

È stato necessario svolgere un continuo lavoro di riflessione, di preparazione e verifica del lavoro dei volontari; in cartella potrete trovare il contenuto dell'ultimo corso di formazione che è stato organizzato, come pure tutta la storia, in sintesi, dell'Associazione e del suo centro diurno, che ogni giorno, dal 1985, accoglie le attività di un gruppo di sofferenti psichici.

Il Mosaico ha ritrovato via via il senso del proprio esistere nella misura in cui era capace di interloquire con l'ambiente esterno, la comunità sociale con le sue aggregazioni, le pubbliche istituzioni ed i suoi operatori. Interloquire per trovare confronti ed alleanze, e anche per condividere il peso di questo dramma che non può essere confinato in nessun ghetto, dimenticato in nessun angolo, perché abbisogna di una presa in carico, di una cura da parte di tutta la società con le sue articolazioni, ciascuna per la sua parte.

Il settore psichiatrico è oggi coinvolto in profonde trasformazioni normative ed istituzionali: l'aziendalizzazione delle UU.SS.LL., l'attuazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, secondo quanto previsto dal Progetto Obiettivo, il problema della chiusura

degli ex-manicomi e la realizzazione di soluzioni alternative per coloro che vi sono ancora degenti.

In questo contesto abbiamo assistito nella nostra Regione al proliferare, peraltro ancor oggi insufficiente, di esperienze, pubbliche e private, di strutture intermedie. Vogliamo oggi analizzare di quali modelli ed esperienze esse siano portatrici, e come si può coniugare nel dipartimento la diversa caratterizzazione di queste strutture: che nascano dal servizio pubblico, da gruppi di volontari o familiari, da cooperative o enti privati. Non è più tempo di contrapposizioni sterili e ideologiche, di rigidità reciproche: in un tempo in cui si pone drammaticamente il problema della limitatezza delle risorse, occorre che venga riposta tutta l'attenzione a valorizzare quanto di iniziativa, di progettualità, di fantasia, emerge nelle più diverse esperienze di aiuto al sofferente psichico.

Mentre bisogni diffusi e accertati chiedono a gran voce risposte dignitose, e mentre purtroppo tanta indifferenza e dimenticanza serpeggia nei nostri concittadini, sarebbe sì vera follia non coinvolgere in una rete efficace ed efficiente tutto ciò che nella vostra vita civile può concorrere al lavoro di cura del malato mentale. Superando finalmente l'assurda cesura tra sanitario e sociale: non si può curare se non si ricorre anche alle reti di solidarietà, alle esperienze di inserimento sociale, lavorativo, ricreativo, se non si torna a considerare come risorsa e non solo come problema la famiglia.

Il discorso di oggi dovrà essere, e sicuramente lo sarà, rigoroso, scientifico, documentato, frutto di competenze agite e giocate sul campo. Dovrà essere questa una scienza, una tecnica, non astratta, decontestualizzata, ma consapevole della situazione

in cui opera, dei problemi che vi insistono.

L'esigenza di managerialità ed efficienza nella UU.SS.LL. non può andare a scapito di diritti che esigono una risposta; la necessità di contenimento della spesa pubblica non può sacrificare quel bisogno fondamentale di salute che anche secondo il più elementare buon senso della vita quotidiana richiede priorità assoluta. La psichiatria è un settore debole, di basso investimento tecnologico e di alto investimento umano: eppure non bisogna rinunciare ad analizzare i grandi benefici dei suoi interventi, forse meno evidenti ma non meno cruciali per il benessere di questa società.

Per questo oggi, parlando di modelli psichiatrici, di esperienze realizzate, vediamo sullo sfondo, e su uno sfondo che sempre più si avvicina verso il primo piano, che l'economia deve coniugarsi con l'etica, che la realtà del bisogno, con la quale tutti noi quotidianamente conviviamo, richiede precise e coraggiose politiche sociali e sanitarie, anche in controtendenza rispetto a pericolosi orientamenti che si fanno avanti nella nostra società.

La nostra Associazione, impegnata nel suo lavoro quotidiano di solidarietà, porta qui oggi la sua fragile e travagliata – eppure credo significativa – testimonianza; non rinuncerà a portare il proprio contributo, nel segno della concretezza e della positività, perché ciascuno (amministratori, politici, operatori) adempia alle proprie responsabilità, in modo che il malato mentale e la sua famiglia non siano lasciati soli con il loro dramma.

*Dr. Mario Marini
Associazione 'Mosaico'*

1ª Parte:*MODELLI DI INTERVENTO**NEL DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA***“ESPERIENZE E ORIENTAMENTI DI ALTRI PAESI NELLA ORGANIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI PSICHIATRICI”**

Dr. F. J. SCARSI, Segreteria Sezione Ligure Società Italiana Psichiatria
 Dr. S. CAMMARATA, Clinica Psichiatrica Università di Genova

Negli ultimi anni è stata avviata una revisione del concetto di reparto psichiatrico ospedaliero per quanto riguarda la struttura, il funzionamento ed i rapporti con altre forme di assistenza distribuite sul territorio. In Italia questo è avvenuto in seguito alla applicazione della legge 180 del 1978, che prevedeva la chiusura delle istituzioni manicomiali, negli Stati Uniti nel 1963 passò l'atto sui Community Mental Health Centers, di significato analogo e nel 1971 anche in Germania il Bundestag commissionò un'indagine sulla situazione psichiatrica, che portò alla progressiva sostituzione dei manicomi con reparti inseriti negli ospedali di medicina generale e con altre strutture territoriali.

Queste revisioni hanno portato a modificare progressivamente il significato non solo dell'intervento psichiatrico in sé, ma in senso più ampio dell'intervento sanitario. Da una parte infatti alla eliminazione dei manicomi dovevano seguire alternative capaci comunque di prendersi cura dei malati di mente, evitando di demandarne genericamente la responsabilità alle singole famiglie. Dall'altra è stato necessario affrontare in modo più completo ed efficace la questione della assistenza sanitaria nei confronti degli strati socialmente, economicamente e culturalmente più deboli della popolazione, nel rispetto dell'universale diritto alla salute ed al benessere.

Assistenza Sanitaria negli Stati Uniti.

Il tema generale della assistenza sani-

taria e delle sue modalità di messa in atto si è dimostrato il punto cardine attorno al quale ruotano il problema della accessibilità del trattamento psichiatrico, quello del significato attribuito alla malattia mentale nel contesto delle priorità sanitarie, e quello della rilevante morbidità psichiatrica negli strati più indigenti della popolazione, dunque più onerosi per lo stato.

Negli Stati Uniti il sistema sanitario è stato più volte sottoposto a revisioni, e dal 1930 ad oggi sono state proposte numerose forme di legislazione senza però arrivare ad un programma nazionale esauriente. Nel 1965 fanno la loro comparsa i programmi federali "Medicare" e "Medicaid". Il 1993 è l'anno in cui la preoccupazione nei confronti di costi, accessibilità e qualità del sistema sanitario pubblico e privato impone una più decisa revisione dell'approccio legislativo, storicamente frammentario, alla questione. L'ordine del giorno diventa quello di provvedere un accesso universale alla assistenza medica attraverso la creazione di un programma nazionale di assicurazione sanitaria.

Per quanto riguarda il SETTORE PUBBLICO, attualmente esistono tre forme di assistenza sanitaria:

– MEDICARE provvede una copertura per le spese sanitarie alle persone di età superiore ai 65 anni che rispondono ai criteri della Sicurezza Sociale, o di età inferiore che abbiano ricevuto un sussidio di disabilità per almeno 2 anni. Attinge ai fondi federali ricavati dai contributi del sistema di sicurezza

sociale e si articola in 2 parti:

- la parte A copre le spese di degenza ospedaliera ("inpatient settings"), in particolare con un limite massimo nella vita del paziente di 190 giorni di ricovero presso ospedali psichiatrici privati, ed in modo tale da non contemplare il supporto per le lungodegenze dei malati psichici negli ospedali pubblici. In generale il supporto per le degenze ospedaliere per tutte le condizioni mediche, comprese quelle psichiatriche, è di 90 giorni nel periodo di beneficio.
 - la parte B è facoltativa e paga l'80% delle spese, da una certa cifra in poi, per gli onorari dei medici con ambulatorio privato, le terapie domiciliari o esterne all'ospedale ("outpatient settings").

– MEDICAID è un programma federale - statale che si occupa delle persone in condizioni di grave indigenza. Gli Stati delineano i propri programmi sulla base di criteri di riferimento federali e comprendono le spese per l'assistenza intra ed extraospedaliera. Per quanto riguarda gli interventi psichiatrici, Medicaid copre, ad esempio, le spese dei ricoveri presso ospedali psichiatrici, i trattamenti ambulatoriali presso ospedali specializzati e generali, i ricoveri parziali, ma esclude le strutture come residenze parziali e centri di crisi.

Le caratteristiche degli interventi del Settore Privato in materia di assistenza sanitaria sono quelle di fornire protezione contro eventuali perdite finanziarie "catastrofiche" attraverso contratti personali stipulati da assicurazio-

ni commerciali a scopo di lucro, e di provvedere alle spese mediche in cambio di premi predeterminati. Il settore privato agisce attraverso criteri di "managed care", ossia di riduzione dei costi e di controllo sull'accesso alle cure. A tal fine sono state designate le strategie di "Carve-outs", secondo le quali le malattie psichiche e le tossicodipendenze vengono trattate diversamente dalle altre malattie. Esiste inoltre una forma di legislazione chiamata "Bare bones", che prevede polizze di assicurazione più economiche e prive di copertura nei confronti delle malattie psichiatriche.

Non a caso uno degli obiettivi recentemente identificati come preminenti nei confronti delle malattie psichiatriche è quello di consolidare criteri diagnostici che discriminino il meno possibile rispetto alle malattie medico-chirurgiche e di fornire pagamenti in base ai servizi e non alla diagnosi.

Bill Clinton, nel 1993, ha proposto la "American Health Security Bill", che dovrebbe garantire un sostegno sanitario per tutti gli americani indipendentemente dal tipo di malattia o dallo stato di occupazione. La proposta prevede l'istituzione di "Health Alliances", ossia di aziende senza profitto o agenzie statali il cui compito è di acquistare servizi ed interventi sanitari per centinaia di consumatori. Di pari passo si osserva la nascita di "Health Plan", cioè di network di medici, ospedali ed assicurazioni che provvedono a tutti questi servizi e li rendono disponibili attraverso contratti negoziati con le Alliances (convenzioni). Si prospettano due tipi di Alliance: il tipo "regionale", sotto la responsabilità dello Stato, e quello "aziendale", creato, per esempio, da un grande imprenditore per i propri dipendenti. Di tale istituzione usufruirebbero tutti i cittadini residenti, ed in essa rientrebbero diversi programmi, come l'HMO o Health Maintenance Organization (organizzazione che fornisce assistenza medica in cambio di un contributo annuo stabilito; i medici e gli operatori in genere sono legati alla

organizzazione da un contratto e ricevono uno stipendio fisso. I pazienti vengono assegnati ad un "primary care doctor" o ad un infermiere, che decide quali sono gli interventi necessari), il fee-for-service plan (modalità di pagamento del medico sulla base del singolo intervento, il contrario di quanto avviene per i medici che ricevono un salario prestabilito), ed una combinazione tra i due.

L'HMO è l'opzione più economica, attraverso di essa i pazienti, stipulando un contratto, possono consultare solo i medici affiliati ad essa versando un contributo di 10\$ ad ogni visita, oppure il 40% dell'onorario se il medico non fosse affiliato. Il Fee-for-service plan è l'opzione più costosa, ed offre una più ampia scelta di medici; in questo caso i pazienti devono pagare un contributo fisso di 200-400\$ sulle visite oltre al 20% delle spese sanitarie che superino un tetto massimo stabilito. Esistono anche soluzioni intermedie.

In tale prospettiva Medicare continuerà ad occuparsi degli anziani e dei disabili e, secondo la proposta di Clinton, ogni Stato potrà chiedere che i suoi beneficiari vengano inclusi nel sistema di Alliance. Medicaid continuerà ad esistere ma attraverso le Health Alliances. Esisterà inoltre un National Health Board incaricato dal presidente di garantire questi servizi, ed ogni cittadino avrà una carta di identificazione.

I servizi di assistenza psichiatrica saranno soggetti a notevoli limitazioni, ci sarà un limite di 30 giorni di degenza per ogni voce dei disturbi mentali, con un limite di 60 giorni all'anno ed un massimo di 30 sedute psicoterapeutiche ambulatoriali all'anno con un contributo del 50% richiesto al paziente.

L'istituzione della Health Maintenance Organization (HMO) ha destato numerose reazioni non solo nel settore sanitario, ma un po' in tutti gli ambienti politici e culturali. Può essere interessante fare una sintesi di alcuni commenti. Per capire alcune posizioni assunte dall'opinione pubblica bisogna premettere che il sistema contributivo

per la categoria di utenti con un impiego resta in sostanza lo stesso, 20% per i lavoratori ed 80% per i datori, mentre il cambiamento fondamentale investe la gestione dei servizi.

L'HMO è un'iniziativa delle compagnie di assicurazione, rivolta soprattutto ai giovani alla ricerca di proposte particolarmente vantaggiose, ma viene descritta come una protezione limitata e "guidata", che vuole il controllo continuo su tutto il percorso di ogni evento medico. Televisione e giornali riportano sempre più casi nei quali o non si è fatto a tempo ad avvertire la compagnia (cosa accade quando ci si trova di fronte all'esordio acuto di una malattia che richiede un intervento tempestivo?), oppure il medico convenzionato, non operando nella stessa regione del paziente, non può rispondere alla necessità d'intervento urgente.

Ed ecco alcune tra le principali obiezioni mosse al piano Clinton:

- le alleanze regionali diventano monopoli del governo, che acquistano i servizi di assistenza sanitaria di base. Tutti i cittadini americani sono messi nella condizione di acquistare i servizi di base offerti dalla alliance della loro regione. La scelta però può risultare limitata a causa dei tetti di spesa max imposti dal governo e dalla regola del 20% che non può essere superato rispetto ai prezzi dei servizi mediamente offerti. Con questo sistema risulterebbero troppo avvantaggiati i poveri (!) rispetto ai ceti medi, che potrebbero anche aspirare a servizi migliori.
- diventerà quasi impossibile potersi permettere interventi specialistici, seppure a vantaggio di una maggiore diffusione della assistenza di base.
- per i medici diventerà impossibile esercitare privatamente.
- esiste il rischio che alcuni diritti del malato vengano violati, potendo le HMO escludere arbitrariamente dai loro networks determinati ospedali, medici o farmacie (la discrezionalità può prestarsi ad abusi).
- l'assistenza sanitaria universale, in base alla suddivisione del territorio in

regioni, potrebbe diventare troppo onerosa laddove esiste una maggiore concentrazione di povertà (le grandi città), tanto da determinarne l'abbandono verso zone meno popolate da parte di quote importanti di popolazione.

In generale comunque il maggiore rimprovero mosso al piano Clinton è quello di essere coercitivo, privando pazienti e famiglie della possibilità di scelta, e di fomentare attriti politici e razziali in quei distretti dove la popolazione è più eterogenea e stratificata.

Assistenza Sanitaria in Germania.

Il Sistema Sanitario in Germania, per quanto riguarda il finanziamento ed il supporto alle cure mediche, è organizzato in modo che a tali spese provvedano assicurazioni obbligatorie e facoltative non statali.

Nel caso delle assicurazioni obbligatorie, o "Gesetzliche Krankenkasse", si tratta di forme obbligatorie non a scopo di lucro e non statali, poiché l'onere del servizio è sostenuto dai contributi assicurativi e non dallo Stato. Al cittadino che possiede un lavoro viene richiesto un contributo obbligatorio del 15,6% sul proprio stipendio. Se lo stipendio supera una certa soglia (5300 DM), è possibile stipulare un contratto presso assicurazioni o "Krankenkasse" facoltative, ovvero compagnie completamente private, che possono offrire determinati vantaggi tra i quali, ad esempio, il rimborso di trattamenti all'estero.

Sebbene non esistano grandi differenze nella qualità dei servizi e nei trattamenti di base, con le assicurazioni private facoltative è possibile tuttavia accedere a cliniche completamente private nelle quali essere curati direttamente dal primario, avere camere individuali, o ricevere altri trattamenti privilegiati. I trattamenti in queste cliniche sono accessibili solo dietro pagamento di premi più elevati tramite contratti assicurativi facoltativi.

In Germania esistono diversi enti che istituiscono e gestiscono ospedali e cliniche; oltre a Land (Regioni) e Comu-

ni, ci sono la Chiesa, associazioni religiose o laiche, come la "Croce Rossa", ed imprese private. Tranne l'ultimo caso, tutti gli altri ospedali e cliniche sono rimborsabili dalle assicurazioni obbligatorie. Non esistono limitazioni vincolanti nei trattamenti di base, e le Gesetzliche Krankenkasse provvedono al pagamento di ricoveri ospedalieri, trattamenti ambulatoriali, ed anche delle sedute di psicoterapia. Ogni tipo di struttura, istituto, o servizio di assistenza anche extraospedaliero, compresi gli ambulatori privati, fa capo agli enti assicurativi obbligatori.

I diversi istituti impegnati nella assistenza sanitaria non attingono da un fondo unico, ma si rapportano alle diverse agenzie assicurative con le quali sono convenzionati gli stessi ed i singoli pazienti, e non esiste attualmente un organo ufficiale di coordinamento che garantisca all'utente di ricevere gli stessi trattamenti, da un punto di vista qualitativo e quantitativo, cambiando istituto o assicurazione.

Questo problema esiste soprattutto negli interventi territoriali per tossicodipendenza ed alcoolismo. Per essi, visti i diversi tipi di organizzazione a cui far capo, diventa difficile muoversi in modo unitario. Le associazioni di beneficenza ("Träger") laiche e religiose, i Land, ed i singoli Comuni gestiscono in modo diverso, caso per caso, le questioni finanziarie per il rimborso delle assicurazioni obbligatorie.

Per gli operatori diventa talora difficile farsi un'idea precisa di questa molteplicità di situazioni, al fine di rapportarsi per realizzare i propri programmi terapeutici.

Per i cittadini che non lavorano a causa di inabilità, invalidità o disoccupazione involontaria esistono pensioni e sussidi che, oltre a garantire ai più indigenti una somma di denaro per l'alloggio e circa 500 DM al mese, rimborsa ogni tipo di spesa medica e psichiatrica di base.

Il punto debole del sistema descritto si manifesta allo stato delle cose nel momento in cui l'operatore deve adattare le proprie iniziative personali alla

complicata rete dei servizi ed alla eterogeneità dei rapporti vigenti tra essi senza l'aiuto di un organo di coordinamento. Manca una formalizzazione dei rapporti tra operatori ospedalieri ed esterni. I contatti tra ospedali e "Sozialpsychiatrisches Zentrum" (Centri Sociopsichiatrici) non sono obbligatori né formalizzati. Attualmente, grazie all'opera degli assistenti sociali è stato possibile colmare alcuni vuoti organizzativi, soprattutto nel coordinamento degli interventi che fanno parte di programmi terapeutici più ampi (dall'ospedale al territorio).

Interventi psichiatrici negli Stati Uniti.

L'evoluzione dei programmi di intervento psichiatrico sia negli Stati Uniti che in Germania ha portato ad eleggere come obiettivo primario la continuità di trattamento, in modo che per il malato il ricovero ospedaliero sia solo uno dei momenti del suo iter terapeutico. Nel 1963, era entrato in vigore negli Stati Uniti, sotto la presidenza di J. F. Kennedy, il Community Mental Health Centers Act, che prevedeva lo stanziamento di fondi per la costruzione di centri di salute mentale inseriti nelle diverse aree del territorio. Attualmente la Community consiste in un'area territoriale che raccoglie dai 75000 ai 200000 abitanti. In essa si esplicano una serie di interventi contraddistinti dal fatto di svolgersi in seno alla collettività ed al contesto sociale prossimo al paziente, ossia in un ambiente che considera il paziente stesso come suo membro attivo ed al quale egli senta di appartenere. I servizi psichiatrici di base offerti dalla Community sono:

- ospedalizzazione
- l'intervento d'urgenza 24h/24
- trattamento ambulatoriale, programmi di ricovero parziale, Half-way houses, interventi riabilitativi
- consulenza e supporto relativo ai problemi di sistemazione del malato di mente grave.

In una parola, la gestione del caso clinico, se possibile, dal suo esordio alla

fase di riabilitazione.

Questo tipo di intervento viene considerato dagli americani come la terza rivoluzione psichiatrica, dopo la prima, nella quale, grazie alla filosofia settecentesca dei lumi, il concetto di malattia mentale si liberò di significati magico-superstiziosi ed irrazionali, e dopo la seconda, in cui si affermò l'interpretazione psicoanalitica dei fenomeni psicopatologici grazie a S. Freud. I principali elementi che definiscono il concetto di "Community mental health" sono: - prevenzione primaria (dell'esordio), secondaria (individuazione precoce e cura) e terziaria (riabilitazione)

- programmazione e coordinamento
- continuità terapeutica
- multidisciplinarietà
- transistituzionalizzazione
- volontariato sociale
- nuova cronicità e deriva sociale

Questa molteplicità di aspetti correlati fra loro arriva a delineare il cosiddetto "total system", all'interno del quale emerge la architettura dei ruoli impegnati. Gli psichiatri anche pediatrici sono coadiuvati attivamente da infermieri, psicologi clinici, assistenti sociali, "terapisti occupazionali", ed altri collaboratori laici e religiosi, operanti nelle più diverse associazioni familiari, umanitarie e di volontariato. Dal punto di vista del malato, esiste tuttavia un'unica figura capace di unificare e coordinare le diverse competenze e di essere filo conduttore di tutte le fasi dell'intervento, ossia il "case manager". Questa figura innovativa contribuisce a rendere possibili tutti gli interventi relativi alla Community, catalizzando lo scambio di informazioni tra gruppi di lavoro intra ed extra ospedalieri, agenzie di servizi (HMO ad es.) ed istituzioni.

Poiché la Community, nella eterogeneità della propria struttura, si pone come obiettivo di coinvolgere nelle decisioni relative a necessità e programmi di assistenza tutti gli operatori coinvolti, specializzati e non, sono state create la National Alliance for Mentally Ill e la National Mental Health

Association, ossia strutture statali o regionali che, di volta in volta, considerano il potere d'acquisto degli utenti per negoziare i prezzi dei servizi con i piani di assistenza sanitaria (network di ospedali, medici, cliniche che offrono una vasta gamma di interventi).

In questo tipo di organizzazione è contemplata anche una sorta di "servo - meccanismo", chiamato National Health Board, che si prefigge da una parte di specificare gli "standard" benefit plan, ossia la copertura minima prevista da tutti i piani di assistenza nell'ambito di quella che gli americani chiamano "managed competition", e dall'altra di controllare il funzionamento delle Health Alliances.

Nel Sistema Sanitario americano attualmente si evidenzia l'intento di intessere una vera e propria "rete terapeutica" territoriale, costituita dalle Communities, che nelle proprie maglie raccolga il maggior numero di problemi, condizioni e quesiti possibili per affrontarli, risolverli e mettere a punto sistemi di verifica sui metodi utilizzati. Nei confronti della patologia psichiatrica il modello di "rete terapeutica" sembra appropriato, dal momento che la categoria dei malati cronici è particolarmente rappresentata, e con essa il problema di non poter intervenire esclusivamente attraverso la lungodegenza. Quindi si parla di trattamento psicosociale e all'operatore psichiatrico si impone di considerare come fattore terapeutico anche il reinserimento del malato nel proprio contesto sociale, nel proprio quartiere e, se non ha una casa o ha perso il lavoro, viene contemplato di provvedere anche a questioni meno eminentemente psichiatriche.

Anche negli Stati Uniti sono state preparate soluzioni al problema del reinserimento del malato psichico cronico attraverso la cosiddetta assistenza transizionale: nello stato di New York prima, e poi in tutta la nazione, sono state create le Half-way Houses che, secondo un emendamento emesso nel 1973, sono distribuite nelle varie circoscrizioni.

In particolare riportiamo un esempio di ciò che si intende per "Community residential continuum" secondo alcuni autori:

- APA task force (American Psychiatric Association): assistenza infermieristica, domicilio di gruppo, personal care home, foster home, collocazione nella famiglia naturale, satellite housing, vita indipendente (elenco dalla forma più a quella meno restrittiva)
- Carling and Ridgway: Quarterway house, halfway house, three-quarterway house, family foster care, crisis alternative model, domicilio di gruppo, apartment program, boarding home, nursing home, sportelli per gli homeless, famiglia naturale.

Interventi psichiatrici in Germania.

Nel 1975 venne resa pubblica con il titolo di "Psychiatrische Enquete" un'indagine, avviata in Germania alcuni anni prima, finalizzata a verificare lo stato di salute della Psichiatria Tedesca. Ciò che emerse fu la presenza di inconvenienti e carenze del servizio psichiatrico tanto in ambito ospedaliero, quanto in quello territoriale. Per risolvere tali problemi la commissione d'inchiesta avanzò diverse proposte, il cui scopo era, tra gli altri, di orientare il servizio psichiatrico verso una più efficace assistenza sul territorio, con la costruzione di impianti di assistenza complementari e capaci di integrare trattamento e consulenza effettuati dalle cliniche e dagli ambulatori preesistenti. Tutto ciò fu considerato realizzabile purché si tenessero in considerazione le difficoltà di coordinamento tra le strutture nuove e quelle già esistenti e, come osservato negli Stati Uniti, a patto che si iniziasse a considerare la malattia psichica, per investimento di risorse, pari a quella organica.

Diverse furono le proposte concrete, quali, ad esempio, il decentramento dell'intervento dalle grandi strutture ospedaliere, con lo sviluppo di Unità Psichiatriche più vicine al territorio, ed un miglioramento dell'assistenza domiciliare o presso alloggi protetti.

Inoltre si prese in considerazione la necessità di aggiornare la preparazione delle figure professionali impegnate e di rendere più attiva la partecipazione del malato alla vita quotidiana con un suo più armonioso inserimento nella comunità.

Nella città di Colonia, ad esempio, quando nel 1978 fu chiuso l'ospedale di Brauweiler, il più grande della città, si evidenziarono tutte le carenze dei servizi cittadini, delle strutture ambulatoriali, e di quelle di riabilitazione relativamente alle lungodegenze.

Il passo successivo fu quello di realizzare un sistema costituito da Unità Psichiatriche ospedaliere inserite nel contesto di un servizio territoriale capillare (si ritorna al concetto di rete terapeutica).

L'assistenza psichiatrica a Colonia venne suddivisa in settori per i quali, attualmente, sono competenti 5 cliniche della città. Ogni settore, "Stadtbezirk", ha caratteristiche e dimensioni diverse, corrispondenti alla capacità delle cliniche cui fa capo, e si propone di fornire le seguenti forme di assistenza:

- servizio ambulatoriale
- cliniche diurne e notturne - posti di lavoro protetti
- istituzioni specializzate per interventi su alcolismo, tossicodipendenza, epilessia e trattamento di bambini ed anziani.

Per ogni settore è previsto un "centro psicosociale" con servizi di "consulenza e contatto" (che si occupano anche di problemi amministrativi e perizie legali), un servizio di "Betreutes Wohnung" (residenze assistite), ed il servizio psicosociale decentralizzato.

Diversamente da quanto osservato per gli Stati Uniti, almeno nella città di Colonia non esiste un organo o una figura che coordini tutte le attività, ma esiste uno spazio di confronto tra i servizi e le persone che si occupano o sono in rapporto con l'ambiente psichiatrico, addetti ai lavori, parenti o volontari, che si chiama "Psychoziale Arbeitsgemeinschaft" PSAG).

Si tratta di una guida, scaturita dalla collaborazione degli Istituti e Servizi di Salute Mentale, che di volta in volta aggiorna le informazioni disponibili per orientarsi nell'utilizzo dei servizi offerti. La PSAG approfondisce le problematiche più sentite, proponendo fascicoli monografici, che mettono a fuoco una certa patologia psichiatrica, raccolgono nomi, indirizzi, numeri di telefono, modalità di accesso e di trattamento. Il fine di questo strumento è di mantenere una continuità terapeutica, che si basa sulla conoscenza delle diverse possibilità di trattamento dal momento in cui il paziente viene dimesso dall'ospedale. Per tradurre in

modo efficace l'orientamento generale che caratterizza la Psichiatria, in particolare a Colonia, ed i bersagli sui quali ci si propone di agire, si può ricorrere a quanto viene affermato in un fascicolo delle guide PSAG a proposito della vita dei malati a lungo termine e delle gravi condizioni che la minacciano, ossia:

- ANGST, o paura della vita e del futuro, dalla quale possono derivare frequenti atti aggressivi contro se stessi e gli altri.
- ALLEINSEIN, o solitudine derivante dal timore che la malattia acuisce nei confronti del mondo esterno.
- ARBEITLOSIGKEIT, o disoccupazione causata dalle difficoltà nel mantenere il posto di lavoro, soprattutto durante le fasi critiche della malattia.
- AUSGRENZUNG, o emarginazione, ad esempio, quando si perde la propria abitazione a causa di difficoltà nei rapporti con il proprietario o con i vicini di casa.
- ARMUT, o povertà quando si arriva a perdere il proprio lavoro, condizione resa ancor più grave dalla carenza di aiuti economici da parte di Assistenza e Sicurezza Sociale.

Per concludere ecco a pagina 8 un esempio di ciò che si intende per "guida ai servizi psichiatrici" secondo la PSAG:



Arteterapia al "Mosaico"

GUIDA AI SERVIZI PSICHIATRICI DI COLONIA (PSAG 1992)

tipo di aiuto richiesto

Trattamento ambulatoriale specialistico di malattie psichiatriche o neurologiche per pazienti in grado di richiedere in modo autonomo l'aiuto del medico.

Trattamento specialistico di malattie psichiatriche croniche in presenza di problemi psicosociali che non rendono possibile la consultazione di ambulatori privati.

Trattamento psicoterapico rivolto soprattutto ai disturbi di personalità o a disturbi secondari ad altre patologie.

Consulenze psicosociali mirate all'intervento nelle fasi acute, in assenza di problemi di salute fisica, familiari, o scolastici.

Trattamento psichiatrico per malati stabili dai 18 ai 59 anni e per tossicodipendenti, quando non è sufficiente il trattamento ambulatoriale, o l'intervento presso ospedali di medicina generale.

Intervento presso CLINICHE DIURNE, rivolto ai pazienti dai 18 anni in poi, quando il trattamento ambulatoriale o il ricovero ospedaliero non sono sufficienti.

Intervento su bambini e giovani con disturbi psichiatrici o disturbi che si manifestano attraverso vistose anomalie del comportamento.

Intervento in fase critica, consulenze su trattamento, riabilitazione e assistenza.

Prevenzione e cura per malati psichici cronici con particolari difficoltà psicosociali, o malati, per i quali tuttavia non si rende ancora necessario un programma terapeutico strutturato.

Possibilità di incontro, contatto e occupazione in seno a servizi di consulenza psicosociale e accompagnamento per pazienti dai 18 anni.

Trattamento quotidiano per la riabilitazione sociale di pazienti cronici.

a chi rivolgersi

AMBULATORI PRIVATI neurologici, psichiatrici e di psicoterapia.

AMBULATORI PSICHIATRICI OSPEDALIERI.

TRATTAMENTO MUTUALISTICO DI PSICOTERAPIA. Una lista, disponibile presso le "Krankenkasse", riporta i nomi di psichiatri già inseriti in protocolli psicoterapeutici noti, quelli di psicologi clinici, e di psicoanalisti.

Nelle scuole della città di Colonia e presso associazioni di volontari lavorano esperti psicologi, pedagoghi, ed assistenti sociali.

Vi sono 6 ospedali specialistici. Per il ricovero la precedenza è data ai residenti nella zona di competenza dell'ospedale.

Le principali cliniche psichiatriche della città dispongono anche di cliniche diurne (degenza part-time), presso le quali i malati vengono trattati solo dal Lunedì al Venerdì, mentre il resto del tempo lo trascorrono a casa.

Vi sono due ospedali specializzati che provvedono al trattamento ambulatoriale, alle degenze full-time, ed alle cliniche diurne. Un consultorio psichiatrico infantile dà la possibilità di chiarimenti, consulenze, perizie specialistiche. Tuttavia rimane compito del pediatra fornire la consulenza iniziale. Il risarcimento delle Krankenkasse comprende anche le sedute di psicoterapia per bambini.

SERVIZIO PSICHIATRICO SOCIALE E DI SALUTE MENTALE di Colonia.

CENTRI PSICOSOCIALI, di contatto e consulenza.

Vi sono due centri psicosociali a Colonia che dispongono di spazi per attività diurne.

Assistenza psicosociale presso residenze assistite indirizzata a ex pazienti cronici che dovrebbero vivere senza accompagnamento.

Riabilitazione psicosociale presso residenze, per pazienti cronici.

Riabilitazione al lavoro attraverso la TERAPIA OCCUPAZIONALE

Consulenze per i parenti dei malati psichici.

Consulenze, trattamento e riabilitazione indirizzato ai tossicodipendenti.

Difficoltà finanziarie, problemi di domicilio (senzatetto), problemi sociali di tutti i tipi, problemi legali e medico-legali.

Aiuto economico ed assistenza domiciliare per le cure mediche e le spese domestiche.

GERONTOPSYCHIATRIE

"Arztlicher Notdienst" (servizio di emergenza), e servizio di intervento telefonico.

Problemi psichiatrici in pazienti minorati psichici e nei casi nei quali viene richiesta una perizia.

Sostegno legale e personale, quando malattia o minorazione impediscono di compiere azioni che abbiano effetti giuridici.

GRUPPI DI AUTO-AIUTO

Vi sono diverse associazioni di volontari che mettono a disposizione residenze assistite in appartamenti singoli o collettivi. Esse collaborano strettamente con i centri psicosociali.

Esistono residenze di passaggio o "ÜBERGANGSWOHNHEIME" che offrono interventi differenziati.

Esistono pubblicazioni specifiche della PSAG che illustrano le possibilità di avviamento al lavoro.

Tutte le strutture ed i servizi psichiatrici offrono consulenze a familiari, amici e vicini, limitatamente a quanto consentito dal segreto professionale.

La disintossicazione dei malati, se non esistono gravi problemi psichiatrici associati, si effettua negli ospedali di medicina generale, oltre che negli ospedali psichiatrici. Per il continuum terapeutico ambulatoriale, i trattamenti semi o del tutto residenziali e la riabilitazione, Colonia offre interventi differenziati. L'ammissione ai programmi di trattamento viene stabilita a centri di consulenza specialistica. Il lavoro dei servizi specifici viene integrato da gruppi di autoaiuto.

Nell'ambito dei centri di aiuto psichiatrico, esistono organismi vicini al cittadino che provvedono alle consulenze, attraverso il Servizio Sociale Generale della città (Allgemeiner Sozialer Dienst, ASD).

Nella città, le associazioni di supporto operano attorno a 30 "Sozialstationen" ed a servizi di aiuto mobili. Interviene anche il Servizio sociale generale, ASD, della città.

È possibile rivolgersi a quasi tutte le strutture citate. La PSAG ha pubblicato in proposito alcuni fascicoli.

Possibilità di consulenze, fuori dai normali orari di visita. Associazioni Evangeliche o Cattoliche offrono la disponibilità continua di un primo supporto telefonico.

Per l'assistenza di base e le richieste dei minorati psichici, esistono asili, scuole, residenze e luoghi di attività specifici. Se compaiono anche problemi psichiatrici interviene il servizio di assistenza sociale.

Dal 1992 i maggiorenni non sono più soggetti a interdizione, né sottoposti a tutela. Esiste un nuovo istituto di assistenza, che rende possibile l'accompagnamento (una forma di supervisione meno vincolante).

Per i quali esiste un gruppo che funziona come punto di contatto ed informazione (Kontakt-und Informationsstelle, KISS).

"SPDC E TERRITORIO"

Dr. AUGUSTA PRIORI, Primario SPDC – USL n° 4 Chiavarese

L'arco di Traiano di Benevento è uno dei più insigni momenti dell'architettura e della scultura del secondo secolo. Ha una particolarità che lo caratterizza: funziona da porta cittadina ed ha un versante verso la città ed uno verso la vallata e la campagna circostante. La facciata che dà verso il centro cittadino è decorata da bassorilievi che raffigurano il mercato, le costruzioni edilizie, l'investitura ed il funzionamento delle magistrature civili; in altre parole le funzioni dell'interno della città. La facciata che dà verso l'area fuori le mura indica funzioni agricole, investitura e funzionamento di legazioni e di ambasciate ed accenna alla struttura della macchina militare romana; in altre parole le funzioni estere o, in termini odierni, territoriali.

Mi pare che l'arco di Traiano sia particolarmente adatto a servire da metafora dell'SPDC, "si licet magna componere parvis", dato che l'SPDC si trova proprio nella posizione di collegamento e nello stesso tempo di sepimento tra il mondo all'interno dell'ospedale ed il mondo fuori dell'ospedale.

È ovvio che paragonare l'SPDC ad un arco imperiale romano significa implicitamente, se non proprio sottolineare il trionfo di questa istituzione, farne almeno una discreta apologia ed io vorrei proprio iniziare con una apologia dei servizi psichiatrici ospedalieri.

La nostra legge psichiatrica, cheché si voglia dire, è stata una legge di grande respiro che, ancora oggi, suscita uno straordinario interesse all'estero, ma dobbiamo anche dire che, tra tante cose faraginose e scontate che contiene e che fanno di retorica e di parole, una delle cose più produttive e più nuove che ha creato sono proprio stati i servizi ospedalieri.

Con essi si è dimostrato che la psichiatria intramurale può essere gestita con un numero relativamente piccolo di letti, anzi la limitazione del numero di letti ha spinto a riconoscere le possibili

lità di guarigione implicite della psichiatria di oggi, che erano addormentate dai grandi ospedali perpetui; ha inoltre portato nell'intervento psichiatrico componenti di rapidità e di elasticità che hanno contribuito a fare della psichiatria una delle branche della medicina più ricca di risultati concreti e positivi. Ha fatto sì che la psichiatria irrompesse nella medicina e nell'ospedale, rendendosi indispensabile al punto che, oggi, nella discussione dei posti letto, gli unici posti letto che nessuno si sognerebbe di ridurre sono quelli psichiatrici e facendo anche sì che la consulenza psichiatrica è diventata indispensabile in un ospedale generale come e più di altre consulenze specialistiche.

Quindi, lor signori, potranno scusare il mio entusiasmo e l'ampia metafora con l'arco di Traiano.

Vorrei ora parlare di cinque aree che riguardano il funzionamento dell'SPDC, che sono:

- 1 – struttura e significato del servizio
- 2 – la dimensione verso l'interno
- 3 – la dimensione verso l'esterno
- 4 – le dimensioni formative
- 5 – i problemi dei ricoveri coatti

1 – Per quanto riguarda la sua struttura l'SPDC nasce ai tempi dell'elaborazione della legge 180, pressata dalla mannaia di un referendum incombenente, attraverso l'esigenza di un compromesso o, meglio, un conflitto: i reparti psichiatrici non devono, per motivi ideologici, esistere, ma nello stesso tempo devono, per motivi concreti, esistere. Ciò porta ad un "est et non" come nel poema di Ausonio e porta quindi ad un reparto che non si deve chiamare reparto, ad una struttura ospedaliera che non deve esistere ma deve essere fatto di 20 letti dentro all'ospedale ed in fine ad un contenitore per i ricoveri coatti che non poteva non esistere.

Come spesso succede dalla nevrosi

escono fuori opere d'arte e, da questa nevrosi conflittuale del legislatore è uscita forse l'unica realizzazione che si conosca dei concetti che Freyhan, ai tempi dell'amministrazione Kennedy, aveva presentato come i più avanzati possibile degli anni sessanta, quelli del Community Mental Center, del walk-in clinics, dell'open door e del revolving door; ed infine è scaturito un meccanismo di ricovero coatto molto efficace e del tutto sicuro, assai lontano dalle eccessive e paralizzanti garanzie di alcuni paesi, come l'Inghilterra ed il Canada, ma altrettanto lontano dal perverso e soffocante autoritarismo sovietico, dove il trattamento coatto veniva usato così spesso per fini politici.

Per venire ai significati dell'SPDC vorrei soffermarmi più che sui suoi aspetti categoriali e cioè descrittivi, sui suoi aspetti dimensionali e cioè di senso generale. In tale senso l'SPDC ha:

A) una **dimensione recettiva**, funziona cioè da buffer o da tampone delle situazioni altrimenti non gestibili;
 B) una **dimensione espansiva**, funziona cioè da *screening* attraverso la sua funzione diagnostica psichiatrica e somatica generale, permettendo di distribuire ed espandere il gruppo coeso dei pazienti verso le loro naturali aree di cura;

C) una **dimensione di clinical managing**, inserendosi nel progetto terapeutico a diversi livelli, che vanno dall'approfondimento della situazione biologica fino alla rassicurazione intramurale e alla presa di distanza da situazioni, al momento, intollerabili, agendo in modo concertato con altre strutture (dai Servizi di Salute Mentale alle Comunità Terapeutiche).

2 – L'area dimensionale rivolta verso l'interno tratta delle utilità dell'SPDC per l'ospedale e per il paziente ospedalizzato. Qui si pone fundamentalmente il problema della consulenza ospedaliera: sappiamo bene che una serie di

ricerche negli Stati Uniti tendono a sottolineare non solo i vantaggi della consulenza, ma anche gli svantaggi: i pazienti gestiti con la consulenza psichiatrica tendono ad avere ricoveri più prolungati, il che crea un rilevante problema negli USA a livello delle società di assicurazione e lo creerà tra poco da noi a livello dei nostri DRG. Questo non ci stupisce perché il lavoro, così spesso oggi definito come *liaison psychiatry*, comporta una implicita situazione di accudimento o di *maternage* che tende ad immettere una difficoltà nella dimissione da parte del paziente. D'altra parte l'indispensabilità dell'intervento psichiatrico dentro all'ospedale è legata al fatto che fundamentalmente il medico generale, l'internista e lo specialista in genere non sono attrezzati per affrontare e gestire il momento in cui in qualsiasi malato subentra un fenomeno psichiatrico.

Si tratta di una attrezzatura mentale ed emotiva, come è ovvio; il medico non è attrezzato emotivamente ad affrontare la persona che grida, che si comporta in modo incoerente, che aggredisce o che esprime autoaggressività.

Esiste in fondo quella che potremmo definire l'angoscia primaria, per cui il primario medico vuole un reparto che esprima una scena primaria edipica rovesciata, tenuta rigorosamente sotto controllo, in cui tutto sia soft, espresso sottovoce, in modo ordinato e contenuto; cosa che con la sofferenza umana in realtà non è possibile. Va tenuto presente che qui è in funzione quello che è stato definito il paradosso del dottor Cottard: si tratta del dottor Cottard di Proust che è persona del tutto ottusa, non in grado di comprendere la minima finezza o il minimo passaggio psicologico, eppure perfetto medico del corpo. Proust ci fa intendere una cosa molto vera: chi cura il corpo è poco attrezzato a curare la psiche e viceversa, come se la cura del corpo funzionasse quando non esiste quella funzione separativa che è indispensabile per intendere la mente.

3 - Veniamo ora alla dimensione rivolta verso l'esterno. È subito eviden-

te che verso le strutture esterne l'SPDC ha sempre avuto, nel nostro modello la funzione di parking area temporanea per permettere al paziente di recuperare lo spazio ed il tempo necessario per elaborare un progetto terapeutico, recuperare un progetto terapeutico già iniziato di cui si è perduto il filo per ragioni varie, prendere le distanze da tensioni diverse tra pazienti e familiari, tra pazienti nelle comunità terapeutiche, tra pazienti ed operatori o tra operatori stessi nelle comunità terapeutiche o nei servizi territoriali.

Accanto a questo il servizio di diagnosi e cura va inteso come uno strumento per agire da decantatore nel caso dell'acuzie e nel caso del sopravvenire di disturbi comportamentali. Ciò sia quando si costituiscono situazioni esterne di frattura sia quando si tratti di disturbi comportamentali implicitamente intermittenti, come tipicamente avviene nei disturbi bipolari e nei disturbi psicorganici intermittenti come quelli da alcool.

In altre parole l'SPDC qui assume proprio quel significato di revolving door o di walk-in clinics (come diceva Freyhan) che permette di assestare meglio in molti casi il progetto terapeutico che ha come protagoniste altre strutture pubbliche o private.

È ovvio che questa funzione di inserimento resta fondamentale quando sia importante la dimensione organica, sia in termini psichiatrici che neurologici che medici generali.

Purtroppo la dimensione perversa di queste componenti si realizza molto spesso quando il ricovero in SPDC viene disinserito dal progetto terapeutico e resta fine a se stesso, quando la pigrizia o l'incapacità dell'operatore esterno fa sì che il ricovero venga considerato il modo per risolvere il problema senza alcuna progettualità.

4 - A questo punto sarebbe importante parlare delle strutture intramurali nella dimensione formativa dell'identità dello psichiatra, significato che io ritengo fondamentale e momento che ritengo indispensabile in questo senso.

Tuttavia non è questo né il momento né il luogo di cui parlare di questo fatto.

5 - Sul trattamento sanitario obbligatorio mi soffermerò solo per limitare il più possibile quei vissuti drammaticizzanti che si sentono erroneamente riportare. Vale proprio la pena qui di usare la famosa titolazione Shakespeariana: *Much Ado for nothing*.

Questi istogrammi che vi mostro ne sono una dimostrazione lampante:

- il primo vi dice che i TSO superano appena il 10% dei ricoveri totali e quindi sono una percentuale minima;
- il secondo vi dice che gran parte dei TSO provengono dai Servizi di Salute Mentale e ciò ci permette di asserire che il TSO ha un significato in realtà di parking area per pazienti già ben conosciuti ed in fine la durata del TSO in quanto tale è assai limitata: sono ben pochi i TSO rinnovati due volte e pochi anche quelli rinnovati una volta sola.

Per concludere dobbiamo dire che l'SPDC, al di là della sua pregevole funzione di collegamento colla medicina generale, è fundamentalmente uno strumento rivolto all'esterno verso le Comunità ed i Servizi Territoriali; esso vive non tanto di emergenze psichiatriche autonome o dell'impraticabilità dei disturbi psichici all'esterno, ma vive, in qualche modo, di fallimenti ed è una sorta di curatore fallimentare; esprime cioè e cura il fallimento, spesso temporaneo, per fortuna raramente definitivo, del progetto terapeutico esterno.

Avevamo iniziato con l'arco di Traiano, finirò con l'arco di Giano: nelle monete del secolo d'oro dell'Impero romano veniva rappresentato l'arco di Giano con la scritta "*Pace populi romani terra marique ubique parta, Janum clusit*". Così si potesse chiudere l'SPDC, abolendo i ricoveri, senza mai fallimenti progettuali! Temo però che questa meta ideale non si potrà raggiungere e che il nostro arco di Giano non si potrà mai chiudere.

"L'ASSISTENZA TERAPEUTICO-RIABILITATIVA AL PAZIENTE PSICOTICO"

Dr. LUIGI FERRANNINI, Direttore Servizi Psichiatrici Azienda U.S.L. 3 - Genova

Le strutture intermedie, espressione delle culture di "transizione" del dopo-riforma e dei mutamenti avvenuti nella psichiatria negli ultimi trent'anni, hanno prodotto una feconda contaminazione fra modelli teorici ed operativi di differenti epistemologie: le psichiatrie, la psicoanalisi, le psicologie, gli influssi della sociologia, dell'antropologia, delle scienze economiche.

L'assistenza psichiatrica territoriale trova il suo elemento caratterizzante in quella che può essere definita la "utopia della ricomposizione": ricomposizione delle parti e delle esigenze del paziente e del suo contesto, ricomposizione dei luoghi e dei momenti della presa in carico, ricomposizione della cura con la vita della persona sofferente.

Il territorio costituisce, in quest'ottica, la rete di vincoli e di risorse, ma anche la dimensione culturale ed operativa dell'intervento.

Le conseguenze che derivano da questa nuova concettualizzazione dell'assistenza psichiatrica sono così schematizzabili:

- un mutamento del metodo (dall'osservazione nelle istituzioni a quella partecipata "in situazione");
- il superamento del paradigma conoscitivo fondato sulla separazione e sull'isolamento (dall'astratto dei luoghi sanitari al concreto della vita e del sociale);
- la metodologia della presa in carico;
- la continuità terapeutica.

La psichiatria di comunità si struttura in una cornice di riferimenti teorici e metodologici lungo i seguenti filoni di ricerca clinica:

- l'assistenza terapeutica della psichiatria istituzionale;
- i trattamenti integrati e/o multimodali;
- le strategie integrate multicontestuali.

Se la complessità dell'agire psichiatrico del dopo-riforma non ha impedito l'affacciarsi di nuove delusioni (la nuova

cronicità, la caduta dell'onnipotenza terapeutica, il ridimensionamento del mito psicoterapeutico, lo scarto fra esigenze e risorse a vari livelli, i costi ed i tempi della cura), contemporaneamente si è presa coscienza di un vuoto - terapeutico, assistenziale, operativo, esperienziale - da colmare. Sono cresciute l'esigenza di contatto, di interazione intensiva con la follia (che il manicomio, seppur ad alto prezzo, garantiva) ed il bisogno di continue innovazioni e rotture per arginare il rischio di burn-out degli operatori.

A questo proposito ricordiamo D. Napolitani, che parlava delle strutture intermedie come luoghi di frontiera, del passaggio alla gestione della malattia mentale all'esperienza terapeutica; e F. Basaglia, che individuava nel dopo-180 la grande sfida di avvicinare il paziente psichiatrico oltre lo schermo della pericolosità e della custodia.

La costruzione delle strutture intermedie in generale si misura con due opzioni:

- a) il rifiuto dell'"intermedio", in favore del servizio "forte", che opera in una rete assistenziale senza strappi;
- b) l'invenzione dell'"intermedio", connotato come luogo della alternatività, della vera terapia, della gratificazione per l'operatore.

In ogni caso, i problemi che si pongono riguardano in modo particolare:

- il rapporto tra il Servizio e la "sua" struttura;
- il rapporto fra i luoghi dell'"intermedio" e le prassi diffuse (le strutture, la casa, il bar, il territorio, ...);
- il passaggio dalle pratiche riabilitative concentrate nelle strutture intermedie alla riabilitazione nel territorio.

La terapia di comunità, va ricordato, è soprattutto terapia di territorio.

Il territorio, pertanto, in questa prospettiva diventa spazio fisico e mentale, "geografia della mente e delle sue relazioni significative" (Pazzagli, 1991) ed anche dimensione culturale ed operativa

dell'intervento, rete di risorse e di vincoli, che costituiscono il percorso del possibile e del reale, con il quale fanno i conti sia la terapia che la vita del paziente. In esso si realizza quel complesso di interventi, definiti appunto "di rete", che, a prescindere dagli obiettivi specifici, svolgono essenzialmente funzioni psicologiche quali la protezione, il contenimento, il supporto, la tutela in una relazione di solidarietà, coinvolgimento ed empatia.

In questo senso il territorio è per definizione lo spazio dell'assistenza, in quanto naturale contesto e cornice del rapporto tra soggetto e gruppo, tra luoghi della cura e luoghi della quotidianità, tra malattia e salute.

L'assistenza psichiatrica non può dispiegarsi compiutamente senza ed al di fuori di un territorio storico, reale e pertanto anche simbolico, che rende possibile e concreta la relazione di aiuto.

A questo punto, ci pare opportuno ricordare che i concetti di "intermedio" e "transizionale" vanno tenuti ben distinti, per non creare pericolose confusioni.

"Intermedio" si riferisce all'assetto organizzativo dei servizi - le strutture intermedie ad esempio - ma anche alla cultura ed alle pratiche assistenziali e riabilitative: evidenzia e sottolinea una esigenza di integrazione e di connessione, che evidentemente manca, e di intermediazione tra bisogni e risorse, nel continuum della presa in carico globale del paziente.

"Transizionale" esprime invece un significato di passaggio, di area virtuale che consente di transitare il confine e realizza l'integrazione. Riprendendo Winnicott, Napolitani (1986) definisce i processi transizionali come "processi indefinitamente aperti, nel senso che si svolgono a partire da un luogo, non per raggiungere un altro luogo, ma per aprire il luogo di partenza all'esperienza del possibile".

La concettualizzazione di un'area transizionale implica per Winnicott la rottura ed il superamento della rigida dicotomia tra mondo interno e mondo esterno.

Pazzagli (1991) fornisce una chiave di lettura della psicopatologia della psicosi come patologia dello spazio potenziale o transizionale, area virtuale tra mondo interno e realtà esterna, tra fantasia e fattualità. Gli oggetti appartenenti a quest'area assolvono ad una funzione transizionale, consentono il movimento verso l'integrazione di elementi sia fantasmatici che reali.

Le caratteristiche strutturali e le modalità relazionali degli psicotici tendono invece alla costante disgiunzione: a difesa della precaria e paradossale integrazione, in assenza di una funzione transizionale, vengono interposti oggetti intermedi tra le due realtà. Si delinea così un territorio che non assolve a funzioni integrative, ma si costituisce come barriera alle percezioni interne ed esterne e ne sancisce la separazione e la incomunicabilità.

Anche questo spazio intermedio viene riempito di oggetti.

Ma a differenza di quelli transizionali, che sono insieme reali e fantasmatici, onnipotenti e protettivi, interni ed esterni, quelli intermedi, interposti tra il dentro ed il fuori, non sono completamente né interni né esterni, né realtà né fantasia, ma confusa miscela di entrambe.

In questa luce, tracciare i limiti dell'intersoggettività diventa un compito fondamentale del trattamento del paziente psicotico, favorendo la ri-costruzione di questo spazio virtuale attraverso e dentro la relazione terapeutica.

E questo può avvenire assumendo la funzione transizionale nella mente del terapeuta e nella sua relazione con il paziente: lo spazio mentale del terapeuta si costituisce in prolungamento di quello del paziente, e deve lasciarsi permeare ed occupare dagli oggetti cattivi e dalle parti scisse che il paziente gli "mette dentro" per poterne consentire contenimento e rielaborazione. Può così assolvere transitoriamente a una funzione transizionale, lavorando per la costruzione di quello che Benedetti chiama "soggetto transizionale" (1987).

In definitiva, possiamo affermare che una buona prassi psichiatrica, intermedia

nella dimensione operativa e tendenzialmente transizionale in quella transferale, può aprire per il paziente percorsi all'esperienza del possibile, ad un sapere creativo e personale, alla comunicazione tra mondo interno e mondo esterno, a condizione di essere centrata sulla relazione terapeutica.

Sofferamoci ancora brevemente su quella che può essere definita l'ambivalenza ontologica della strutture intermedie.

Si presentano come luoghi dell'alternativo, della terapia, della riflessione, rispetto alla turbolenza dell'ambulatorio, delle pratiche connotate dall'urgenza, dal controllo, dalla vecchia psichiatria.

Al contempo integrano modelli e teorie differenti sulla malattia mentale, spesso contrapposti (modello della lesione, del deficit, della vulnerabilità, ecc.); integrano metodologie di trattamento diversificate (farmaci, gruppi terapeutici, ateliers, terapie a mediazione, interventi riabilitativi, trattamenti integrati, ecc.); costituiscono l'espressione del superamento delle dicotomie e contrapposizioni tra psichiatria sociale e antiistituzionale, psicoterapie e riabilitazione, relazione terapeutica duale e lavoro d'équipe.

In questi luoghi si esprimono ed al contempo si contaminano i paradigmi operativi ed i modelli culturali in continuo movimento.

Si collocano in questa cornice (e trovano risposte pragmatiche e non riproducibili) alcuni problemi operativi:

- a) il rapporto fra dipendenza ed autonomia, fra funzione iperprotettiva e funzione iperselettiva, fra cura e tutela, fra terapia e vita, fra assistenza ed impresa sociale;
- b) la necessità della costanza dell'oggetto e della sua funzione supportiva.
- c) la possibilità di fare una "esperienza emotiva correttiva" (Gislon);
- d) i problemi della dimissione, della separazione, della ri-nascita;
- e) la complessità dei percorsi di reinserimento sociale;
- f) il rischio di un circuito senza uscita.

In questo quadro va visto anche il rimodellamento del rapporto tra pubblico e privato: la competizione può essere trasformata in integrazione e sinergia, co-

struendo nuovi rapporti basati sulla qualità del prodotto, passando dall'ottica dell'offerta a quella del fruitore, dalle convenzioni all'accreditamento, dalle rette alle tariffe a progetto.

L'esperienza di questi anni consente di collocare le strutture intermedie lungo una linea d'ombra risultante dalla sovrapposizione di successi ed insuccessi, tra luoghi dell'innovazione tecnica e spinte neo-istituzionalizzanti.

Se da un lato le strutture intermedie erano state pensate come alternativa alle istituzioni oppressive e come superamento dell'isolamento del paziente, a basso costo, caratterizzate dalla trasparenza, dal consenso e da un'affidabilità incoraggiata anche dai risultati, dall'altro sono emersi nuovi rischi: la rigidità dei nuovi contenitori, la cronicizzazione "dolce", la contraddittorietà degli esiti, la logica risarcitoria, la frammentazione ed il tecnicismo, la persistenza di alta conflittualità con i familiari, i cui bisogni sembrano essere sempre insaziabili.

Inoltre i costi si sono rivelati più alti del previsto, come recentemente dimostrato dalla rilevazione dei carichi di lavoro, se messi in relazione ai benefici, all'utilità ed all'efficacia.

Ed allora proviamo a vedere le Strutture Intermedie come una parte del Servizio, dal quale sono dipendenti sotto il profilo tecnico ed organizzativo:

- il Servizio inteso come laboratorio complesso di sperimentazioni, di prove ed errori, con i suoi protocolli di trattamento, gli standard, gli indicatori, la valutazione dell'esito, i programmi di qualità;
- le strutture intermedie come metafora, occasione, risorsa in continuo intreccio con il Servizio, con tutte le interazioni, integrazioni e retroazioni, ricordando che una struttura intermedia non risolve i problemi di un servizio debole e malfunzionante.

In prospettiva occorre pensare ad un nuovo ancoraggio culturale e sociale dei servizi, nuove alleanze anche con gli utenti e con il sociale, nuova ricerca scientifica che coniughi efficienza e solidarietà, nuove professionalità e motivazioni degli operatori.

"L'EQUIPE CURANTE NELLA PROSPETTIVA DI UN TRATTAMENTO INTEGRATO"

Dr. F. GIUFFRÀ, Primario Resp. U.O. Ass. Psych. U.S.L. n° 4 "Chiavarese"; DR. S. SANAVIO, DR. L. ZANLUNGO,
DR. M. ARCELLASCHI, con la collaborazione della I. P. M. CASTAGNOLA

LA PSICHIATRIA COME SCIENZA INTERDISCIPLINARE

La Psichiatria è forse una delle più complesse specialità mediche ed è sicuramente quella in cui più lunga e difficile è stata la strada percorsa per raggiungere un più preciso statuto scientifico.

Il problema della malattia è stato per molto tempo affrontato all'interno del dualismo cartesiano, vuoi come fenomeno riconducibile unicamente a cause fisiche oppure come espressione di un disagio unicamente psicologico.

Infine, con lo sviluppo della sociologia è stato spesso enfatizzato il ruolo e il peso del contesto micro e macrosociale nelle manifestazioni psicopatologiche.

La Psichiatria contemporanea tende ad un approccio al disturbo psichico che supera posizioni estreme e fa incontrare le *tre grandi anime organicistica, psicologica e sociologica*, indicando che nella comparsa della malattia mentale e nella sua eventuale cronicizzazione giocano, con diverso peso e varie modalità, fattori organici, psicologici, relazionali e sociali.

Questo modello integrato di interpretazione della malattia mentale costituisce la specificità, l'individualità e l'originalità della Psichiatria nell'ambito delle altre discipline.

Possiamo pertanto affermare con Schutz che "l'ambiente dell'io e quello del tu, e quindi l'ambiente nostro è uno e comune.

Il mondo del noi non è il mondo privato mio o tuo, ma è il mondo nostro, un micro mondo intersoggettivo che ci è comune e che perciò è dato a noi".

La Psichiatria, pur con le sue specificità, si integra perfettamente nell'ambito della Medicina tutta perchè il suo approccio integrato psico-socio-somatico alle malattie, o meglio all'uomo malato, ha raggiunto ormai un livello di metodologia e verificabilità applicabili pressoché in

tutte le situazioni cliniche.

È forse questa la dimensione più originale del discorso dell'ultimo decennio. Burnham, Gladstone e Gibson (1969) definiscono l'integrazione il processo mediante il quale le parti o funzioni differenziate sono inserite in un insieme coerentemente articolato in grado di funzionare in modo armonico.

Riteniamo che la Psichiatria risulti sempre più aderente alla prassi scientifica e sempre più pronta a gettare un ponte verso le altre specialità mediche, nell'ambito delle quali osserviamo anche in quelle ad alto contenuto specialistico, una evoluzione interdisciplinare nel senso di una maggiore attenzione agli aspetti psichici. Il processo di deistituzionalizzazione, avviato in Italia con la Riforma Psichiatrica del 1978, realizza di fatto, pur tra innumerevoli difficoltà e contraddizioni, uno spostamento del "luogo di trattamento" da un ambiente chiuso, quello del Manicomio, a quello aperto del territorio e sembra evidenziare che la qualità dell'intervento dipende, in maniera consistente, dal tipo di organizzazione e dalle modalità di lavoro dei nuovi Servizi Psichiatrici.

Accade infatti che il paziente, superata la fase acuta e dimesso dal Reparto di Diagnosi e Cura, sia spesso costretto ad affrontare la vita senza che si tenga conto delle sue scarse capacità di utilizzare le "competenze sociali", abbandonato in una realtà che, per l'insufficienza di strutture pubbliche e private e di programmi di supporto adeguati, è di per sé fattore di rischio psicopatologico e di ulteriore isolamento.

Pertanto il Servizio Psichiatrico territoriale, per evitare i pericoli dell'utilizzo acritico del Reparto "di Diagnosi e Cura" e dell'assistenzialismo fine a se stesso e la tentazione della delega totale, deve non solo ridefinire continuamente la sua specificità, i confini, di competenza e la propria posizione rispetto alle altre

Agenzie Sanitarie e Sociali del Territorio, ma porsi innanzi tutto, come primario obiettivo operativo, il raggiungimento di una corretta programmazione della "presa in carico", sia dei pazienti provenienti dall'SPDC che dei nuovi pazienti provenienti direttamente dai referenti territoriali, valutando e attuando gli interventi necessari per seguire e dare supporto attivo a questi soggetti.

DEISTITUZIONALIZZARE PUÒ ALLORA SIGNIFICARE:

a) Prevenire ricoveri non necessari mediante opportune alternative assistenziali e riabilitative nella comunità; b) Valutare adeguatamente nelle fasi operative i correlati del disturbo psichiatrico, come si esprimono nel quotidiano e nella relazione interpersonale, e in che misura influenzano e/o condizionano la vita del paziente; c) utilizzare realisticamente, anche in funzione della prevenzione, le possibilità offerte dalla riabilitazione psicosociale nel campo delle Strutture intermedie (Day Hospital, Centro Diurno, Pubblico e/o Privato ecc.), ricordando che spesso i fattori socio-ambientali non sono solo fattori stressanti o eventi scatenanti la crisi, ma anche variabili determinanti la qualità stessa del disturbo psicopatologico.

UN POSSIBILE STRUMENTO PRACTICO DI INTERVENTO

Una delle caratteristiche del lavoro clinico territoriale è che, in qualche modo superata per mezzo degli strumenti disponibili la fase acuta, occorre individuare un programma terapeutico che valorizzi, oltre alla necessaria attenzione al quadro psicopatologico in sé, anche l'influenza delle variabili socio-ambientali nella vita del paziente psichiatrico, per cui, nella impostazione del progetto di intervento, si deve tener conto di tutte le seguenti "aree", intese come "luoghi di trattamento", che vanno coordinate e integrate.

Queste "aree", questi luoghi, sono rappresentati da:

- 1) La residenza e tutto ciò che riguarda quest'ambito di vita, compresi i rapporti con i familiari, quando presenti;
- 2) Le occupazioni quotidiane, la strutturazione della giornata, i problemi dello studio, del tempo libero, degli interessi, dell'eventuale inserimento lavorativo;
- 3) "Le competenze di vita": autonomia (life skills) e le capacità necessarie per vivere in modo indipendente;
- 4) "Le competenze sociali" (social skills) e le capacità-possibilità di relazione interpersonale;
- 5) Il "networking", ossia i problemi relativi all'impostazione - mantenimento - espansione di una rete di supporti sociali e professionali;
- 6) La componente medico-terapeutica (follow ups ambulatoriali e valutazione della farmacoterapia, della psicoterapia, degli interventi domiciliari);
- 7) Il "budgeting" cioè i problemi relativi alla gestione e alla corretta utilizzazione degli (eventuali) introiti e dei beni economici.

Ne consegue che lo Psichiatra che, insieme alla sua équipe, formula un programma, si trova a misurarsi anche con parametri di valutazione che, prescindendo dai dati della diagnostica clinica, gli consentono di valutare il livello della "quality of life" di un paziente, che vive nel proprio ambiente comunitario.

Inoltre la prossima applicazione del Decreto di definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici e la conseguente necessità da parte delle UU.SS.LL. e dei Comuni di provvedere ai bisogni di tipo terapeutico e a quelli, forse prevalenti, di tipo assistenziale richiederanno un ulteriore impegno programmatico e gestionale da parte di tutte le Agenzie interessate (U.O. assistenza Psichiatrica, U.O. Assistenza Anziani, U.O. Disabili, Servizi Sociali, Privato Sociale, ecc.).

Nel nostro campo l'esperienza quotidiana della complessità e della relazione operatore-paziente all'interno dei nuovi Setting (cioè i diversi luoghi dell'intervento) non solo rende problematico il significato di una diagnostica clinica, costretta a tener conto degli apporti conoscitivi di modelli diversi, e non facilmente integrabili, ma

evidenzia i limiti di uno strumento che non riesce a fornire dati facilmente traducibili in una prassi operativa.

E ci vogliamo riferire alla diagnosi.

Lo scopo della diagnosi non è soltanto la definizione e la classificazione di una malattia secondo la reificante ottica nosologica di Kraepelin, ma *cosa fare* di fronte a un malato con gravi disturbi psichici.

Su questo argomento della diagnosi, peraltro molto interessante, non riteniamo possibile dilungarci in questa sede, ma desideriamo almeno accennare al nostro concetto di diagnosi integrata bio-psico-sociale, riferibile ad un modello complesso a più livelli del disturbo psichico, che nell'attuale svolta operativa territoriale corrisponde al lavoro effettivamente richiesto all'équipe multidisciplinare e costituisce il fondamento pratico su cui essa formula in termini realistici un progetto di continuità terapeutica.

Quanto abbiamo finora riferito circa i rapporti con le varie strutture e "Agenzie" territoriali ha definito, sostanzialmente attraverso una prassi, quella che è poi diventata la specifica realtà di lavoro territoriale. Tale attività, in un certo senso "obbligata", ha fatto sì che comunque gli operatori, superando l'equivoco di vedersi portatori di un "sapere scientifico" preesistente, si trovassero a lavorare sul campo, con una professionalità tutta da ridefinire, in un Setting nuovo per tutti. Partendo dal confuso, mal definito concetto di "territorio", tuttavia reale nel suo senso geografico e altrettanto reale nella sua quotidiana richiesta di aiuto, gli operatori dei Servizi si sono trovati a fronteggiare difficoltà sempre crescenti, legate alla necessità di rispondere in modo adeguato, oltre che tempestivamente, alle varie richieste che i compiti istituzionali comportano.

DEFINIZIONE DELLA DOMANDA

In parallelo alla domanda si costituisce l'équipe che per la sua struttura è in grado di intervenire flessibilmente, a seconda delle diverse situazioni (sia con l'attivazione di 1 o 2 figure professionali diverse, per es. nelle patologie depressive, nella psichiatria di consultazione ecc., sia coinvolgendo l'équipe nel suo com-

plesso, come nella cura del paziente psicotico).

I Servizi territoriali nascono inizialmente per rispondere alla domanda di presa in carico della patologia psicotica, di nuova e vecchia provenienza (ex O.P.), ma poi il ventaglio si allarga e si accresce la richiesta ai servizi da parte di pazienti con vari disturbi (di personalità, depressioni, i cosiddetti disturbi "psicosomatici" ecc.), che comportano l'utilizzo di tecniche sempre più sofisticate.

Il lavoro in équipe si è venuto pertanto affermando e consolidando nel tempo.

Al di là dell'organizzazione formale dei ruoli e delle funzioni pensiamo all'équipe come a un gruppo di lavoro caratterizzato da una mentalità e da una cultura condivise, che si vengono lentamente formando e sedimentando.

Professionalità consolidate e altre più nuove, operatori con anni di esperienza istituzionale e altri di recente formazione, ciascuno comunque portatore di una propria cultura e di proprie aspettative, vi si confrontano.

Ci sembra realistico pensare alla coesistenza di approcci differenti, facendo sì che esista una compenetrazione tra i vari problemi, che con la loro personale soggettività, i nostri pazienti ci pongono (Napolitani, 1987).

Ballerini e Berti Ceroni (1986) ben evidenziano la necessità che gli approcci tecnicamente diversi, e le diverse competenze che li sottendono, siano integrati in una cultura comune, che non vuol dire né la difesa di impensabili equalitarismi né fedeltà a un unico modello teorico, ma una cultura di gruppo da cui possa scaturire la capacità elaborativa necessaria per trasformare interventi divergenti o affiancati in interventi integrati.

Soprattutto nel trattamento di pazienti psicotici riveste una validità terapeutica l'offerta di setting diversificati da parte di più équipes (di zona, delle strutture intermedie, del SPDC, ecc.), in collaborazione sul caso.

In questo modo il binomio "terapia-riabilitazione", inteso come un modulo che interseca trasversalmente più strutture e luoghi, diventa la vera e propria terapia di elezione degli stati psicotici (Petrella 1985).

Tra i requisiti per un buon funzionamento del Gruppo di lavoro appaiono neces-

sari alcuni elementi, quali la formazione permanente, il senso di identità del gruppo, la capacità di essere con gli altri e lavorare insieme.

Il sapere, per divenire un sapere collettivo, deve anche tenere conto del "saper essere" (Ciompi "La schizofrenia cronica è un artefatto sociale? Argomenti e controargomenti in Fogli di informazione n° 105, 1984).

Sapere, saper essere e saper fare: una conquista continua per coniugare e armonizzare conoscenze teoriche, capacità tecniche, qualità personali. Al riparo il più possibile dal rischio di far scendere la prassi a momenti individuali di intuizione o, ad un modo di lavorare per così dire "artigianale" (Ciompi).

La base è costituita da riferimenti teorici solidi e da una pratica di lavoro dove ciò che avviene è considerato occasione di

riflessione e di elaborazione.

Approccio integrato significa anche analisi sul lavoro svolto e sulle varie dinamiche in gioco comprendendo anche la capacità di riflettere sul proprio operato e la disponibilità a modificare gli interventi a seconda delle necessità.

In questi anni, si è consolidato all'interno del Servizio uno stile di lavoro in équipe, che appare come elemento sostanziale e fondante della cultura e delle modalità organizzative del Servizio stesso.

Come ben evidenziato da Correale (Correale A. "Il campo istituzionale" Borla Roma 1991), l'istituzione può funzionare come un "campo di lavoro" che attiva operazioni mentali attraverso una collaborazione di gruppo con un sistema a contenitori multipli (psicoterapeuta, psicologo di gruppo, équipe, supervisore).

Prendersi cura dei pazienti psicotici mette di fronte ad un riesame complesso e intricato di richieste e bisogni (da parte del paziente, della famiglia, del contesto socio-ambientale) cui corrisponde la necessità di offrire risposte articolate.

L'impatto con la cronicità, con la difficoltà di "curare" e con l'impossibilità spesso di "guarire" (nel senso medico tradizionale del termine) pone lo psichiatra iterativamente a confronto con il limite, scientifico e pragmatico.

Si evidenzia la necessità di definire una situazione terapeutica (potremmo dire un "setting") nuova ed allargata, in grado non solo di contenere la complessità della gestione della patologia psichica (acuta e cronica) ma anche di sostenere gli operatori in quella che è, citando Resnick, "una professione dura e difficile".



Arteterapia al "Mosaico"

"CENTRO DIURNO E DAY HOSPITAL NEL DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA DELL'USL N° 4"

Dr. PAOLA CARRARA, Aiuto Psichiatra

Il Day Hospital è in funzione presso il nostro Servizio dal 1990. È aperto la mattina dal Lunedì al Sabato.

Attualmente è composto da 12 letti suddivisi in 5 stanze, una sala medica ed una stanza per i colloqui.

Vi lavorano 2 medici e 6 infermieri suddivisi in due turni.

Vi è la collaborazione di altre figure professionali come lo psicologo e l'assistente sociale. Chiediamo, quando è necessario, anche la consulenza dei Colleghi dei vari reparti.

Vi si svolgono attività di cura, accertamenti psicodiagnostici, un primo livello di indagini mediante analisi e controlli in caso di terapie prolungate.

Vengono al D. H. pazienti "in crisi" inviati dal medico del S. S. M., se il paziente è già seguito, dal collega dell'SPDC o dell'OC, dal medico curante, oppure per richiesta diretta della persona.

Si effettua un primo colloquio in cui si chiariscono e stabiliscono le modalità della cura. Ci occupiamo di tutta la patologia.

Nel 1994 sono stati effettuati 2243 ricoveri per un totale di 167 pazienti; nei primi 6 mesi del 1995 registriamo 1337 ricoveri per 107 pazienti.

Il D. H. nasce dall'avvertire, attraverso la storia del ns. Servizio, la necessità e la possibilità di una maniera di cure diversa da quella prestata in ambulatorio e in SPDC, utile soprattutto in quelle situazioni dove il mantenere, per il paziente, un contatto con la propria realtà personale, familiare e sociale, viene ritenuto significativo.

Un altro aspetto è stato quello di considerare, come dice Petrella "sia le procedure tecniche (e cioè i modi di vedere e di atteggiarsi degli operatori) ma anche la qualità dello spazio offerto".

Infatti crediamo che le dimensioni, l'organizzazione spaziale, l'arredamento e l'atmosfera siano segnali importanti che trasmettono le carat-

teristiche di contenimento degli operatori.

Uno spazio che accoglie, che riconosce e comprende i bisogni del paziente, favorisce lo sviluppo di programmi di cure intensivi e diversificati.

Cerchiamo quindi, seppur disponendo di arredi standard di prestare attenzione alla loro disposizione, pulizia e manutenzione, affinché l'ambiente sia tranquillo e garantisca riservatezza e, di conseguenza, di vedere come il paziente utilizza questo spazio e lo vive e le relazioni che stabilisce dentro di esso.

È all'interno di questo contesto che abbiamo deciso di fornire, oltre che le cure specialistiche, anche un primo livello di indagini e di consulenza. Questo può avvenire tramite un nostro impegno diretto o qualora sia possibile, aiutando e supportando il paziente.

In altre situazioni il corpo diventa la metafora usata - "saper stare al linguaggio del paziente" come dice Semi - e talvolta è proprio attraverso l'accudimento del corpo tramite piccoli gesti (misurare il polso, la pressione) che si può favorire una regressione e un contenimento che permette al paziente di arrivare alla parola, alla comunicazione verbale dell'ansia e dell'angoscia.

L'équipe che lavora al D. H. si è strutturata come spazio mentale disponibile e recettivo che favorisce l'ascolto, che cerca di non essere pressata dall'esigenza di "fare diagnosi", né di forzare una ricostruzione storica precisa e puntuale o di raggiungere in tempi brevi un risultato.

La comprensione della situazione attuale del paziente, del momento di crisi permette allo stesso di rintracciare la storia della propria sofferenza in uno scambio emozionale diverso da quello solito.

L'équipe oltre ai quotidiani contatti ha una riunione settimanale (in passato è

stato possibile avere una supervisione).

In quel momento, oltreché alla discussione e messa a punto della terapia, è possibile per tutti gli operatori comunicare i propri "vissuti", la propria parte di narrazione della storia del paziente.

Significativi, a questo proposito, i contributi degli infermieri che hanno un contatto ed un accudimento più diretto e prolungato con il paziente. "È l'équipe, come dice Woodbury, che diventa fattore terapeutico capace di accogliere e connettere esperienze emozionali contrastanti prodotte dai meccanismi di difesa del paziente".

È nel cogliere i fatti, l'insieme delle relazioni, che si instaurano da gruppo (operatori) a gruppo (pazienti), da individuo a individuo che si realizza la possibile verifica del programma terapeutico.

Citando ancora Petrella "la formazione degli operatori non è solo acculturazione, non è neppure solo aggiornamento, ma la ricerca di un sapere che deve nascere dal confronto con l'esperienza e dalla riflessione sull'inattuale (proprio passato, conoscenze tradizionali) che deve misurarsi con il presente, con l'urgenza dell'angoscia e con le emergenze sempre nuove del paziente".

È in questa ottica che manteniamo e consideriamo importanti la comunicazione con gli altri operatori del Servizio, sia l'équipe territoriale che con quella del Centro Diurno.

Il nostro lavoro è quindi diretto a fornire una prestazione di cura sufficientemente adeguata, cercando di non idealizzare e di non creare aspettative magiche, perché come dice Foucault "la medicina offre all'uomo moderno il volto ostinato e rassicurante della sua finitudine; e se essa annuncia senza posa all'uomo il limite che porta in sé, gli parla anche del mondo tecnico che è la forma armata, positiva e piena della sua finitudine".

2ª Parte:

*STRUTTURE INTERMEDIE NELLA REALTA' LIGURE:
ESPERIENZE PUBBLICHE E PRIVATE A CONFRONTO*

**L'ASSOCIAZIONE LIGURE FAMIGLIE PAZIENTI
PSICHIATRICI**

Dr. GIULIO PONTE, Segretario A.L.Fa.P.P.

Riflettere su "Le strutture intermedie tra pubblico e privato" implica una premessa storico-giuridica sul divenire della "politica?" psichiatrica dei 17 anni che separano l'approvazione della legge programmatica 180/78 all'oggi.

L'Alfapp (associazione ligure famiglie pazienti psichiatrici) nacque nel 1985, 7 anni dopo, a causa dell'abbandono pratico, sia extra-manicomiale che manicomiale dei pazienti psichiatrici, per i quali erano disponibili ambulatori e strutture segreganti (manicomi e servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura) ma scarsissime e parziali strutture intermedie.

Perciò prevalse, anche statutariamente, nell'Alfapp l'impegno, anziché alla gestione diretta di strutture, per determinare gli strumenti giuridici, e amministrativi che rendessero operante la 180 e per impiantare strutture, cooperative e associazioni che evitassero la segregazione - anche familiare - e favorissero la cura e la riabilitazione dei pazienti psichiatrici nella regione Liguria.

Il sostegno delle forze sia laiche sia marxiste sia ambientaliste, il lavoro concentrato con alcune realtà cattoliche di base verso la recalcitrante Democrazia Cristiana, consentirono all'Alfapp di concordare con il Consiglio e la Giunta Regionale un testo di legge che successivamente venne approvato con la sola astensione del MSI.DN, oggi AN, e divenne la regionale 39/ '88.

Questa legge contrariamente a quanto,

per comodo, sostiene il Bertolani era finanziata mediante l'art.20 e la permuta del patrimonio manicomiale con immobili o con aree comunali o private che dovevano divenire strutture intermedie (centri diurni, comunità alloggio ad utenza psichiatrica, comunità terapeutiche). Nel 1990 la non rielezione dell'Assessore alla Sanità che aveva sostenuto la legge, nonostante le avversità interne alla Giunta, il totale disimpegno del Comune di Genova - che rappresentava 9/20 delle UU.SS.LL. liguri -, nonostante in esso fossero presenti in Consiglio il prof. Slavich, direttore del manicomio di Quarto, e il dott. Costa, presidente della Usl 16 che includeva il manicomio stesso, e forti fossero state le pressioni dell'Alfapp, determinarono partendo da Genova il blocco evolutivo- attuativo della 39/ '88. Infatti i Comuni e l'Assemblea dei Comuni, oggi Comitato, hanno un'importanza fondamentale nella programmazione, nel reperimento di immobili, o di aree, nell'urbanistica. Tale atteggiamento permase nel ciclo amministrativo successivo e mise in luce comportamenti che rispondevano ad un patto non scritto, ma fortemente condiviso: al pubblico l'urgenza (Spdc) gli ambulatori e i centri diurni (l'impegno parziale sanitario feriale e diurno e il controllo burocratico sulla spesa), al privato l'impegno 24/24 ore delle strutture intermedie riabilitative (comunità alloggio e comunità terapeutiche); inoltre al pubblico la gestione e la trasformazione del residuo manicomiale in strutture residenziali a succes-

siva gestione mista.

Il patto garantiva la ripartizione dei vantaggi corporativi e la deresponsabilizzazione professionale terapeutico riabilitativa, nonché la dipendenza totale dei familiari dalle volontà assertive di operatori e di amministratori, sia pubblici - Regione ed Usl - che privati - cooperative ma anche conglomerati quali il Fatebenefratelli e Cardinal Maffi o piccole imprese -.

Infatti gli operatori pubblici venivano in parte esonerati dal lavoro notturno e festivo, ma conservavano con le funzioni di controllo disponibilità di funzioni apicali (primariati) o al messaggio a profili meno impegnativi (amministrativi o tecnici), ma occupandosi solo di un segmento terapeutico venivano deresponsabilizzati sulla coerenza diagnostica, sulla prognosi, sul protocollo terapeutico. *Gli operatori privati, pur dovendo asservirsi al controllo ideologico-scientifico e al sapiente dosaggio del committente intermedio tra volontariato e lavoro cooperativo o subordinato, ma riconoscibile nel concorso pubblico, potevano anch'essi deresponsabilizzarsi dalla prognosi e dal protocollo non essendo compartecipi della diagnosi e perciò da un eventuale conseguente involuzione cronicizzante.*

Gli amministratori pubblici potevano "flessibilizzare?" impegni e pagamenti, usare il clientelismo interno nella gestione del personale delle strutture fortemente concentrate - Quarto e Cogoleto - e nel promuovere ad altre funzioni i medesimi, spostare il clienteli-

simo della gestione del personale al clientelismo delle convenzioni, delegando al privato - privo di obblighi - la "selezione" del personale, deresponsabilizzarsi sulla ottimizzazione a lungo termine della gestione psichiatrica, come accadeva nei manicomi. *Gli amministratori privati* potevano far fruttare enormi patrimoni (es. ex conventi) immobiliari altrimenti inservibili, conservare la rendita finanziaria della gestione economica di servizi assistenziali mediante l'uso (dosato?) di volontariato e precariato, essere tramite o gestore diretto del controllo politico mediante il controllo occupazionale per attività d'interesse pubblico (specialmente dopo la legge sulla trasparenza), possibilità di incrementare l'attività assistenziale mediante la cronicizzazione derivante dalla deresponsabilizzazione.

Questo patto si rinforzò con il successo del Polo delle Libertà, ma fu recepito anche dal nascente Ulivo: la sanità, la scuola, l'assistenza sono evidentemente le materie dove il patto tra pubblico e privato - talvolta vestito di sociale - deve trovare i suoi compromessi. I malati psichici ingestibili, come i terminali di lunga durata, tornano al pubblico; comunque: non sono "economici".

Il patto segmentante pubblico-privato tende tuttavia a riprodurre la gerarchizzazione terapeutica tra diagnosi e cura, tra cura e riabilitazione. Alla lunga nello psichiatrico riproduce la dicotomia tra emersione del disturbo (consultazione di tanti specialisti tra loro conflittuali per ideologia terapeutica) e permanenza della sofferenza (uso di cliniche "private" o atti contro se stessi, o di altri, o contro il patrimonio affettivo o economico con successiva dispersione dell'accumulo medesimo; a ciò succede il confinamento in strutture segreganti, manicomi o residenze sanitario-assistenziali per cronici). La cronicizzazione oltre ad alti costi (uguali a quelli di un albergo a quattro stelle) determina, per la chiusura del personale in un unico segmento, de-

motivazione del medesimo e decadimento dell'approccio professionale in sadomasochismo e abulia. Altrimenti perché Carabinieri e Magistratura interverrebbero?

La linea neo-conservatrice Slavich-Costa, recepita dalla Giunta regionale Mori, che di fatto sotto moderne spoglie riproduce la concentrazione psichiatrica, a Quarto e a Cogoleto, rischia dopo un afflato di pulizia e benessere di riprodurre le medesime conseguenze e di ritornare alla condizione manicomiale pre-180.

Le leggi regionali 19/94 e 42/94, nonostante il Dpr 7.4.94 riproduca, quale Progetto obiettivo per la Salute Mentale, la 39/88 ligure citata, conservando gli Spdc in aziende ospedaliere o istituti autonomi a statuto speciale o universitario segmentano ancor più le responsabilità e nel contempo deresponsabilizzano 24 ore su 24 il servizio territoriale dall'assistenza domiciliare o comunque extra-strutturale; definiscono standards edilizi incompatibili con la riabilitazione psichica; definiscono tempi riabilitativi validi per patologie fisiche e sensoriali, ma non psichiche, e di fatto ne trasferiscono i costi aggravati dalla cronicizzazione alle famiglie; disimpegnano la Giunta regionale, coerentemente agli atteggiamenti del Bellasio e del Banti (ex-assessori alla sanità 1990-95), da un lavoro programmatico di stimolo con gli Enti locali, sia per il reperimento di aree e immobili sia per gli interventi sociali; consentono la distribuzione casuale sul territorio delle strutture private favorendo, come nel S. Paolo di Savona l'intasamento con le provenienze extraterritoriali dello Spdc.

Quali potrebbero essere alcune condizioni per un corretto rapporto Pubblico-Privato ci si può misurare a definirle.

Privato con funzioni gregarie o parziali: la struttura è pubblica ed è gestita con personale pubblico per le funzioni psichiatriche (direttore, aiuti, infermieri, educatori-riabilitatori) al privato vengono affidate funzioni particolari (es. confezione cibi, pulizia, at-

tività inerenti la cura della persona, di nursing specifico, di terapeuta di fiducia - in alcuni casi -, ecc.); il "pubblico" resta interamente responsabile del ciclo assistenziale - ambulatoriale, domiciliare, notturno e festivo, urgenza e quotidianità nelle diverse strutture. Le strutture non possono essere concentrate territorialmente nello stesso "dominio" proprietario ma disperse nel territorio per favorire l'inserimento ed evitare la ghettizzazione.

Privato pienamente responsabilizzato - Il "privato" rispetto alla Regione può essere anche l'Università o l'Istituto Galliera, non il Gaslini perché si occupa di una fascia di età specifica; in questo caso il privato si assume il compito di gestire il ciclo sanitario-assistenziale (ambulatorio, urgenza, domicilio, inserimento educativo, sociale ecc.) e si sostituisce interamente al servizio pubblico ed è costretto a pagare penali in caso di cronicizzazioni non sufficientemente e preventivamente motivate accettate da Regione e familiari o tutori.

In ogni caso dovrebbero esservi i seguenti obblighi per il gestore dell'assistenza:

1 - *Obbligo di:*

- a) esplicazione delle tecniche terapeutiche ivi compresa l'ideologia culturale-scientifica informatrice;
- b) redazione del programma terapeutico individualizzato e partecipazione critica del medesimo con i tutori, ma soprattutto con l'utente, anche alle modifiche di programma;
- c) "consegna" graduale ad altri terapeuti nel caso di trasferimento del terapeuta iniziale, con eventuale penalizzazione economica del terapeuta per i costi sostenuti direttamente o indirettamente dall'utente;
- d) per familiari e tutori di rispettare le modalità di partecipazione al programma terapeutico, salvo rinuncia scritta anche alla gestione dei cespiti economici;
- e) di cura e riabilitazione nel territorio dipartimentale dell'utente, salvo diverse necessità del medesimo.

PROGETTO DI RIABILITAZIONE LAVORATIVA DELLA COMUNITÀ ALLOGGIO ED UTENZA PSICHIATRICA "OSPITALITÀ": UN TENTATIVO DI INTEGRAZIONE PUBBLICO/PRIVATO SOCIALE

Dr. MAURIZIO FERRO, Aiuto psichiatra

Il progetto che sto per illustrare si è sviluppato in linea con il nuovo indirizzo che l'U.O. di assistenza psichiatrica della U.S.L. n. 3 ha adottato negli ultimi due anni.

Infatti, nel 1994 ha cominciato a riunirsi, stimolata dal nuovo caposervizio dott. Luigi Ferrannini, una commissione di lavoro sulla riabilitazione lavorativa e subito, a fronte di una ricognizione delle risorse presenti sul territorio, sono state evidenziate varie necessità:

- 1) di rivalutare il ruolo della riabilitazione lavorativa come reale strumento terapeutico, integrandolo maggiormente nelle prassi operative dei servizi;
- 2) di sviluppare e diffondere una cultura specifica sulle strategie di monitoraggio, valutazione dei requisiti e verifica delle esperienze di riabilitazione lavorativa;
- 3) di svolgere un ruolo di sostegno alle iniziative nel campo delle cooperative sociali, anche stimolando le amministrazioni locali a prendere atto di una realtà operativa sostanziale al lavoro psichiatrico che abbisogna di supporti legislativi stabili e di finanziamenti rapidi (legge 381, 482, 21).
- 4) in prospettiva, di stimolare nuove iniziative conformi alla cultura riabilitativa che si orientino verso la costruzione di un'impresa sociale credibile sul piano scientifico e finanziario.

Questi indirizzi, fatti propri dalla direzione dell'U.O. di assistenza psichiatrica, hanno trovato nella comunità alloggio "Ospitalità" di Cogoleto un consenso motivato dalle esperienze già avviate negli ultimi 5 anni.

PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

La comunità "Ospitalità" (formalmente definita come raggruppamento di C.A.U.P.) si trova in località Pratozanino a Cogoleto ed utilizza 18 alloggi in cinque edifici, di proprietà della Provincia di Genova, siti nel tratto di strada che precede l'entrata del Presidio Socio Sanitario di Cogoleto. Vi sono seguiti 50 'ospiti', in gruppi da due a cinque per alloggio, secondo un circostanziato programma di riabilitazione abitativa, di risocializzazione e di tutela patrimoniale per i quali si rimanda ad altra trattazione.

Storicamente, l'Ospitalità nasce nel 1976 per volontà di un piccolo gruppo di infermieri e medici dell'O.P., intenzionati a sperimentare l'inserimento in strutture abitative di alcuni pazienti psichiatrici. Probabilmente è stata proprio questa partenza "dal basso" a selezionare gli operatori tra quelli che decidevano di lavorare in questa struttura mossi da un principio deistituzionalizzante forte e quindi con forte motivazione.

Nel tempo, infatti, le strategie operative dell'Ospitalità si sono andate differenziando da quelle dell'ex O.P. ora Presidio socio sanitario, creando al suo interno una cultura della riabilitazione della risocializzazione e dei processi deistituzionalizzanti che purtroppo tarda ancor oggi a crescere e svilupparsi all'interno del Presidio.

I progetti di riabilitazione lavorativa sono l'ultima tappa di questo processo di crescita della struttura che, speriamo, permetterà alla comunità di riproiettarsi definitivamente nei progetti territoriali mettendo la propria espe-

rienza e le proprie risorse a disposizione della nuova utenza psichiatrica.

PROGETTO RIABILITAZIONE LAVORATIVA

Negli ultimi tre anni l'attenzione dell'équipe, composta da due medici e 12 operatori, si è concentrata sulla necessità di trovare o creare delle opportunità lavorative che promuovessero ulteriormente l'inserimento sociale di alcuni ospiti, rafforzando in loro la fiducia nelle proprie abilità. Sono stati, perciò, avviati *tre laboratori riabilitativi*: un piccolo *bar centro sociale* all'interno del Presidio, un *laboratorio artigianale* e uno *agricolo*. Gli ultimi due sono stati realizzati utilizzando terreni e strutture (rustici, stalla, fienile e tre edifici abitabili), già patrimonio dell'ex O.P. ed affidate alla comunità che li utilizzava, già da tempo, senza però un'adeguata strategia riabilitativa. Peraltro, quest'anno, tale zona è stata tagliata fuori dalla perimetrazione del Presidio con una recinzione, e la sperimentazione di questi ultimi tre anni ci ha indotto a ricominciare a pensare ai terreni in nostra gestione come a spazi che possono perdere, nel tempo, connotazioni custodialistiche ed emarginanti per essere utilizzati come ambiti di riabilitazione per l'utenza psichiatrica del territorio. Abbiamo chiamato questi spazi "*COMPRESORIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO DI PRATOZANINO*" sottolineando, nella sua costituzione, la nostra ferma intenzione di muoverci contro qualsiasi spazio chiuso nel quale la malattia mentale possa ritornare ad essere sospesa da norme e opportunità differenziate da quelle che regolano gli attuali spazi sociali del territorio, ma che pos-

sa, piuttosto, essere luogo di formazione professionale e di "esperienze normalizzanti".

L'idea guida, importata dalle esperienze triestine, è quella dell'"*Impresa Sociale*", la cui forza deistituzionalizzante si basa sull'essere inserita nel mondo del lavoro e nell'offrire una serie di servizi di qualità a vantaggio del territorio; ciò consente di riproiettare i pazienti nel mondo dei "sani" come portatori di professionalità modificando radicalmente la loro identità di 'malati'. Questa idea a Cogoleto significa utilizzare un mercato interno (quello del Presidio) ed esterno (quello del comune di Cogoleto alla ricerca della propria vocazione turistica), per offrire beni e servizi ai degenti e alla popolazione e lavoro ai pazienti dei servizi che possono lavorare. Le finalità sono quindi riabilitative, occupazionali e naturalistiche, contribuendo, il progetto, alla conservazione e valorizzazione del territorio.

In questo processo assume peculiare importanza il ruolo delle cooperative sociali. Infatti, le attività riabilitative in ambito lavorativo sono un patrimonio esperienziale delle cooperative sociali che da anni lavorano sul territorio nazionale con handicappati psicofisici e malati mentali. La logica delle cooperative sociali coniuga le esigenze terapeutico riabilitative della popolazione dei disabili con le regole del mondo del lavoro, creando un'area di lavoro protetto la cui gestione di bilancio non compete alle aziende U.S.L.; le attività delle cooperative sociali creano reddito per i disabili, posti di lavoro specializzati e attivi da reinvestire in servizi sociali.

Il nuovo "COMPENSORIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO DI PRATOZANINO" si è costituito intorno a tre attività principali:

- 1) il centro agrituristico
- 2) il laboratorio artigianale
- 3) il bar-centro sociale.

1) Il progetto inerente il centro agrituristico ha utilizzato, fino ad ora, finanziamenti regionali (legge 21) e si av-

varrà di un finanziamento di circa 800 milioni, avendo aderito al progetto transnazionale di riabilitazione psichiatrica in ambito C.E.E. denominato "Horizon-Auriga".

Infatti, dall'agosto 1993 è operante un protocollo di intesa tra la U.S.L. n. 3 (genovese), rappresentata dalla comunità "Ospitalità" e la cooperativa sociale "Il Rastrello". L'accordo ha permesso l'avviamento del progetto sperimentale "Pratozanino" (che ha costituito la prima fase del programma di riabilitazione lavorativa). Il "centro studi per la riabilitazione lavorativa dell'handicap", l'istituto "Casa del S. Bambino" e il comune di Cogoleto hanno dato il loro consenso nei termini di un competente sostegno teorico e tecnico alla programmazione. Dopo un periodo di programmazione e di incontri formativi, il progetto è entrato nella fase operativa nel settembre 1994 utilizzando il finanziamento di 70 milioni della Regione Liguria (art. 21: sperimentazione servizi sociali).

Sotto supervisione del centro studi è iniziata la pulizia delle aree verdi e dell'uliveto della ex colonia agricola da parte di un gruppo di operatori ed ospiti (4 operatori, 6 ospiti retribuiti a borsa lavoro).

Attualmente gli ospiti, avendo acquisito la manualità e le competenze necessarie, sono molto gratificati dal nuovo ruolo lavorativo. A ciò ha corrisposto una minore richiesta di assistenza e cure psichiatriche. Sul terreno agricolo così bonificato si è ora in condizione di poter pianificare un'attività produttiva, sia essa l'istallazione di un maneggio, sia essa la coltivazione di prodotti biologici od altro. Questa seconda fase potrà essere realizzata sfruttando gli stessi canali di finanziamento previsti dalla legge 21 (Coop Il Rastrello) e partecipando al programma transnazionale C.E.E. Horizon-Auriga per la riabilitazione lavorativa dei malati psichici. Il progetto è, per la nostra parte gestito dall'ISFORCOOP ed ha per partner: il distretto psichiatrico di Utrecht (Olanda); il gruppo "Sinpro-

mi" di Tenerife (Canarie-Spagna); il gruppo "Showtrust" del Galles (Gran Bretagna).

Il progetto prevede una sperimentazione secondo un protocollo riabilitativo con 15 pazienti coinvolgendoli in un programma di inserimento lavorativo con precise attribuzioni di responsabilità. Il finanziamento previsto è di circa ottocento milioni di lire;

la durata del progetto è di 2 anni e mezzo, diviso in cinque fasi che prevedono la formazione del personale (esterno) e dell'utenza, un ciclo di quattro conferenze (una per stato partecipante), un bollettino semestrale, un libro ed un video finale.

Gli obiettivi scientifici sono:

- 1) di valutare il significato terapeutico riabilitativo del lavoro per il paziente psichiatrico;
- 2) di valutare le reali possibilità lavorative dei nostri pazienti tenendo conto di motivazioni, aspettative, abilità specifiche, capacità di adattamento etc...;
- 3) di elaborare delle strategie riabilitative rivolte al malato mentale utilizzando il lavoro come un vero e proprio strumento terapeutico.
- 4) di programmare le modalità di un graduale passaggio da situazioni formativo-lavorative, necessariamente protette e create artificiosamente, a situazioni lavorative reali con garanzie di continuità;
- 5) di riflettere sulle connessioni e interazioni tra le attività di riabilitazione e di inserimento lavorativo ed il trattamento, mantenendo la tensione verso progetti 'vita' in alternativa a progetti solo terapeutici.

Sostanzialmente il progetto prevede la creazione di un complesso agrituristico con trattoria, coltivazioni biologiche, maneggio e rimessaggio cavalli, percorsi naturalistici. Questi ultimi sono già stati tracciati con un finanziamento della Comunità Montana (lavoro svolto nel giugno 95 dal gruppo Rastrello-utenza Ospitalità) e sperimentati in occasione della manifestazione "Il cantiere delle idee" del 18/6/95 con

i cavalli della comunità "La Fonda" di Varazze. Inoltre sono già stati tracciati percorsi differenziati per mountain bike e sperimentati nella stessa occasione con le bike della coop "La scopa meravigliante".

In via sperimentale abbiamo anche aperto quest'anno un punto di ristoro settimanale con 20 coperti che è stato utilizzato prevalentemente dagli utenti del Presidio.

Fino ad ora sono stati impegnati 7 ospiti, pagati con borse lavoro.

A regime, l'apertura al pubblico sarà possibile tramite il ripristino di una strada carrozzabile collegata con località "Terre bianche" che sbocca sulla provinciale tra Pratozanino e Sciarborasca. Nel progetto sono coinvolti oltre alla U.S.L. n.3 e all'ISFORCOOP, il comune di Cogoleto e la Provincia di Genova con l'approvazione e sostegno dell'associazione ligure per la tutela dei malati mentali, in considerazione anche dei riflessi positivi che tale progetto potrà portare all'intera area del Presidio e alla sua popolazione.

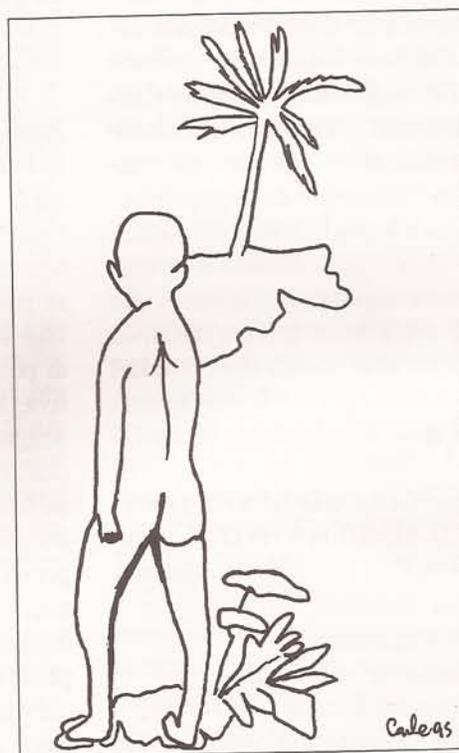
Si conta di poter affidare alla Coop. "Il Rastrello" la prima fase di attuazione

entro la fine del 95, mentre dell'aspetto formativo se ne occuperà l'ISFORCOOP.

2) L'istituto "Casa del S. Bambino" di Voltri, inserendosi nel progetto e attrezzando una struttura nell'area del Comprensorio, ha messo a disposizione la sua esperienza nelle attività artigianali riabilitative. Queste, unitamente a quelle del laboratorio di ceramica della comunità, hanno permesso la formazione di una squadra di utenti del S. Bambino e dell'Ospitalità per la produzione di oggetti in cuoio (borse portafogli e portachiavi) ed in ceramica. Nonostante la notevole produzione di vari articoli, molti di buona fattura e facilmente vendibili, il laboratorio artigianale rimanda ad un'idea di terapia occupazionale ben distinta dalla riabilitazione lavorativa. Anche l'utenza che afferisce a questo tipo di attività è nettamente diversa (oligofrenici o deterioramenti psicotici). A queste conclusioni siamo arrivati dopo una sperimentazione con 5 pazienti attorno alla produzione di decorazioni natalizie in ceramica, con l'utilizzo di schede di

performance e verifiche settimanali. In definitiva mentre è verificabile la validità di questo tipo di attività su una particolare patologia, occorre ancora stabilire la funzione di interconnessione che tale laboratorio potrà avere con le altre attività del comprensorio.

3) Da tre anni funziona all'interno del presidio un *bar-centro sociale* gestito da operatori e ospiti della comunità ed ufficialmente affiliato all'ARCI. Funziona esclusivamente da maggio a ottobre per la tipologia dei locali: piccoli, non riscaldati ma con un ampio giardino. Vi lavorano 4 ospiti e un operatore con l'apporto di altra manodopera in occasione delle frequenti manifestazioni e giornate d'intrattenimento rivolte prevalentemente ai degenti del presidio. A ristrutturazione ultimata del nuovo Centro Sociale del Presidio (autunno 95) si prevede di assegnarne al consorzio "La lanterna-La randa" la gestione secondo un nostro progetto e l'Ospitalità ed il Presidio conserveranno la funzione di supervisione circa l'organizzazione e le finalità riabilitative della sua gestione.



Arteterapia al "Mosaico"

IL CENTRO DIURNO "MOSAICO"

Dr. ELIANA SANGUINETI, Psicologa Responsabile Centro Diurno "Mosaico"

Il Centro Diurno "Mosaico" nasce nel 1985 per iniziativa di alcuni operatori e volontari che precedentemente avevano lavorato in una comunità per psicotici convenzionata con l' U.S.L., che venne chiusa agli inizi del 1985.

L'attività del Centro Diurno è così iniziata rispondendo ad una urgenza e facendo uso delle acquisizioni che gli operatori avevano tratto dalle passate esperienze.

Se l'apertura del Centro è avvenuta quindi dopo l'elaborazione di un programma minimale, senza un chiaro e formulato modello teorico, via via che si è proceduto nell'esperienza si è formato nel gruppo un quadro di riferimento teorico che si basa su alcuni punti fondamentali:

1) La configurazione della struttura è quella di "intermedia", di mediazione cioè tra la protezione di un ambiente ospedaliero e la normale vita sociale con le sue difficoltà e le sue esigenze.

L'Associazione adotta come strumento operativo quello del Centro Diurno, che garantisce caratteristiche di flessibilità e non-istituzionalizzazione e assicura nello stesso tempo la stabilità e la continuità di un ambito al quale il soggetto possa riferirsi quotidianamente a seconda delle proprie esigenze.

Si cerca, all'interno di questa "struttura intermedia", di mantenere il più possibile i legami del paziente col proprio ambiente, operando nel periodo di tempo che passa al Centro in modo da ristabilire quell'equilibrio perduto nel proprio mondo interno ed esterno.

2) Il modo di considerare il soggetto cerca di essere il più possibile comprensivo e rispettoso della complessità espressa nel suo bisogno, considerando la Persona nel suo essere corpo e mente, e stimolando dunque sia l'espressione corporea che affettiva, sia il confronto verbale che l'esercizio del pensiero. La persona è considerata sia nelle sue dinamiche interiori sia nell'espressione dei comportamenti, è accettata per quella che è, nel suo valore comunque non intaccato dalla perdita di contrattualità sociale ed è stimolata a manifestare più o meno adeguatamente tutto quello che ha in sé. Nel contempo è motivata ed aiutata a riprendere gradualmente ruoli sociali adeguati, quali l'abitare, il lavorare, lo stare con gli altri.

3) L'azione terapeutica viene a configurarsi come possibilità di rappresentare al paziente la realtà e di farne sentire i limiti che egli dovrà affrontare, senza sfuggirne

o farsene sopraffare.

Agire e capire vengono così a compenetrarsi, così come presa di coscienza e quotidianità, in uno spazio protetto dove "si gioca a fare i normali", in modo diffuso e costante e in un approssimarsi sempre più stretto al reale. L'attività rappresentativa e simbolica diventa così terapia, assumendo una connotazione trasformativa della dimensione dell'Io, attraverso una realtà giocata, poiché tutto ciò che è gioco, rito, metafora, simbolo, interpretazione della realtà, appartiene ed alimenta la dimensione dell'Io.

Le procedure riabilitative basate sulla sperimentazione del successo da parte del paziente, sono lo strumento usato per fornire accessibilità alla realtà sociale. Predisponendo programmi adattati ai singoli individui, fondati sulla realtà e sulla gradualità, terapia e riabilitazione sfumano l'una nell'altra, in un continuum di interventi che danno la possibilità di creare un rapporto su un piano di realtà, che consenta di prendere coscienza di sé, dei propri limiti e delle proprie responsabilità.

Tutto questo avviene nel "pieno" dell'esperienza umana e attraverso questa, in un processo aperto che porta l'operatore a scontrarsi quotidianamente con i propri limiti e con il pericolo costante di perdere consapevolezza di sé dietro "l'agire per", laddove si rischia veramente di ristabilire iato, distacco, separazione dall'altro, dal paziente, ancora una volta alienato e perduto al rapporto. Il malato alienato allora può diventare parte scissa e proiettata all'esterno di parti irrisconosciute di sé e il rischio maggiore consiste quindi nel non riuscire ad afferrare il "novum" da questi rappresentato per la propria crescita ed individuazione (individuazione necessaria per riconoscere l'Altro quale uguale e diverso da sé, per aprire relazioni oggettuali che possano permettere la riappropriazione della soggettività del paziente, rendendolo vero soggetto e non più solo oggetto della relazione).

Il circolo vizioso, intrapsichico ed interpersonale, confermando l'isolamento e l'ineluttabilità della condizione psicotica, può essere spezzato da presenze reali che si oppongano ai timori e ai fantasmi di distruzione, e soprattutto dalla continuità delle relazioni. Creando situazioni interpersonali si possono porre le basi per una ripresa di possesso della realtà. E' la relazione lo strumento del ritorno alla realtà, poiché lo psicotico "vede sé stesso esistere

se percepisce che per l'altro lui esiste" (Racamier: "Psicoterapia psicoanalitica delle psicosi").

E permettergli di "giocare qualcosa di suo" senza il panico pietrificante di rischiare troppo, senza la paura del fallimento, può veramente rompere la sospensione dalla realtà, l'organizzazione cristallizzata, statica, del disturbo psichico, così cementata da divenire stile di vita.

La riuscita dell'esperienza "terapeutica" si misura allora su quanto si riesce a progettare, a osare, a fantasticare, e realizzare per il paziente, credendo per lui in un suo progetto esistenziale, costruendo uno spazio virtuale che permetta il contenimento dal caotico, nonché il costituirsi di un possibile ordine.

È uno spazio personale, mentale, ma anche spazio fisico, emotivo ed affettivo, che garantisce un'espressione protetta di sé ed è luogo di mediazione tra soggetto e realtà, tra soggetto e sociale, ovvero quello spazio intermedio di cui parla Winnicott, che non appartiene né al mondo soggettivo, né al mondo oggettivo, né al dentro né al fuori, e al cui interno si intersecano quel doppio ordine di elementi che appartengono alla soggettività e al sociale.

L'aspetto strutturale dato dalla cornice libera l'emergere delle parti più destrutturate e proprio questa parallela esistenza di struttura e destrutturazione, di distanza e accoglimento pare favorire la simbolizzazione e la crescita dell'Io.

L'esperienza al "Mosaico" parla, tra mille difficoltà di una "scommessa", di una "ipotesi" di reciproca soggettivazione: l'immaginarla per chi è incapace di comprendere e vivere da soggetto sia il proprio disagio sia le prospettive di una terapia, ha portato a reali possibilità di maggiore esistenza.

La struttura fondata sul volontariato diventa così parte dell'assistenza socio-sanitaria al malato psichico, fornendo la possibilità di andare oltre la paura comune destata dalla malattia mentale, permettendo a persone di rapportarsi ad altre persone.

Tutto diventa allora occasione terapeutica, al fine di promuovere un continuo confronto, tra i pazienti stessi e tra pazienti ed operatori, nonché con i limiti della realtà istituzionale e, più in generale, sociale.

Tutto questo nella consapevolezza delle difficoltà, frustrazioni e lunghe attese, senza perdere di vista il progetto, la fantasia di un futuro diverso che smentisca l'ineluttabile.

ARTETERAPIA AL CENTRO DIURNO "MOSAICO"

MIRKO GUALERZI, pittore-scultore

In accordo con la relazione della gentile dr. Sanguineti, ne tratterò la specifica per quanto riguarda l'aspetto arteterapico da me collaudato al "Mosaico". È intanto assunto che la mediazione fra la tutela di un ambiente ospedaliero e la vita quotidiana tende ad applicare il criterio della continuità dei metodi di recupero, che si trova in contrasto con la struttura in prevalenza di carattere volontaristico, di cui organizzazioni come il "Mosaico" si dotano e che ne costituiscono la forza ed il limite strategico-curativo insieme ad altri elencati in precedenza da altri interventi. Il rapporto col mondo affettivo dei soggetti è primario.

Ora appare che la continuità sia anche una condizione terapeutica, prima che una semplice erogazione di servizi.

Già in un intervento del 1927, al X Congresso sulla psicologia infantile, Anna Freud concludeva ad Innsbruck la sua relazione con questo avvertimento:

"... Quando un'analisi non può essere organicamente innestata nella vita quotidiana ma viene inserita in un corpo estraneo, il trattamento è suscettibile di creare più complessi di quanti riesca a risolvere..."

Dalla constatazione, la necessità di avere a disposizione per le strutture intermedie una figura professionale che offra garanzia di continuità di metodi e di rapporto, spostandosi regolarmente laddove sia ritenuto utile il suo contributo attraverso gli strumenti di cui le strutture intermedie si doteranno in un futuro quasi immediato.

La figura dell'arteterapista è da decenni nota in Europa: malnota o poco chiara da noi, per ragioni che qui non interessano. A me, pittore e scultore, e dunque arteterapista solo di sguincio, pare un'occasione professionale per i giovani colleghi in uscita dalle accademie o da istituti d'arte che intendano porre in gioco la propria tecnologia espressiva, ma soprattutto l'attenzione

agli altri con necessità di aiuto.

Ma perché ho chiamato in gioco il trattamento analitico classico? Perché la sostanza e la mira del metodo sono comparabili: varia solamente lo strumentario d'indagine.

Il disegno e la pittura, dalla secolare ormai acquisizione di Rohrerhack contengono potenzialità significanti per la lettura dello psicologo, ma è solo un aspetto fra molti.

L'espressione e la disciplina corporea, infatti; il controllo del gesto che comporta l'acquisizione – pur semplice – di un linguaggio alternativo alla parola, l'invito costante a dare conto di quello che si disegna in uno scambio pacato ed amichevole stimolano, infine, il mondo verbale conseguente all'esercizio e alla valutazione globale della intenzione espressiva.

La motivazione a superare l'inerzia concomitante al trattamento farmacologico, obbedisce alla finalità di collocare il soggetto ad un livello congruo di autostima, e di controllo contestuale del Sé in ambito allargato. Infatti il laboratorio arteterapico è condotto in condizione collettiva anche se i soggetti sono assistiti individualmente.

Su tale pratica si innesta allora un aspetto socializzante che mima un facsimile di società intorno ad un presupposto comune agli aderenti.

Il procedimento chiama dunque i soggetti a collaborare ad una ipotesi di largo raggio, che di per sé superi lo staccato entro cui la malattia li relega. Si discute allora liberamente su un tema che non può non investire la coscienza di tutti, poniamo la sfera degli istinti, che per giungere alla rappresentazione necessiterà della sublimazione linguistica, ossia della sfera dei concetti.

L'intento è di rendere interattivi gli specifici funzionali dei due emisferi cerebrali, come noto, a funzione differenziata.

Qui, permettetemi una breve memoria su questo specifico che i neurofisiologi

insegnano, ma che è forse poco nota alla maggioranza di noi.

Allora, schematizzando, i fisiologi ci dicono che l'emisfero cerebrale sinistro è responsabile del linguaggio parlato, scritto o descritto, e si dota d'una logica interna che gli consente di procedere nell'ambito delle funzioni linguistiche così come nell'analisi dei singoli elementi del reale: per esempio, i singoli aspetti di un volto (occhi, naso, bocca); oppure la parola, decontestualizzata e polivalente nelle sue differenti applicazioni contestuali.

A sua volta, l'emisfero di destra è responsabile delle funzioni olistiche, ossia permette di cogliere l'informazione dell'emisfero sinistro nel suo contesto fisso o variabile; si coinvolge dunque nella percezione delle immagini contestuali (occhi, naso, bocca, considerati nell'insieme del volto) e globalmente nella percezione del proprio ed altrui schema corporeo.

Quando si consideri, poi, lo schema percepito sotto l'aspetto funzionale, sarà allora lo schema percepito dall'emisfero di destra a guidare un ginnasta nei suoi esercizi di dislocazione consecutiva del peso ed equilibrio corporeo in movimento, oppure, semplicemente, il ritmo di una coppia che balla abbandonandosi alla musica senza mai pestarsi i piedi. Infine, la funzione olistica presiede alla vita di rapporto nella quale intendiamo integrati i soggetti in trattamento.

Per non schematizzare troppo anche noi, direi, per inciso, che giustamente il "Mosaico" acquisisce fra i propri collaboratori volontari una brava e giovane assistente di ginnastica ritmica, mentre si auspicano per gli assistiti corsi di ballo liscio, che tolgano per qualche ora almeno il soggetto dalla propria angoscia ed inerte autocontemplazione.

Il ballo gli darà modo di percepire se stesso in rapporto con altri, là dove la percezione del dominio relativo al pro-

prio schema corporeo in movimento, dovrà integrarsi con quella del partner, con relativa sublimazione del mondo istintivo alle regole del ritmo e del suono.

Ora, per tenersi alla strategia arteterapeutica con regia, questa può articolarsi con piccoli gruppi di assistenti legati ai soggetti nel rapporto ottimale di 1/2, a sedute di 2 ore, ed ottimizzare la concentrazione e la sana competizione dei soggetti, stimolati verbalmente.

È il primo passo verso la socializzazione, laddove il conflitto con se stesso che il soggetto è stimolato a vincere dalla competizione, per superare l'isolamento lo condurrà a livelli successivi di integrazione ponendo in crisi la considerazione tendenziosa di una società tutta estranea o tutta nemica; a conseguire così un livello di coscienza più distaccato ed articolato; a controllare l'istinto col dosarne l'inibizione o col seguirlo felicemente, se occorre.

L'arteterapista gli sarà compagno e sostegno in questa libera arrampicata verso l'integrazione, la più alta possibile, della coscienza.

Non perderà dunque l'occasione, durante il compiersi del disegno, di analizzare dentro di sé e provocare nell'assistito il suo rapporto col mondo di relazione e con la memoria che a brani affiora, valutandone ed operando nell'indicare le aberrazioni logiche in una dialettica semplice ed incalzante.

Gli obiettivi che di volta in volta saranno indicati dal medico, saranno in ogni caso da lui proposti o valutati con strategia empirica.

Nel lavoro collettivo con regia, il successo del procedere consiste nell'abituare ciascun soggetto a rendersi parte di un progetto comune, dove il merito individuale conta non tanto per sé, quanto per il risultato che tutti insieme i partecipanti avranno conseguito.

Questo il procedere. Gli sforzi individuali consumati da ciascuno sul proprio foglio si destinano ad una selezione entro la quale sono coinvolti tutti, regista compreso (per compiti marginali come il raccordo tecnico tra figurazioni di mano differente). Ricopiato su una grande superficie comune, ciascu-

no studio individuale andrà ad integrarsi con quelli degli altri rispettandoli.

Costruire una pittura collettiva equivale così metaforicamente ad inventare una società proiettandovi complessivamente tutto il patrimonio in possesso dei fondatori: istinto e utopia; calcolo e capacità fabbrile; la storia degli individui e la cronaca della comunità. Ma analizziamo più da vicino l'azione specifica del procedimento arteterapeutico.

L'attenzione parte dal livello nascente e comune a tutti della fase istintiva-emotiva e ne tiene conto spostandosi al livello concettuale di rappresentazione. Anche in questo procedere tutti abbiamo lo stesso percorso da fare, ma è qui che nel sofferente psichico si può intervenire correggendo o integrando le aberrazioni logiche del linguaggio, necessitato di una sua coerenza per nascere.

Uso apposta il sostantivo di "linguaggio" poiché lo credo utile a definire il percorso corretto di qualsiasi espressione sulla falsariga della strategia clinica prefissata dal medico. Ad esempio la diminuzione in corso di metodo della pura e semplice coazione a ripetere che si nota sovente nella manifestazione schizoide, può divenire spia per il medico del conseguimento progressivo di una coscienza autonoma.

Si parte dalla condizione che il mezzo inusuale della espressività alternativa si muova per vie scarsamente battute nella psiche del soggetto e possa a suo modo segnarvi un imprinting corretto che non interferisca con altri più difficilmente recuperabili. A mia esperienza i soggetti contadini o scarsamente acculturati si esprimono in maniera assai più corretta degli altri.

Tale mezzo dunque potrebbe servire al medico da "Cavallo di Troia" per sorprendere una condizione di arroccamento più o meno munita ad impedire alla coscienza del soggetto il rischio dell'uscita in campo aperto, ossia la comunicazione, con l'ipotesi implicita dello scacco.

Così, seguendo la metafora omerica, il soggetto, indotto ad usare per la comunicazione le armi in suo possesso, vin-

cente o sconfitto che ne esca le avrà comunque collaudate rendendosi consapevole.

L'assistenza arteterapeutica dovrebbe rassicurarlo a rischiare altre verifiche guidandolo gradualmente all'autonomia.

Al dato dell'esperienza, la presenza non solo tecnica ma anche umana dell'assistente arteterapista, pare nei primi mesi insostituibile a promuovere confidenza nel mezzo che si pratica e nasce come naturale articolazione a due. Ma sarà uno solo a disegnare, beninteso.

L'arteterapista è, in definitiva, il primo maestro, ma anche l'amico e il pubblico del soggetto: un referente esterno, anche critico, ma accettabile in quanto amico.

Una breve appendice, da ultimo, sulla figura dell'arteterapista.

Abbiamo visto altrimenti che la sua funzione non dovrà in alcun modo sostituirsi a quella del medico, né, va da sé, a quella del soggetto.

Non spingerà la sua autonomia tecnica oltre il dovuto, seguendo una sua idea, pure suggestiva, laddove non potrebbe essere seguito. Solamente lo psicologo, in accordo col medico neurologo potrà dare il verde a questo incrocio della personalità-guida con quella disturbata; accogliere, cessare o progettare le linee di terapia da vagliare passo a passo, con precisione adattativa ed empirica, secondo il procedere in uso alle scienze sperimentali.

In breve, e termino, funzione dell'arteterapista sarà quella d'uno strumento affilato e prudente, il più possibile preciso nelle mani mediche, come di una sonda, d'uno specillo nelle mani di un chirurgo.

In ogni caso, fra le discipline di formazione un posto preminente sarà della psicologia e psichiatria, della sociologia e della psico-agogia oltre alla comparazione con altre forme di linguaggio complementari come il mimo od il teatro, la musica ed il canto corale, i giochi di squadra come palla a volo o pallacanestro, importanti per chi non ritrovi nel disegno o nella pittura uno strumento utile.

"COMUNITÀ TERAPEUTICA PRÀ ELLERA"

Dr. ANNAMARIA ROSSELLO, Psicologa

La "Residenza Protetta Prà Ellera S.r.l." è situata in Val Bormida, nella zona che da Savona si spinge fino al Piemonte, a circa 25 km. dal capoluogo.

Siamo nati nel dicembre del 1990, con l'obiettivo di fornire un "contenitore pensante" per il problema della malattia mentale.

La ristrutturazione architettonica di alcuni immobili, precedentemente destinati all'agricoltura, siti nel comune di Cairo Montenotte, ha costituito la prima fase della nascita di Prà Ellera.

Il progetto ha tenuto conto delle esigenze abitative dei singoli, configurando una serie di "contenitori concentrici" che vanno dalla stanza del paziente, all'appartamento, agli spazi comuni per le attività collettive, che siano terapeutiche, lavorative o ricreative.

Considerazioni di carattere metodologico e di contenuto, nonché il luogo dove Prà Ellera sorge hanno reso naturale la scelta dell'attività agricola quale struttura terapeutica centrale della Comunità.

In una seconda fase, i tecnici agrari, coordinati da una psicologa per gli aspetti dell'organizzazione e della relazione con i pazienti, hanno scelto una serie di attività agricole il più possibile confacenti a pazienti psichiatrici, sia dal punto di vista delle tecniche che degli strumenti di lavoro.

In sintesi il "contenitore pensante" ha lo scopo di permettere a soggetti portatori di patologie psichiatriche un'esistenza ricca di stimoli sul piano dell'attività e sul piano della relazione, attraverso l'utilizzazione dell'attività agricola e nell'ambito di una comunità residenziale, con lo sfondo costante dell'attività riflessiva.

Nel periodo in cui il paziente risiede nella Comunità viene fatto un progetto costituito da una serie di attività finalizzate al raggiungimento di obiettivi diversi:

- l'adattamento alla vita comunitaria
- la socializzazione
- l'apprendimento di nozioni e abilità riguardanti l'agricoltura

Agli operatori della Comunità è richiesto di saper condividere la quotidianità con i pazienti e, nel contempo, di saper accettare e tollerare le proiezioni ed i ruoli imposti a livello transferale.

Crediamo che questo sia uno dei mezzi che ci consentono di costruire quello spazio intermedio in cui diventa possibile contenere gli aspetti più terrifici dell'esperienza psicotica.

Spazio dove, attraverso la verbalizzazione, diventa possibile comprendere il significato e le connessioni della malattia del paziente con le esperienze passate ed i fenomeni presenti.

I progetti terapeutici sono di volta in volta concordati con gli operatori delle USL di appartenenza del paziente, discussi e verificati periodicamente.

L'adattamento alla vita comunitaria è attuato attraverso il rapporto continuo con gli Educatori: a Prà Ellera ci sono équipe fisse di tre educatori per ogni Unità Abitativa che è costituita da 8 pazienti.

Pur essendo libero lo scambio tra i gruppi, le Unità Abitative hanno, per quanto riguarda la vita quotidiana, una loro caratterizzazione ed una loro relativa autonomia gestionale.

Nell'ambito della singola Unità Abitativa ogni paziente ha un suo spazio privato molto simile a quello di un'abitazione familiare, essendo gli appartamenti dotati di tre o quattro camere da letto, soggiorno, cucina e doppi servizi. Ciascuna "famiglia" può pertanto cucinare, festeggiare compleanni, fare inviti, giocare, discutere, litigare.

Come in famiglia il paziente partecipa alla gestione della casa.

L'educatore verifica e controlla, nell'arco delle ventiquattro ore, il rispetto delle regole di convivenza. Verifica e stimola inoltre la cura del paziente verso il proprio corpo.

L'équipe degli educatori predispone poi programmi di animazione, di svago e di utilità partendo dalle necessità e dalle preferenze di ogni soggetto.

Tutte le attività sono finalizzate alla realizzazione del progetto terapeutico, pertanto vengono concordate con lo staff medico e successivamente verificate e discusse nelle riunioni periodiche interne e negli incontri con gli operatori delle USL di competenza. Per quanto riguarda l'attività agricola, la Comunità mette a disposizione, oltre ad una vasta area adibita ad orto, una coltivazione di piccoli frutti ed una serra attrezzata per l'orticoltura e la floricoltura.

I pazienti partecipano alla attività agricola in compagnia degli educatori e guidati da due esperti del settore. Hanno inoltre la possibilità di lavorare in un gruppo di falegnameria guidato da un artigiano del legno.

Le attività sportive quali la ginnastica, il nuoto ed il calcio vengono praticate con la vicinanza degli educatori ma utilizzando

gli impianti della vicina città, Cairo, allo scopo di aggiungere alla valenza ludica e di cura del corpo un aspetto di socializzazione.

La Comunità ha un indirizzo psicodinamico: le problematiche relative alla psicosi vengono cioè elaborate attraverso strumenti psicoanalitici.

Nell'ambito di questa impostazione a Prà Ellera sono stati selezionati e formati gli educatori.

La selezione è avvenuta attraverso una serie di colloqui condotti da psicologi, mentre la formazione si è strutturata in un corso a frequenza settimanale della durata di un anno, tenuto da medici, psicologi e infermieri professionali operanti nel settore psicologico.

Dopo la fine del corso gli educatori hanno avuto altre occasioni di qualificazione professionale grazie a lezioni che si ripetono periodicamente.

Nella loro attività gli educatori sono aiutati da uno psicologo il quale, settimanalmente, svolge un lavoro di supervisione per l'équipe dei tre educatori di ciascuna Unità Abitativa. Questo supporto è incentrato sugli aspetti contro-transferali del rapporto con i pazienti.

Sempre con cadenza settimanale uno psichiatra discute con l'équipe degli educatori i problemi riguardanti la realtà quotidiana dell'unità.

Da pochi mesi gli educatori, guidati da una psichiatra, stanno sperimentando un'attività di gruppo allargato, che verte all'elaborazione del loro vissuto professionale e alla formazione metodologica.

Gli psichiatri hanno in carico i pazienti dal punto di vista sanitario e farmacologico; conducono i colloqui individuali con i pazienti e collaborano alle attività comunitarie.

Gli psicologi, oltre a condurre l'attività di supervisione, curano le attività terapeutiche.

Il servizio di infermeria è gestito da tre infermiere professionali che preparano le terapie farmacologiche ed accompagnano i pazienti ad effettuare gli esami e le visite specialistiche del caso.

Abbiamo cercato una base metodologica solida, ci siamo impegnati per formare del personale preparato e motivato.

Stiamo cominciando a raccogliere frutti ma ci interessa di più continuare a piantare semi.

"IL CENTRO DIURNO TRA AUTONOMIA E INDIPENDENZA"

Dr. CATERINA CATALANO, Psicologa – Centro Diurno "Il Faro" – Sanremo

Non mi soffermo sull'ambiguità del termine "intermedio", assumo che con esso intendo riferirmi a tutte le attività organizzate e finalizzate a creare un'area di intervento, sia fisica che operativa, sia essenzialmente mentale; uno spazio mentale collettivo in grado di costituire un'alternativa al ricovero, alla solitudine e all'abbandono.

Per strutture intermedie intendo quell'insieme di interventi terapeutico/riabilitativi che privilegiano la riscoperta di significati utilizzando un'attività e un gruppo come mediazione.

Il centro diurno "Il Faro" è nato nel 1987, nel 1993 è stato convenzionato dalla USL, di qui la necessità di sistematizzare una pratica che si era sviluppata informalmente per oltre sette anni.

Una riunione settimanale con gli ospiti si è posta da subito come uno dei necessari punti aggreganti nel quale i pazienti e gli operatori potessero cominciare a trovare una loro identità.

Si può dire a posteriori che abbiamo trovato solo man mano, nei momenti di confronto interno all'équipe, spazi di teorizzazione su quanto andava accadendo al C.D.

Vi è stato un momento successivo nel quale si è posto il bivio circa la riunione: se lasciarlo come spazio aperto o strutturarne come un gruppo di psicoterapia. Dalla discussione è emerso che mancavano alcuni prerequisiti fondamentali per un gruppo di psicoterapia, relativi alla selezione iniziale dei pazienti, alla costanza nel tempo di uno stesso gruppo di pazienti.

Il bivio si rivelava dunque inesistente nel momento in cui, per garantire tali prerequisiti bisognava rimodellare l'utenza del C.D. in funzione del gruppo che stava per costituirsi.

Tuttavia erano presenti fin dall'inizio e vengono via via elaborati, alcuni aspetti altamente significativi del lavoro terapeutico del gruppo; lo stabilire, con nessi verbali e non, le regole di funzionamento della riunione, l'uguaglianza degli spazi di ascolto, l'incoraggiamento all'espressione verbale, il rispetto reci-

proco, lavorando prevalentemente su un primo livello di abilità socialmente approvate, man mano, col maturare di un sufficiente grado di coesione del gruppo, passando al lavoro su un successivo livello di apprendimento interpersonale, introdurre le condizioni riguardanti l'approvazione dell'espressione di sé e la possibilità di esprimere nel gruppo aspetti di sé vissuti come oggetto di censura-disapprovazione (1).

Uno spazio particolare è stato e deve essere tutt'ora dedicato al passaggio da una modalità di comunicazione verticale, la riunione come serie di richieste che singoli pazienti fanno ai terapeuti, a una modalità a rete, cioè il moltiplicarsi di interazioni tra pazienti che si pongono domande e si danno risposte (1).

Questo aspetto è molto importante non solo come preconditione per un apprendimento interpersonale, ma anche perché attiene alla modificazione di sé del paziente nel C.D.

Già da questa prima carrellata appare come centrale il tema della costituzione di una leadership efficace, che si mostra tanto più efficace quanto più sa negare se stessa e può permettersi di negare se stessa quanto più è efficace.

Fa già qui la sua comparsa il paradosso terapeutico (2): la riunione non è e non può diventare, dicevo, un gruppo di psicoterapia, sarà uno spazio aperto, con setting necessariamente meno rigido; contenuto, saranno la vita e i problemi dei pazienti.

Se è vero che oggi il tempo vissuto per uno qualsiasi dei nostri pazienti è veramente diviso tra un essere nel Centro ed essere altrove, che conosce e arrischia altri luoghi (casa, lavoro) vi troverà spazio, dicevo, ciò che proviene da questa duplice modalità di esistenza, nel Centro e altrove.

Ho scoperto man mano che, quasi per aggregazione spontanea, il materiale della riunione si è organizzato lungo alcuni filoni, il principale dei quali è malattia/guarigione.

Il vissuto di malattia e di possibile guarigione, l'immagine di sé come paziente,

ma assieme a questo è evidente che l'immagine di sé come paziente è inestricabilmente legata a quella di un C.D. che organizza la risposta e che in qualche modo contribuisce a comporre questa immagine che diventa immagine di sé del paziente nel C.D.

Anche nel vissuto del paziente non sembrano separabili, immagine di sé come persona sofferente e immagine di sé come risultato di una risposta a questa sofferenza.

Nel rileggere il materiale delle riunioni ho scelto di privilegiare la lettura "dalla parte del paziente" per quanto parziale e sicuramente più esposta a vizi metodologici.

Filo conduttore sarà l'immagine di sé al C.D. del paziente, toccherò poi il tema relativo all'immagine di sé nel lavoro, che risulta subordinato al primo.

Gianfranco dice "Siamo grati alle operatrici e ai dottori perché possiamo venire qui, stare tutto il giorno e parlare, qui c'è qualcuno che ci ascolta, ma possiamo anche fare ginnastica, francese, fare passeggiate, insomma occupare il tempo e la mente".

Piero: "Anch'io sto bene qui, prima ero chiuso in casa, ora qui ho degli amici che mi vengono a trovare la domenica, prendo l'autobus, vado a lavorare..." Giuseppe: "Ma quanto dovrò restare ancora? penso che per l'estate non verrò più... devo stare qui per sempre o sono guarito?"

Mario: "Qui siamo tutti amici, prima passavo tutto il tempo al bar, la gente mi indicava... guarda quello, è scemo... ma al bar si prende il vizio di bere... mi sono ubriacato tante volte, da quando vengo qui bevo meno, meglio stare tra di noi anche se gli altri dicono che vengo in un posto dove ci sono i matti..." Alla domanda "Che cos'è il centro diurno" direi che Gianfranco e Mario risponderebbero: "un contenitore buono".

A un vissuto di dipendenza generica si aggiunge un vissuto profondamente radicato di dipendenza medica: questi sono i pazienti che più facilmente svolgono la funzione di anziani, molto legati al luogo, agli operatori, alle regole che

vengono stabilite, hanno contribuito in modo significativo a dare agli altri il senso del gruppo e dell'utilità di quanto si stava facendo per un altro verso hanno mostrato radicissime resistenze al cambiamento.

Aggiustamenti anche modesti nella direzione di una maggiore autogestione hanno provocato smarrimento e rapida regressione entro un più sicuro orizzonte medico-farmacologico.

Ancora: questi pazienti in iniziative e progressi che riguardino la loro vita esterna, sembrano potercela fare, a patto di non rendersi ben conto che è opera loro, quanto merito di chi li cura.

L'intervento di Mario riassume la posizione di quei pazienti che vivono il C.D. come un circolo ricreativo dove non c'è posto per un riconoscimento di malattia e dove di malattia si parla nell'attribuzione dall'esterno vissuta in termini tendenzialmente persecutori.

La posizione di Giuseppe si presta ad alcune osservazioni, la prima è che i nuovi utenti vivono un'immagine di sé al C.D. profondamente diversa dai vecchi utenti. Ho la sensazione che anziché immagini di sé in qualche modo codificate, vi sia un'area che sospende le definizioni che sono di là da venire.

Il paziente lascia galleggiare proprie parti sane e malate, ancora non le colloca e non le definisce; cerca di captare la definizione che altri, gli operatori, danno intorno a lui. Il rapporto paziente-operatore è qui più intriso di ambivalenza venendo di volta in volta caricato di valenze cattive ("non hanno capito niente di me, sanno solo darmi ordini") e buone ("mi sanno capire, il loro consiglio è quello giusto").

La mia personale impressione è che con questo tipo di paziente sia poco prudente

e utile partire dalle richieste affioranti di autonomia e preoccuparsi in primo luogo, di non creare una nuova dipendenza. Richieste affioranti di autonomia sì, ma profondamente segnate dall'ambivalenza e precedenti e non conseguenti le tappe di una più chiara definizione del sé. Va comunque, innanzitutto, costruito un telaio col paziente, fissate le regole, per poter essere interiorizzate, elaborate e successivamente superate.

La sfida è che questo telaio può essere man mano ampliato e rivisto, in una sorta di dialogo a distanza tra modificazioni del paziente e progetto del C.D., lavoro di pazienza e più che mai individualizzato, tenendo conto che con i nuovi utenti (i giovani) i tempi di cambiamento e a volte di recupero all'esterno possono essere più rapidi.

A proposito di lavoro e del concetto di cura che traspare da molti interventi dei pazienti sull'argomento... "qui al Centro va meglio perché abbiamo tutta la giornata occupata, organizzata, quando sto a casa passo la giornata a letto e non faccio che seguire i miei pensieri, da quando sono stato inserito in borsa lavoro la mia giornata passa prima e mi distraigo".

Emerge quasi sempre un vissuto di vuoto da riempire che è primariamente avvertito come luogo psichico del disordine dei pensieri; si concretizza spesso nell'attesa di un principio ordinatore fornito dall'alto.

Il lavoro compare come principio ordinatore per eccellenza, il telaio che imbriglia la malattia, che non le dà spazio.

Per altri, generalmente i più giovani, il lavoro viene forzato nel suo significato di sanzione di normalità, di patente, lasciarsi passare per essere visti/vedersi uguali ai coetanei.

C'è un elemento che mi colpisce ed è

che il lavoro compiuto con i pazienti, verso un processo di autonomia e crescita individuale presenta la struttura di un paradosso pragmatico (2): si tratta di un processo spontaneo attivato in un contesto direttivo.

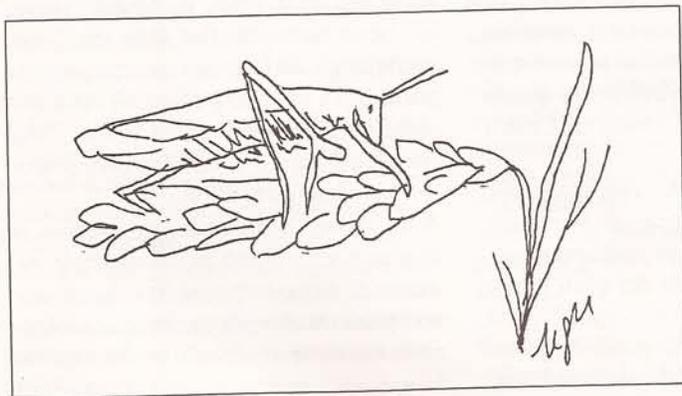
E proprio per questo mi sembra significativo la presenza del paradosso terapeutico come elemento costitutivo di un processo terapeutico allargato: dove molto più complessi e diversi sono i livelli di potere del servizio e del singolo paziente nei confronti dei diversi interlocutori territoriali, dove acquista sempre maggiore importanza la diversificazione dei singoli progetti sui pazienti con storie differenti e gradi diversi di emancipabilità da cui ripartire.

Attivare l'emancipazione dei pazienti in un contesto direttivo è un binomio che va applicato interamente evitando le tentazioni estremistiche di negare uno dei due termini.

Negare l'emancipazione del paziente significa mettere al centro la struttura per il paziente anziché il progetto sul paziente; lavorare per strutture intermedie sempre più ricche e sofisticate, scambiando la tappa intermedia con l'obiettivo. Negare l'attivazione in un contesto direttivo, significa rischiare di lasciare alcuni alla loro regressione, altri alla loro confusione, in ogni caso di ripercorrere nuovi problematici circuiti di isolamento e di emarginazione nel territorio.

Bibliografia

- (1) Yalom: "Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo"
Capp. I-V, Boringhieri 1977
- (2) Watzlawick e coll.: "Pragmatica della comunicazione umana"
Capp. VI- VII, Astrolabio 1977



LA COMUNITÀ TERAPEUTICA "IL CROGIUOLO": TRA SPERIMENTAZIONE E ADATTAMENTO

Dr. ALBERTO BADANO, Psicologo Psicoterapeuta

Dr. PATRIZIA BINONI, Psicologo Psicoterapeuta

Descrivere un'esperienza comunitaria, evitando da un lato l'autocelebrazione e dall'altro la banale semplificazione non è cosa semplice. Infatti, adottando il rigore proprio dell'analisi scientifica, si rischia di perdere la varietà delle tonalità emotive, mentre utilizzando la forma narrativa del racconto sono le ragioni e le motivazioni cliniche ad essere messe in ombra.

Tenuto conto di queste premesse possiamo individuare le tre caratteristiche che definiscono la natura e l'identità della Comunità Terapeutica il Crogiuolo: la dimensione storica, l'approccio terapeutico e l'impostazione sperimentale.

La dimensione storica.

Per quello che riguarda la dimensione storica, è opportuno ricordare che la CT è stata fondata nel 1983 da operatori formati, nel corso degli anni '70, nell'esperienza del Centro Daily di Genova Multedo ideato e diretto dal Dr. Giandomenico Montinari.

Il Crogiuolo in questi 13 anni ha attraversato differenti fasi adattandosi a diversi contesti politici e culturali. Questo permette indubbiamente una reale valutazione critica libera da contingenze e condizionamenti.

La fase della fondazione è stata caratterizzata da uno spirito "militante", dalla presenza di una leadership carismatica, da un'impostazione decisamente antistituzionale e dal principio della condivisione globale.

Successivamente, alla fine degli anni '80, rapporto al mutare del contenitore sociale si giunge alla fase del riconoscimento. La CT cessa di essere un'isola felice e s'intensificano i rapporti con le Istituzioni. Il gruppo di lavoro, dopo anni di turn over, tende a stabilizzarsi e al suo interno, dal punto di vista

professionale, si registra un rafforzamento della presenza di psicologi, psicoterapeuti ed educatori professionali. In questa fase convivono istanze "ideologiche" e professionali.

La maggior strutturazione interna della CT e l'avvio di un processo di rottura dell'isolamento sfociano nel riconoscimento istituzionale con la stipula di una convenzione sperimentale con il SSM della allora USL XV.

La terza fase, l'attuale, è quella della normalizzazione. Con il termine normalizzazione s'intende quel processo di integrazione dell'esperienza comunitaria nelle metodiche trattamentali previste e comunemente accettate. Questo processo di integrazione prevede necessariamente la definizione di standard di riferimento. Dal punto di vista della CT ciò significa confrontarsi con un elemento di realtà forte e imprescindibile; accettare questa sfida equivale a misurare la capacità di adattamento ad un contesto nuovamente mutato.

L'approccio terapeutico.

Lo spazio.

La caratteristica essenziale dell'approccio alla sofferenza mentale elaborato dalla CT il Crogiuolo è quello della terapia di gruppo rivolta ad un piccolo gruppo di pazienti schizofrenici gravi.

La Comunità ha sempre ospitato non più di 10 pazienti e questo ha rappresentato di per sé un elemento determinante per l'elaborazione del metodo di intervento. La CT, è bene ricordarlo, è prima di tutto uno spazio, nel nostro caso, un piccolo spazio.

Uno dei motivi che ha contribuito alla nascita delle strutture intermedie era la necessità di fornire ai "matti" una casa in cui cominciare a progettare un'esi-

stenza diversa. Forte è quindi in comunità la dimensione dello "stare", uno stare non necessariamente indaffarato. La casa che ospita la CT, per precisa scelta, non si connota in modo particolare né dal punto di vista funzionale né da quello architettonico.

Il tempo.

La comunità ha un suo specifico tempo biologico che ne influenza l'intera vita. Il bioritmo del Crogiuolo è la quotidianità. Con questo termine intendiamo definire un territorio spaziotemporale di incontro tra psicosi e normalità. In questa dimensione il tempo, il suo scorrere, il suo dilatarsi e persino paradossalmente il suo negarsi è una delle variabili principali di un processo terapeutico rivolto a persone per le quali il tempo, come noto, è inesorabilmente sempre troppo poco o sempre troppo tanto.

La scansione temporale determinata dalla quotidianità permette di rassicurare il paziente coniugando cambiamento e ripetitività e consente di introdurre in modo efficace la punteggiatura terapeutica tramite specifiche attività terapeutiche corporee, verbali ed espressive individuali o di gruppo.

Le relazioni.

La comunità si definisce a partire dai suoi assi spazio temporali, ma è soprattutto dall'intensità e dalla qualità delle relazioni, che in quel tempo s'intrecciano e si sviluppano che si definisce in termini terapeutici. Nella nostra esperienza si è trattato molto spesso di relazioni profonde, affettivamente connotate, intrise di una fisicità che solo una lunga vita in comune permette. Spazio, tempo e relazioni definiscono il setting destinato a contenere e semplificare una costante tensione terapeutica.

La funzione terapeutica della comunità consiste nel pensare ed agire questo setting come struttura organizzata per affrontare quotidianamente le necessità della realtà di cui però sono costantemente riconosciute le valenze simboliche.

In sintesi è proprio il fatto che la funzione simbolica individui il piano di realtà sul quale attivarsi che consente di parlare di setting e di quotidiano come strumento terapeutico.

Il piccolo gruppo.

Nella nostra struttura lo strumento di lavoro principale è il gruppo, inteso come gruppo dei pazienti, gruppo degli operatori e gruppo della comunità. In quest'ottica risulta evidente che sono necessari appropriati strumenti per operare direttamente sul gruppo dei terapeuti. La riunione settimanale, in cui si discutono tutti i vari aspetti della vita comunitaria, la supervisione quindicinale ad orientamento analitico auto-centrata sul gruppo insieme a training psicoterapici individuali e l'incentivazione della formazione permanente sono strumenti ormai consolidati del nostro operare.

Il ruolo unico.

In quest'approccio l'importanza del lavoro di gruppo e la centralità degli aspetti relazionali hanno generato nell'operatività l'esperienza del cosiddetto ruolo unico. Il ruolo unico degli operatori si definisce contemporaneamente per aspetti organizzativi, clinici e contrattuali.

Nelle prime fasi della vita della comunità, alla base di questa scelta troviamo anche motivi di natura ideologica. Inizialmente questa forma organizzativa era applicata in modo rigido e ben si coniugava con la presenza di una leadership di tipo carismatico.

Progressivamente però il ruolo unico si è stemperato attraverso il riconoscimento e la valorizzazione di specifiche competenze e la sua ragione di essere ha trovato giustificazione in motivazioni di carattere squisitamente clinico.

Nonostante per molti aspetti sia da

considerarsi superato, il ruolo unico ha avuto il gran merito di dimostrare che nello specifico campo comunitario il medico o l'infermiere, lo psicologo o l'educatore si definiscono in termini di identità professionale in relazione allo strumento terapeutico, la comunità, piuttosto che in relazione alle tecniche acquisite.

Nel campo psichiatrico fa quindi il suo ingresso una figura specifica che accomuna differenti professionalità: *l'operatore di comunità*.

In altre parole dobbiamo riconoscere che esiste una specifica area interprofessionale che si definisce in termini di capacità, attitudini e sensibilità e rappresenta simbolicamente il luogo di elaborazione e condivisione del progetto comunitario.

Riconoscere quest'aspetto è di estrema importanza se si considera che la CT è un progetto realizzabile solo investendo grandi energie e correndo il rischio di conflitti e frustrazioni. Solo una grande identificazione progettuale può supportare un gruppo in una vicenda che prima di essere un fatto tecnico è essenzialmente una vicenda umana.

La personalità della CT.

Ogni comunità acquisisce una sua *personalità* che si modella ed evolve con l'apporto degli operatori, dei pazienti e del contesto sociale in cui è inserita. Questa circostanza ci permette di avere comunità con personalità anche molto differenti fra loro. La differenza in questo caso è una risorsa importante a cui il trattamento della sofferenza mentale non può in alcun modo rinunciare.

La differenza è una risorsa in quanto innanzi tutto permette di ampliare il bacino dell'utenza dei pazienti trattabili.

Per quello che riguarda Il Crogiuolo si rivolge a tutte le patologie psichiatriche, ma in particolare modo a coloro che non riescono più a vivere nella più estesa comunità sociale.

La selezione degli ospiti non è effettuata a partire dal quadro sintomatologico, diagnostico o prognostico, bensì attraverso una valutazione delle possi-

bilità che la comunità ha di accogliere le novità portate dal nuovo paziente nel gruppo. Ogni individuo partecipa, infatti, alla formazione dell'identità del gruppo comunitario e alla sua evoluzione, interagendo con gli elementi più fluttuanti, ma anche con quelli più conservativi.

Ogni comunità per propria storia e per proprie caratteristiche non può trattare tutti sempre e in ogni caso in modo indistinto e questa forse è una delle caratteristiche fondamentali che la differenziano dall'istituzione manicomiale.

L'impostazione sperimentale.

Con l'approvazione della L. 180 si è aperta nel corso degli anni '80 una stagione che per molti aspetti è irripetibile. In questa fase, dominata da un preciso contesto politico-culturale, cadeva il monopolio della classe medica nel campo del trattamento della sofferenza mentale e si affermava la possibilità reale di sperimentare nuove ed originali forme di comunicazione con il mondo psicotico. Diverse professionalità coglievano l'occasione per cimentarsi con il loro background e con le proprie impostazioni nella definizione di modelli alternativi d'intervento e terapia.

Per molto tempo è stato possibile sperimentare nella pratica clinica diversi approcci teorici.

Nonostante talvolta abbiano avuto spazio un rozzo empirismo e una certa dose di superficialità, complessivamente in questa fase di libertà, concessa dallo scacco della Psichiatria tradizionale, sono state concepite ed avviate quell'insieme di esperienze, che ancora oggi, rappresentano quanto di meglio sia stato realizzato sul versante del trattamento del grave disagio mentale.

Una caratteristica della CT Il Crogiuolo è stata quella di essere gestita per 13 anni in forma cooperativistica. Questa circostanza ha certamente influito sulla possibilità di sperimentare in campo clinico dimensioni organizzative orizzontali che, come ben sappiamo, sono quelle più efficaci e flessibili nel trattamento delle psicosi.

Alcune conclusioni.

In tredici anni di attività continuativa della CT Il Crogiuolo, abbiamo potuto verificare nella pratica clinica alcuni punti che riteniamo di estrema importanza:

1. La validità dell'approccio psicossociale.
2. La positiva risposta di un gran numero di pazienti ad un trattamento in ambiente a basso indice di medicalizzazione.
3. La centralità della dimensione relazionale nel processo terapeutico.
4. La possibilità di utilizzare una lettura psicodinamica e psicoanalitica dei processi terapeutici in ambito istituzionale.

Inoltre è stato possibile condurre una attività di osservazione, in taluni casi pluriennale, su pazienti inseriti e trattati in ambito comunitario; ciò ha permesso di affinare progressivamente il metodo e tralasciare le effimere sugge-

stioni e le mode contingenti.

L'esperienza maturata dalla CT il Crogiuolo crediamo possa fornire alcune preziose indicazioni di lavoro sia agli operatori del settore sia alle istituzioni politiche.

1. Gli insuccessi e le frustrazioni ci hanno dimostrato la necessità che la CT sia inserita in una rete di interventi differenziati. La comunità ha senso solo se esiste un possibile progetto per il paziente. Infatti, se la comunità rimane l'unica risposta al disagio mentale la stessa idea di processo terapeutico perde inevitabilmente significato.
2. Registriamo con soddisfazione che alcuni assunti di base, intuizioni e ipotesi sperimentate in questi anni nella nostra esperienza clinica fanno ormai parte integrante della psichiatria ufficiale. Esiste oggi, infatti, un linguaggio comune e quindi una reale possibilità di confronto e integrazione tra i diversi soggetti impegnati nel settore; ciò però può avvenire in modo armonico e creativo a condizione che siano

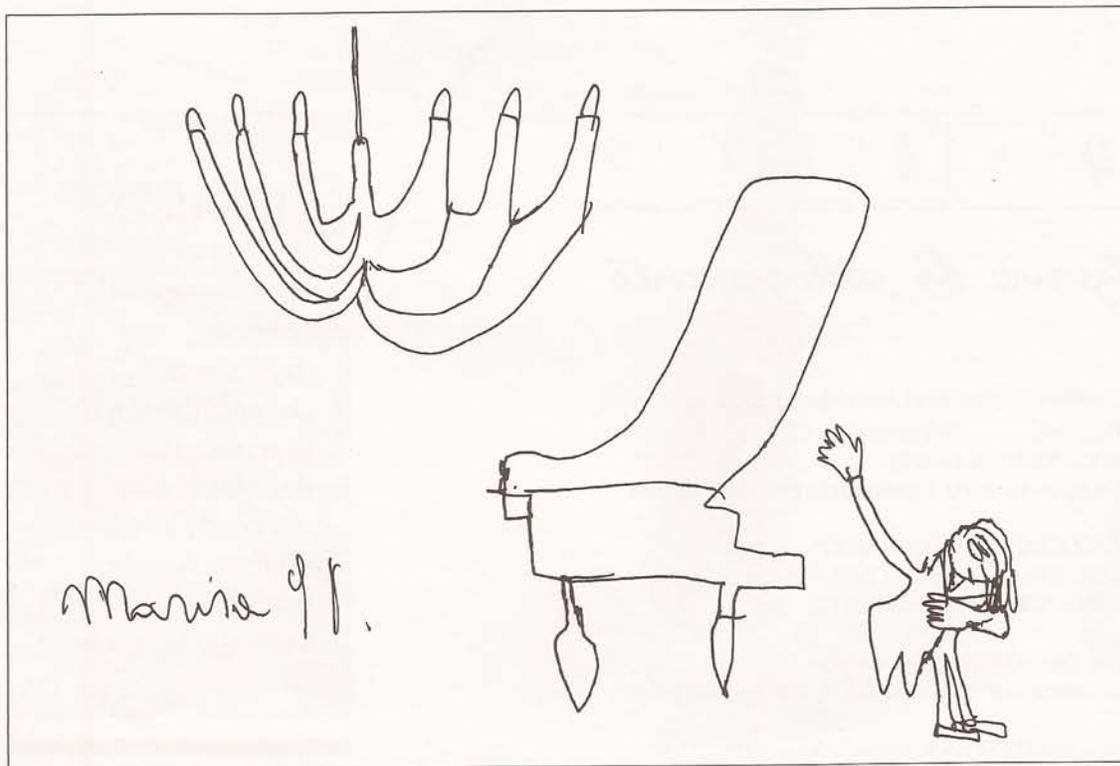
tollerate e valorizzate le differenze e le peculiarità.

La prossima sfida, per quello che riguarda la CT Il Crogiuolo, sarà quella di verificare nella pratica clinica la possibilità di proseguire un percorso di ricerca all'interno di un quadro normativo che ci auguriamo rispettoso dei contributi e dei risultati raggiunti in tanti anni di operatività.

Concludiamo con la speranza che l'approccio politico all'intera materia sia in grado di coniugare le esigenze di una doverosa regolamentazione con il bisogno di sperimentazione.

Sarebbe infatti un danno irreparabile la chiusura degli spazi d'innovazione dovuta ad una standardizzazione piatta e meccanica.

Crederci oggi nell'esistenza di un modello finito e definito di Comunità significa decretare la fine stessa di una grande intuizione terapeutica.



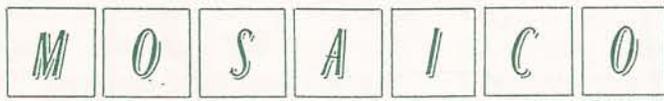
Arteterapia al "Mosaico"

Questo numero speciale del Notiziario di Collegamento contiene gli Atti del Convegno "STRUTTURE INTERMEDIE TRA PUBBLICO E PRIVATO SOCIALE: modelli ed esperienze nei servizi psichiatrici liguri" tenutosi a Chiavari il 18.11.1995. L'iniziativa, promossa dall'Associazione "Mosaico", è stata patrocinata dalla Regione Liguria, dalla Provincia di Genova, dal Comune di Chiavari, dalla U.S.L. n° 4 "Chiavarese", dalla Sezione ligure della Società Italiana di Psichiatria, con il contributo organizzativo della Fondazione Cassa di Risparmio di Genova e Imperia.

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

M. Arcellaschi
A. Badano
P. Binoni
S. Cammarata
P. Carrara
M. Castagnola
C. Catalano
L. Ferrannini
M. Ferro
F. Giuffra

M. Gualerzi
M. Marini
G. Ponte
A. Priori
A. Rossello
S. Sanavio
E. Sanguineti
F. J. Scarsi
L. Zanlungo



notiziario di collegamento

Direttore responsabile: Anna Maria Rolleri
Registrato presso il Tribunale di Chiavari
al n. 3/95 del 16.10.1995
Stampato presso la Tipolitografia Emiliani - Rapallo

ASSOCIAZIONE "MOSAICO"
Sede: Salita San Michele, 34/A - Ri Alto
16043 - Chiavari - tel. 0185/312.355

cod. fisc. 90009230104 - c/c postale n° 20144168
c/c bancario n° 13208/80 CA.RI.GE. ag. di Chiavari

Internet: [HTTP://www.look.it/Asso/MOSAICO](http://www.look.it/Asso/MOSAICO)

MOSAICO :

Un armonico
comporsi
degli aspetti
che costituiscono
la personalità
degli individui
che con la loro
originalità
formano
la comunità umana.