

“Com’è cambiato il quadro sociale in cui operano gli operatori psichiatrici dagli anni ’70 ad oggi”

Relatore: Dott. PAOLO BOCCARA

Prof.ssa Marinelli: “Oggi il nostro ospite è il Dottor Paolo Boccara, uno psichiatra, psicoanalista ordinario della Società Psicoanalitica Italiana, e Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma/B, una delle più importanti e storiche ASL a Roma. Però in particolare, oltre ad avere questa esperienza in quanto Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ha anche un interesse che ha coltivato per più decenni, insieme anche al relatore che abbiamo avuto ospite qui, Pino Riefolo, alla prima lezione, un interesse particolare su Cinema e Psicoanalisi. Credo, che questo aspetto ci possa dare un riferimento sulle molte ricerche attive che ci sono in questo momento in questo campo di legame fra discipline e che hanno questa doppia dimensione di essere anche sì divertenti, ma anche molto istruttive. Comunque potete trovare su Funzione Gamma la locandina del convegno *Cinema e Psicoanalisi* che sta per essere inserita anche nel sito di ARGO e un’edizione di Funzione Gamma curata dal Dottor Boccara, che riporta una parte dei materiali del convegno. Do la parola ricordando che siamo molto grati di essere qui. Buon Lavoro!”

Dott. Boccara: “Grazie per avermi invitato. Allora, anche se forse non riusciremo a trovare un modo per proiettare il video, vorrei provare a raccontarvi un po’ la funzione dei sistemi di cura della Salute Mentale in Italia, che sono presenti nel libro che vi è stato proposto. Uno dei capitoli del libro, scritto da me e dalla Dottoressa Costigliola – che tra poco arriverà in aula a portarvi anche la sua esperienza – tratta proprio della storia dei servizi psichiatrici, dal Manicomio fino al Dipartimento di Salute Mentale. Ho pensato di proporvi gli stessi contenuti raccontandovi però come li ho vissuti io in questi 35 anni di lavoro nei Servizi Pubblici. Perché mi sembra importante potervi proporre l’esperienza soggettiva di una persona che ha avuto la fortuna di trascorrere la propria vita professionale nell’arco di questi ultimi 35 anni. E quindi pensavo di proporvi qualcosa che non è soltanto la diversificazione negli anni di come sono e di come vengono trattati i pazienti psichiatrici nei servizi pubblici, ma cercherò di sottolineare anche l’aspetto soggettivo, che in realtà non solo è molto importante nell’esperienza di

percorso di qualsiasi persona – e quindi spero anche per voi nel vostro futuro – ma è anche è molto importante per il modo con cui ci si rapporta con i pazienti. Il modo con cui ci si rapporta al paziente psichiatrico fa parte integrante delle strutture dei Servizi di Salute Mentale e quindi gli operatori (qualsiasi ruolo svolgano, sia se sono medici, psichiatri, psicologi, infermieri o assistenti sociali), sono parte integrante delle strutture e sono la parte che dà valore a quell'incontro, sia per quello che hanno imparato nelle aule universitarie, nei libri che hanno letto, sia nelle loro esperienze di vita. E quindi mi sembra molto opportuno, anche se è un esperimento che non ho mai svolto in maniera così sistematica, raccontarvi un po' della mia esperienza e provare a vedere se suscito in voi delle domande, delle curiosità, delle riflessioni che possano darvi il senso di questi servizi in un modo un po' più vivo, magari anche attraverso delle immagini, che scaturiscano dalle mie parole o da un video.

Allora, diciamo che a fine degli anni '70 chiunque entrava in un'aula di Psicologia o di Psichiatria aveva a che fare con diverse realtà. In psichiatria si parlava molto di clinica psichiatrica, nosografica, quella delle diagnosi e delle caratteristiche specifiche delle malattie psichiatriche e aveva la possibilità di incontrare nell'aula stessa un paziente ricoverato in reparto e che veniva mostrato davanti a tutti: gli si facevano delle domande sul suo vissuto, sui suoi sintomi e poi, come se lui non ci fosse, veniva discussa tutta la sua situazione in un'aula magna come questa. Sia a Medicina che a Psicologia c'era anche la possibilità di incontrare alcuni degli operatori e dei professori che avevano partecipato alle prime esperienze anti-istituzionali che si svolgevano in Italia, a fine anni '70 (dai primi anni '80 ha insegnato, per esempio, qui a Psicologia Giovanni Jervis). Poi, sempre all'interno della facoltà di Psicologia venivano anche psichiatri, provenienti dalla facoltà di Medicina, che provavano a svolgere una lezione o un corso tenendo conto anche di aspetti psicodinamici, relazionali, sociologici derivanti da una letteratura americana e inglese che permettevano di leggere le prime esperienze anti-istituzionali (insieme a quelle delle comunità terapeutiche e della psicoterapia con i pazienti psicotici) in un modo particolarmente interessante e sicuramente diverso da quello che succedeva fuori dalle aule universitarie. Fuori dalle aule universitarie in quegli anni, Basaglia e altri suoi collaboratori stavano svolgendo nel Nord Italia delle importanti esperienze anti-istituzionali nei manicomi (a Gorizia, a Trieste, a Perugia, ad Arezzo) – Roma è rimasta per un periodo fuori da queste attività antiistituzionali – segnalando come i manicomi non curassero assolutamente, ma anzi relegassero il paziente psichiatrico al di fuori del contesto sociale, creandogli

tutta una serie di ulteriori problematiche relazionali e psicopatologiche. A Roma comunque continuavano ad esistere molti reparti di degenza, nell'Ospedale Psichiatrico, nell'Università, nelle Cliniche Psichiatriche ed era lì che i pazienti gravi, cioè i pazienti psicotici, i pazienti con disturbi di personalità, i pazienti con una depressione grave, venivano incontrati. Tutto quello che si veniva a scoprire rispetto alla storia del paziente, a quello che l'aveva portato al ricovero, a quello che l'aveva portato a stare male, alla possibilità di curarlo con farmaci o anche con colloqui, avveniva all'interno di mura, più o meno solide, comunque di stanze in cui c'erano dei letti, in cui c'era sostanzialmente un paziente ricoverato (sia che fosse in uno stato di acuzie sia che fosse in uno stato di tranquilla permanenza, o di convalescenza dalla situazione pregressa). A quell'epoca ero studente di Medicina e al quarto/quinto anno cominciai a interessarmi di psichiatria e quindi andai a frequentare il reparto di Psichiatria Donne che stava al Policlinico Umberto I, a Viale delle Università 30, e iniziai lì a conoscere le pazienti che erano ricoverate. Cominciai a imparare il mio futuro mestiere frequentando persone comunque ricoverate. Era il 1978 e la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica, la famosa "180" – che era stata appena promulgata e di cui voi avete sicuramente sentito parlare – non escludeva i ricoveri obbligatori, ma li limitava all'interno di nuove strutture ospedaliere (i Servizi di Diagnosi e Cura negli Ospedali Generali), mentre le strutture universitarie erano in quel periodo adibite solo a ricoveri volontari. Questo significava che gli studenti di Medicina o anche di Psicologia, i giovani specializzandi di Psichiatria o i neolaureati di Psicologia partecipavano alle attività dei reparti di Psichiatria, donne o uomini, all'università, conoscendo pazienti anche piuttosto gravi che, anche se inizialmente avevano dato il loro consenso o comunque erano entrati per motivi diciamo per cui non potevano continuare a vivere fuori, di fatto, rimanevano comunque dentro il reparto per due mesi, tre mesi, quattro mesi a seconda delle situazioni. Da giovane studente di medicina iniziai lì a incontrare i miei primi pazienti e iniziarono già in quel periodo a entrare dentro la situazione universitaria e dentro quel reparto, tematiche legate alle diverse tecniche psicoterapiche. In quel periodo non c'era ancora una articolata assistenza psichiatrica nel territorio né una particolare attenzione alla cura della salute mentale nel territorio, alcune istituzioni di ricovero universitario erano un po' più aperte. In quegli anni l'università era abbastanza permeabile a tutto quello che avveniva all'esterno e quindi ci ponevamo il problema che durante il ricovero si potesse anche iniziare un rapporto psicoterapeutico, un rapporto di incontro effettivo col paziente, una vera e propria relazione terapeutica. Quindi c'era bisogno di utilizzare le

tecniche che in quel periodo erano molto in auge, come per esempio la terapia familiare (e quindi si convocavano i genitori o i figli, se erano le madri o i padri ad essere ricoverati). Poi ognuno stava iniziando un training parallelo di terapia familiare o di terapia psicoanalitica o di terapia cognitivo-comportamentale e quindi capitava anche di iniziare a lavorare secondo queste diverse ottiche.

Quello che successe è che poi quando io mi laureai e cominciai a lavorare come tirocinante interno in quello stesso reparto, conobbi tutta una serie di altri colleghi di altri anni, che sostanzialmente non avevano mai lavorato all'esterno e che quindi svolgevano il loro lavoro nel reparto, anche con una grande apertura, dove sotto il paradigma del ricovero venivano trattati pazienti gravi con dei deliri o delle allucinazioni, o affetti da stati dell'umore particolarmente pesanti. A un certo punto venne fuori la possibilità di essere assunti – mentre io ero specializzando – essere assunti momentaneamente, cioè con contratti a tempo determinato, all'Ospedale Psichiatrico di Roma, il Santa Maria della Pietà. E una volta entrato lì capii cosa era successo nel frattempo in quell'ospedale dove c'erano ancora circa millesettecento pazienti da tanti anni ricoverati. Anche se con la legge del '78 molti pazienti non erano più entrati dentro l'Ospedale Psichiatrico, venendo curati nei Centri di Salute Mentale, l'Ospedale rimaneva ancora molto fiorente, tristemente fiorente, perché erano presenti tutti i pazienti che non erano stati dimessi nel frattempo. Quindi per me che andavo a lavorare in quel periodo dentro l'ospedale psichiatrico e che avevo fatto una tesi sulla riforma psichiatrica ad un anno dalla sua promulgazione, l'idea che ancora esistesse un manicomio era un po' come una sorta ... di ritorno indietro nella Storia. E infatti non capivo bene che cosa fosse successo, se ci fosse stato un ritardo complessivo nell'attuazione della legge o un ritardo, per così dire, solo 'romano' rispetto agli altri posti che ero andato a visitare un anno prima. In realtà era successo che mentre in alcune realtà d'Italia il processo di deistituzionalizzazione, cioè di dimissione dall'ospedale (attraverso un inserimento dei pazienti all'interno delle comunità territoriali, o attraverso un ritorno in famiglia o la creazione di comunità più piccole che potessero rapportarsi ai bisogni dei pazienti), era già iniziato prima della legge di riforma psichiatrica, al Santa Maria della Pietà, quindi a Roma (dove erano presenti reparti universitari, cliniche psichiatriche e appunto un grande ospedale psichiatrico) si aspettava la legge per iniziare tutto il processo. In sostanza quando sono entrato nella prima volta nell'agosto del 1981 dentro il Santa Maria della Pietà, ogni padiglione del Santa Maria della Pietà aveva 300/400 pazienti, divisi in donne e uomini, ma mescolati da un punto di vista delle diverse diagnosi con le quali erano stati

catalogati. Questa era una delle caratteristiche del manicomio che ancora nel 1981, e fino alla fine degli anni '80, era ancora molto presente, e che oggi sembra a raccontarlo una cosa molto molto antica. Erano presenti nello stesso Padiglione persone di tutte le età, diciamo dai 18 anni in poi, quindi giovani, adulti e anziani, e a volte nella stessa corsia. Persone con diverse diagnosi, depressi, pazienti schizofrenici, alcolisti, persone che avevano dei limiti sul piano cognitivo, che non avevano fatto le loro normali tappe evolutive e che poi nella situazione relazionale, familiare di inserimento nella società, erano crollati. C'erano anche persone abbandonate dalla famiglia, persone che erano andate incontro a dei reati per cui erano stati considerati con facoltà di intendere e di volere molto limitate, fino ad arrivare anche a ragazzi cresciuti in manicomio, perché in quello stesso ospedale psichiatrico c'erano anche reparti di neuropsichiatria infantile e quindi anche persone che praticamente erano da molto tempo interne alle istituzioni, erano cresciute là. Ora le immagini che chiaramente sono tornate più volte in televisione, nei film, fanno vedere i manicomi come luoghi di tortura, come dei lager o molto simili ai lager, con l'elettroshock, con i pazienti legati ai letti, con l'uso degli idranti prima dei farmaci antipsicotici, con pazienti completamente saturi di farmaci, al punto di essere diventati degli "zombie", o degli "addormentati" e così via. Insomma si sono usate moltissime immagini consolidate nel tempo, e sicuramente tutto questo era presente. Si è spesso descritto il medico psichiatra manicomiale come un po' perverso, un po' sadico insieme agli infermieri con le grandi chiavi che chiudevano e aprivano, e così via. Questo faceva parte della iconografia del manicomio in Italia e nel mondo, però al tempo capii anche che sostanzialmente non era questo il punto centrale, il solo motivo per cui l'ospedale psichiatrico doveva essere superato per evitare che alcuni elementi dell'ospedale psichiatrico potessero tornare in altre istituzioni apparentemente più moderne. Il punto di fondo era (ed è) che per anni si è pensato, e si continua in qualche modo a pensare, che il paziente psichiatrico, la persona che soffre di un disturbo psichiatrico, la persona che ha delle manifestazioni psicotiche, quando non riesce a stare all'interno di una socialità condivisa, deve superare quei suoi sintomi e quel suo modo strano di manifestarsi, separato dal mondo circostante. Separato dalle relazioni familiari, che sono considerate magari la fonte di quei disturbi, dalle relazioni anche sociali e separato dal mondo in cui tutto quello si era precedentemente manifestato. Era dato per scontato che solo all'interno di questa separazione e isolamento fosse possibile recuperare la propria salute, adesso (dagli anni '50 anni in poi) con dei farmaci, prima semplicemente con sistemi di altro tipo. Anche a volte con un buon livello di umanità – perché

nell'iconografia sempre collegata al manicomio, ci sono anche i reparti puliti, i reparti con persone di buon senso, i reparti con medici umanitari, con caposale e infermieri attenti alla dignità umana. L'elemento che non funziona in tutta questa operazione è l'idea che è il ricovero il mezzo per arrivare ad una cura, come se fosse appunto una malattia che ha bisogno di riposo, o di isolamento, di pausa, di distacco dal resto del mondo da cui proviene. E questo è un elemento che prescinde dalle estremizzazioni e dalla crudeltà e dall'orrore che gli ospedali psichiatrici hanno da molti anni oramai rappresentato. Tenete conto che gli ospedali psichiatrici oggi, a quarant'anni circa dalla legge Basaglia, sono ancora presenti in Italia sotto forma di ospedali psichiatrici giudiziari e fra un mese e qualche giorno verranno definitivamente chiusi. Questo per dire che quest'operazione non è una cosa legata a trent'anni fa o alla mia esperienza di studente che via via è cresciuto e che vi racconta vicende passate, ma è un elemento di fondo sempre presente e che sostanzialmente ancora rimane nell'idea, anche nelle famiglie, che se uno sta male "deve essere comunque ricoverato". Il che non vuol dire che il ricovero non deve essere mai previsto, ma l'idea che il ricovero sia la fonte principale della cura di una persona è rimasta. E quindi, tanto per chiarire questo punto, l'ospedale psichiatrico doveva necessariamente essere smantellato, dovevano essere attivate tutta una serie di altre attività per la cura di questi pazienti, a prescindere dal trattamento umanitario, scientifico o pseudo scientifico, risocializzante o meno, all'interno di esso e che in qualche modo era la base del suo sistema di cura.

Una volta entrato dentro l'ospedale (e con la curiosità che era legata al fatto che mi sembrava che tutto questo fosse impossibile in un'epoca moderna) passarono sei anni durante i quali ho lavorato nell'ospedale insieme con dei giovani colleghi che erano entrati con me in una condizione paradossale. All'inizio di un percorso professionale ero andato a lavorare in un posto che per legge doveva essere chiuso o stava per chiudere: era una situazione che sembrava abbastanza strana, soprattutto perché la maggior parte dei miei giovani colleghi psichiatri e psicologi venivano assunti nei vari Centri di Salute Mentale che si stavano realizzando nel territorio e nei vari quartieri di Roma. Perché la legge diceva: "Se uno sta male oggi come oggi non può più entrare in ospedale. L'Ospedale Psichiatrico deve essere considerato 'ad esaurimento'", come si diceva al tempo, cioè con le persone che dovevano uscire progressivamente dall'ospedale con soluzioni nuove; mentre chi stava per la prima volta male o di nuovo male dopo periodi di ricoveri avuti nel passato, veniva curato nel suo territorio di residenza negli ambulatori, cioè nei Centri di Salute Mentale. Ambulatori che pian piano, all'interno dei

quartieri romani, nelle aziende sanitarie locali, venivano diciamo ... dislocati ovunque: negli scantinati, negli appartamenti, in sedi di vecchie scuole, in sedi di ambulatori di medici di base. L'importante era avere alcune stanze in cui poter visitare i pazienti, una stanza grande in cui fare una riunione di tutti gli operatori, una medicheria per fare le terapie farmacologiche, una serie di telefoni sparsi (non c'erano ai tempi i computer, quindi servivano i telefoni) per poter comunicare con le varie famiglie dei soggetti coinvolti e con gli altri servizi.

Il primo Centro di Igiene Mentale a Roma era quello a via Sabrata, nel quartiere Trieste, ed era, prima della riforma psichiatrica, un centro in cui andavano i pazienti dopo essere ricoverati per il controllo farmacologico, mentre dopo la Riforma la funzione era completamente diversa. A quel punto i Centri di Igiene Mentale, poi chiamati appunto Centri di Salute Mentale, erano composti da operatori diversi (e quell'epoca molti psicologi sono entrati nei servizi, insieme con giovani psichiatri e con infermieri, alcuni provenienti dagli ospedali psichiatrici, altri ex novo) che iniziavano a trattare i pazienti in modo diverso: facendoli rimanere a casa, o immaginando in situazioni molto acute di non farli entrare in ospedale psichiatrico ma di farli entrare nei reparti degli ospedali civili (i Servizi di Diagnosi e Cura) che erano stati costruiti o comunque si erano organizzati subito dopo la riforma. Sostanzialmente a quell'epoca c'era ancora un grande ospedale psichiatrico in cui, a parte alcuni di noi, lo stesso personale che aveva per anni lavorato per fare entrare persone per curarle dentro, doveva per legge (il che era piuttosto complicato) lavorare per farli uscire, per organizzare delle soluzioni alternative all'ospedale psichiatrico. Quindi immaginatevi la difficoltà di cambiare tipo di lavoro anche per le stesse persone, medici e infermieri, che dovevano trasformare totalmente i loro obiettivi terapeutici. Contemporaneamente c'era un forte movimento intorno alla creazione di nuove strutture. Quindi per ritornare a quello che vi dicevo, mentre appunto in ospedale ancora tanto si doveva fare, si cercava di fare tutto il resto nei Centri di Salute Mentale, nei reparti ospedalieri – che a quell'epoca, negli inizi degli anni '80 erano solo tre i a Roma: al Forlanini, al San Filippo e al San Giovanni. Tre reparti con 20 posti letto, quindi 60 posti letto in tutta Roma, per pazienti acuti e per pazienti che non volevano ricoverarsi, quindi a cui veniva prescritto un Trattamento Sanitario Obbligatorio, il famoso T.S.O. E quindi gli unici letti in cui si poteva fare un vero e proprio ricovero obbligatorio erano i sessanta posti letto in questi tre ospedali e nei reparti di questi ospedali. Il resto dei pazienti o veniva curato a casa o veniva curato nelle cliniche private, autorizzate e finanziate dalla Regione Lazio stessa. Per

il resto si tentava, e a volte ci si riusciva, di affrontare la situazione con i farmaci, i colloqui, le attività risocializzanti. Quindi, contemporaneamente, i Centri di Salute Mentale venivano utilizzati dai nuovi utenti, il cui destino sarebbe stato completamente diverso se fossero nati qualche anno prima, e dai vecchi utenti, perché progressivamente alcuni operatori di questi Centri di Salute Mentale andavano in ospedale per conoscere pazienti, che erano residenti nel loro territorio di provenienza, per poter organizzare, insieme ad alcuni di noi che stavano all'interno dell'ospedale, il rientro a casa o l'organizzazione di piccole comunità (10-15 posti letto) con operatori di vario tipo che potessero occuparsi di loro, o addirittura piccoli appartamenti in cui poter stare con operatori e pazienti a vivere insieme per poterli comunque reinserire all'interno della società. Il paradosso era che, anche allora, se non si organizzava una modalità diversa interna all'ospedale l'idea che questi operatori, sia interni che esterni (cioè sia io e i miei colleghi ospedalieri sia quelli che venivano dall'esterno) arrivassero in padiglioni in cui c'era una situazione molto variegata, rendeva comunque difficile immaginare di poter cambiare qualcosa. Perché finché l'organizzazione dell'ospedale rimaneva uguale a se stessa, gli operatori dei CSM magari venivano lì, parlavano con il paziente, e poi lo stesso paziente ritornava a vivere in quella situazione molto caotica e molto confusiva. Sostanzialmente, quello che si era anche capito negli anni passati e che ho verificato volta per volta nei sei anni che sono stato nell'ospedale psichiatrico, è che non solo l'ospedale psichiatrico non curava, ma aggravava di molto la situazione mentale dei pazienti ricoverati. Non potevo continuare a pensare che si potessero curare lì le persone affette da psicosi. La psicosi si manifestava con l'impossibilità di poter vivere una propria identità in rapporto alle altre persone e con il dover costruirsi un mondo 'proprio', fatto di deliri e allucinazioni, di ritiro dal mondo, di messa in discussione della propria soggettività, in una condizione di una anomia sostanziale ed esistenziale. Era evidente quanto fosse difficile poter veramente trattare con dei pazienti la cui vita era fatta, giorno per giorno, di mattine sempre uguali in cui ci si svegliava e di sere identiche a se stesse in cui si andava a letto. Una vita fatta di giornate passate in grandi cameroni, in cui ci si perdeva non solo la possibilità di rapportarsi con chi era vicino a te, ma anche col senso di quella situazione in cui tu stai con una tunica, in pigiama, in vestaglia, con dei vestiti e che al massimo puoi girare nei corridoi di quel padiglione o nel giardino attorno. Ripeto, anche se fosse il giardino fiorito migliore che avete conosciuto nella vostra vita, ma di fondo non è il vostro giardino o comunque non il giardino da cui si proviene. E poi neanche con le persone intorno che sono le stesse della vostra vita ma anzi

anche loro con gli stessi problemi se non peggio. Era evidente che qualsiasi incontro anche fortunato che poteva avvenire in quel contesto diventava un incontro assolutamente non terapeutico e poco trasformativo. Lavorare in quegli anni in Ospedale Psichiatrico mi fece veramente capire che questo era l'elemento di fondo della riforma: si era cominciato a pensare che non solo il manicomio non curava ma che in più peggiorava la situazione. Forse fu per tale motivo che alcuni (e anche io per un certo periodo) avevano cominciato a pensare che chiudendo il manicomio, facendo crollare le mura del manicomio e inserendo le persone all'interno della società, non solo si potessero curare meglio ma forse potessero non manifestarsi gli stessi sintomi che nel manicomio venivano particolarmente aiutati ad emergere. Ma capii col tempo che questa idea era un'illusione. Di illusioni è fatta la storia, di illusioni sono fatte le utopie, le utopie hanno cambiato moltissime cose nella vita degli uomini e nella loro storia, però è anche vero che il tempo deve darci la possibilità di cogliere nel passato il senso di quelle illusioni, che forse al tempo potevano essere molto importanti per dare la forza propulsiva del cambiamento, ma che poi negli anni devono essere rivalutate continuamente. Questo vale anche nelle situazioni cliniche, quando si ha una prima idea di un paziente o di una situazione familiare, che ha un valore nel momento in cui si conosce una nuova persona o si continua a vivere con un'altra persona: la vita umana è fatta di illusioni relazionali relative alla conoscenza dell'altro e di se stessi con l'altro. E' evidente che anche nelle situazioni terapeutiche e anche nelle situazioni istituzionali, queste illusioni hanno una loro importanza ed è per questo motivo che si è anche pensato che senza il manicomio le malattie mentali erano più affrontabili, molto più ridimensionabili, senza quelle esasperazioni presenti nelle corsie di un manicomio. Ma sostanzialmente quello che si è visto poi nei trent'anni successivi è che la manifestazione della follia, di una sofferenza psichica grave aveva caratteristiche tali da modificarsi con modalità sintomatiche e fenomenologiche diverse, ma non sempre al punto da evitare per sempre la gravità delle manifestazioni. Anche dopo la Riforma, i modi di esprimersi dei pazienti psicotici sono preoccupanti, stigmatizzanti, producono paura negli altri e continuano a produrre tensione, dubbi, incertezze e anche vuoto di pensiero, nel senso che ancora oggi il rapporto con la follia è un rapporto fatto anche di impossibilità di pensare in certi momenti.

Però le cose sono andate avanti, forse nonostante tutte queste illusioni, e poi progressivamente i reparti del Santa Maria Pietà in quegli anni si sono cominciati a svuotare o a ridimensionare, passando prima da una riorganizzazione interna per cui gli anziani stavano con gli anziani, gli

psicotici con gli psicotici, i bambini cresciuti con problemi neuropsichiatrici dell'infanzia sono progressivamente ritornati nei loro territori, le persone handicappate con deficit cognitivi sono stati inseriti in altre istituzioni più adatte. Per i pazienti psicotici di lunga data si sono create delle comunità terapeutiche, molti sono ritornati a casa, molti sono stati curati anche nelle cliniche psichiatriche che continuavano ad essere attive, molti hanno vissuto una dimensione diversa e sono stati meglio, molti però hanno continuato a stare molto male. Uno degli elementi critici del movimento di ristrutturazione della assistenza psichiatrica è che, mentre avveniva tutto questo, i servizi territoriali erano ancora molto deboli rispetto, non solo al numero delle persone che arrivavano, ma alla qualità dei problemi che queste persone proponevano. Ed era ancora insufficiente anche la formazione degli operatori dei servizi, giovani, intelligenti, pieni di speranze, molto studiosi, molto impegnati anche politicamente, e sicuramente molto desiderosi di far sì che la riforma fosse applicata, essendo essi stessi nati con la riforma. Alla luce dei molti anni passati da allora io stesso mi guardo indietro e penso a come potevo illudermi o pensare di poter affrontare, non dico a mani nude ma, con pochissimi strumenti, situazioni esistenziali così complesse come quelle che mi hanno assegnato via via che lavoravo nell'ospedale psichiatrico.

Comunque dopo alcuni anni di ospedale psichiatrico avevo capito che andare tutti i giorni in un Padiglione a contatto continuamente con la follia poteva facilitarmi a pensare angosciosamente ai miei problemi, a vivere intensamente, anche troppo intensamente, delle mie problematiche anche di rifiuto, di repulsione e di paura per quello che ascoltavo, per quello che vedevo. Capii che avevo bisogno di poter affrontare diversamente i problemi che viaggiavano dentro la mia mente e decisi proprio in quegli anni di iniziare un percorso psicoanalitico personale.

Un'analisi personale non è sempre una storia legata a una scelta solo razionale, o solo professionale o solo un'esigenza culturale o solo sintomatica, e quindi in quegli anni mi è stato possibile immaginare che, anche se nessuno me lo diceva o me lo imponeva, sostenere un mio ruolo sanitario e contemporaneamente affrontare per alcune ore a settimana tutte le mie dinamiche personali, le mie difficoltà, le mie paure, mi avrebbe permesso di costruire alcune premesse fondamentali della mia formazione di psichiatra. Certo questo era possibile per le persone che se lo potevano permettere, per persone che come me oltre ad avere uno stipendio avevano una famiglia dietro che gli aveva dato la possibilità di avere un piccolo appartamento in cui vivere, in cui potevo fare come medico altri piccoli lavoretti oltre quello che facevo in ospedale. Oggi è molto più difficile. Però è fondamentale

immaginare di avvicinarsi a un rapporto clinico con i pazienti, sia che siano gravi sia che siano meno gravi, con un bagaglio tratto da un percorso personale che possa permettere anche di attraversare gli anni difficili della formazione e delle prime esperienze professionali con una certa preparazione interiore.

Alla fine, dopo sei anni di Ospedale Psichiatrico, sono riuscito comunque, insieme ad alcuni altri colleghi, ad essere anche io 'dimesso'. L'ospedale mantenne comunque per altri anni una sua esistenza, rimasero molti pazienti in alcuni padiglioni, in altri padiglioni invece si crearono situazioni sanitarie o nuovi uffici della ASL e, alla fine, dopo una decina di anni, il Santa Maria della Pietà fu definitivamente chiuso.

Il mio primo lavoro successivo all'Ospedale Psichiatrico è stato in un Servizio di Diagnosi e Cura, quindi ancora in un reparto, ma un reparto per pazienti acuti, il quarto reparto a Roma che si era aggiunto agli altri tre di cui vi parlavo prima. Quindi mentre prima avevo la sensazione in ogni situazione clinica di buttare un sasso nello stagno e che piano piano si creavano i cerchi, che piano piano il sasso sprofondava e che se non stavi attento non lo ritrovavi più perché i tempi erano i tempi della 'cronicità', della 'lungodegenza', adesso, nel reparto di Diagnosi e Cura, tutto avveniva con delle mitragliate di proiettili che partivano da tutte le parti, perché tutti i ricoveri erano in situazioni estremamente acute, perché tutti i ricoveri potevano durare una settimana, al massimo dieci- quindici giorni in una dimensione veramente diversa. Quel nuovo reparto era comunque molto più vicino alle attività territoriali dei Centri di Salute Mentale che stavano nello stesso territorio e all'epoca, nell' 88-'89, era momentaneamente dislocato in una clinica privata convenzionata che ci aveva ritagliato un piccolo spazio (la clinica Nuova Itor che sta a via di Pietralata). Poi si è costruito il nuovo Ospedale Sandro Pertini e siamo andati là.

Prima la prof.ssa Marinelli ha parlato dell'ASL RM B come di un territorio particolarmente significativo nella storia dell'assistenza psichiatrica romana. Effettivamente in quella zona vi era la presenza di alcune persone, di alcuni primari (tra cui appunto uno fra tutti era il prof. Antonucci, che insegnava anche a psicologia) che hanno contribuito a far sì che in quegli anni, cioè a cavallo tra gli anni 80 e gli anni '90 si potessero costruire in ogni territorio delle piccole comunità di 15 posti letto, dei centri diurni, più ambulatori, e quindi più Centri di Salute Mentale, piccoli appartamenti in cui vivevano pazienti che magari erano stati dimessi dall'ospedale. E in questo territorio si è cominciato a delineare una nuova organizzazione dei servizi territoriali: il Dipartimento di Salute Mentale. Il Dipartimento di Salute Mentale è fatto di

una serie di strutture presenti in un'unica ASL, dislocate nei diversi quartieri, in cui sono presenti ambulatori che però non sono più ambulatori come quelli che potete immaginare per un medico di base, ma ambulatori che non a caso si chiamano Centri perché da lì partono le visite domiciliari, gli incontri con i familiari, le possibilità di andare a visitare i pazienti se sono ricoverati nell'SPDC di competenza o se sono in una comunità, lì ritornano gli operatori per parlare tra di loro di quel caso clinico, lì si fanno una serie di telefonate o si vedono una serie di operatori che possono permetterti di conoscere la storia. Nel Centro di Salute Mentale si ricostruisce tra gli operatori e i pazienti con le loro famiglie la storia delle persone finalmente in una maniera significativa, e poi anche si litiga, si discute, si mettono in discussione i vari punti di vista, si fanno delle supervisioni, si lavora in modo psicoterapeutico o in gruppo o individualmente all'interno delle varie stanze, si trattano diversamente le situazioni di diversi pazienti a seconda della loro patologia e delle loro caratteristiche. E questo significa che quel Centro di Salute Mentale non ha a che vedere con il solo ambulatorio. Ha anche attività ambulatoriali ma è un posto, un cuore propulsore di tante attività che possono diventare tutte molto significative e di tante figure professionali che svolgono ruoli diversi: in accoglienza, per esempio, ci sono gli infermieri che valutano la domanda del paziente che per la prima volta viene al Centro, che riescono a tranquillizzare di persona o a capire al telefono quale è il problema di un paziente che è già in cura, che sono in contatto con le persone in sala d'attesa (il corridoio con le sedie) in cui persone molto diverse tra loro, magari un serio professionista, una casalinga, un giovane studente, una madre di bambini piccoli, un ex paziente psichiatrico del Santa Maria della Pietà sono seduti vicino insieme magari ai genitori di un paziente che non verrà mai e che stanno lì angosciati per poter parlare con il medico per avere dei consigli. In quella sala d'aspetto c'è tutta la multiforme popolazione che si rivolge a un Centro di Salute Mentale oggi. Fuori dal Centro di Salute Mentale ci sono le Comunità Terapeutiche, l'SPDC, i Centri Diurni Riabilitativi, gli appartamenti dell'ASL in cui vivono i pazienti più autonomi. Ogni operatore che sta in un Centro di Salute Mentale in una giornata di lavoro si occuperà di 8-10 situazioni diverse: ad alcune dedicano mezz'ora, ad alcune un'ora, per alcune l'operatore discute con altri operatori senza vedere il paziente. Si mette in moto un meccanismo che potrebbe sembrare molto caotico ma che tende a dare ad ognuno una propria risposta e anche a valutare se le proprie risposte sono sbagliate, se hanno portato un miglioramento o un peggioramento o uno stallo. Questi Servizi sono quelli che sono presenti all'interno delle ASL, sono i servizi di salute mentale rivolti a una popolazione dai 18 ai 90 anni perché, a

Roma in particolare, dai 0 ai 18 ci sono dei servizi autonomi dai Dipartimenti che si occupano di psichiatria di quella fascia d'età e dai 18 in poi ci sono i Centri di Salute Mentale inseriti nei Dipartimenti di Salute Mentale. E' anche vero che proprio quest'anno in alcuni dipartimenti, come in quello dove io lavoro adesso, c'è stata un'unificazione tra la neuropsichiatria infantile e la psichiatria degli adulti: è l'inizio di un lavoro diverso per cui la cura del paziente non viene spezzettata a seconda dell'età.

Credo che sia molto importante potervi raccontare tutto questo all'interno del vostro corso di studi perché se da una parte è finita un'epoca in cui si immaginava che tutto sarebbe andato in espansione e che tutte queste strutture potessero sempre di più aumentare il loro personale e le loro caratteristiche terapeutiche, a tutt'oggi si cerca di capire con le poche risorse che abbiamo cosa possiamo effettivamente fare. È anche vero che intorno a queste strutture del Servizio Sanitario Nazionale sono cominciate a fiorire una serie di altre organizzazioni molto più agevoli che sono le cooperative socio-sanitarie o sanitarie che hanno al loro interno psicologi, giovani psichiatri, educatori che da una parte sono sempre esistite e che però, in particolare in questi ultimi 10 anni, sono diventate molto importanti perché appunto nel servizio sanitario nazionale non entra più quasi nessuno: la mia generazione di sessantenni è quella che sta concludendo la sua attività nei servizi di salute mentale e c'è una fascia di mezzo di cinquantenni che manterrà in piedi, non so come, questi servizi. Non esistono operatori di 30-40 anni all'interno dei servizi, se non in modo molto sporadico. Questa è una tra le tante problematiche che oggi abbiamo all'interno dei servizi sanitari, ma soprattutto dei nostri servizi, e questo è un elemento critico di fondo perché non c'è più la possibilità di trasmettere delle conoscenze, di lavorare insieme, di dividersi i compiti in relazione alla propria fase di vita. Però dicevo, all'interno di questa situazione all'interno del servizio nazionale, c'è una presenza di cooperative socio-sanitarie che si avvalgono di convenzioni, collaborazioni con le ASL per alcune specifiche attività. Cooperative che lavorano all'interno dei Centri Diurni, all'interno delle case dove vivono i pazienti, cooperative che insegnano ai pazienti che cosa possono fare per gli inserimenti lavorativi, fatte di giovani psicoterapeuti che utilizzano qualsiasi tipo di contesto in cui incontrano i pazienti per poter relazionarsi con loro e che attraverso delle supervisioni utilizzano il concreto della vita quotidiana per rafforzare, per costruire o per verificare la possibilità per questi pazienti gravi di interloquire con un altro, incontrare l'altro, anche con i loro sintomi e le loro problematiche, per costruire un'identità che i disturbi negli anni precedenti hanno messo in discussione. Il video che vi avrei fatto vedere oggi

è un video non autoprodotta ma di un nostro collega che ha fatto un montaggio relativamente alle attività che si svolgono in una casa in cui vivono tre pazienti, tre pazienti che “non sono usciti dall’ospedale psichiatrico”, che hanno delle caratteristiche di cronicità, caratteristiche di mantenimento dei sintomi (caratteristiche che voi stessi potete riconoscere se salite sull’autobus o in metropolitana o per strada se vedete una persona strana). Questo video vi fa capire che inserendosi nella vita quotidiana (attraverso la spesa, la pulizia della casa, l’organizzare un pranzo in un appartamento, andando a trovare un paziente mentre è ricoverato in ospedale, potendolo accompagnare nelle sue visite nei vari servizi sia psichiatrici sia sanitari in generale), diventando cioè parte della sua vita quotidiana, si può fare (con una formazione psicoterapeutica, psicologica, con una conoscenza teorica alle spalle) un lavoro scientifico terapeutico fondamentale. Senza necessariamente pensare che questi pazienti o li incontri in uno studio privato all’interno di sedute di psicoterapia strutturata o non li incontri per niente, nel senso che li curi solo all’interno di laboratori medici asettici che diventano una modalità moderna post-riforma ma sostanzialmente molto stigmatizzante e distanziante come era l’Ospedale Psichiatrico di un tempo. Quindi nel momento in cui ci si avvicina al tema della follia, della salute mentale, al trattamento dei pazienti gravi, operatori con vari ruoli (prima c’erano solo i medici e gli infermieri, poi gli psicologi, poi gli infermieri con una loro professionalità, poi i tecnici della riabilitazione, gli assistenti sociali che ci sono sempre stati) possono entrare a far parte integrante dell’attività pubblica, anche se non si sarà più garantito per tutti l’inserimento dentro il servizio sanitario nazionale che andrà comunque incontro ad un ridimensionamento. Cosa diversa da quella che abbiamo pensato in questi precedenti 30-40 anni dove invece immaginavamo che dopo la riforma si potesse realizzare effettivamente una stagione completamente diversa nel rapporto con la follia e nel rapporto con la follia dentro il contesto istituzionale.

Qualche anno fa nelle aule di psicologia alcuni di noi hanno cominciato a fare lezioni all’interno del corso di laurea del Prof. Claudio Neri. Abbiamo iniziato a metterci in contatto con colleghi psicologi o laureandi o appena laureati che seguivano insieme al Prof. Neri il corso e da lì è nato il libro “Fare gruppo all’interno delle istituzioni”. In quegli anni una collega che ascoltava le lezioni del Prof. Neri ha scritto con me questo capitolo ed è venuta a fare un periodo di volontariato all’interno del CSM dove io lavoro ed è la dott.ssa Costigliola. Mi faceva piacere che lei venisse qui con voi per raccontarvi la sua esperienza di entrata in questi servizi e quindi do la parola a Federica per portarvi la sua esperienza di questi ultimi anni.”

Dott.ssa Costigliola: “Buongiorno, io sono Federica Costigliola. Sono laureata in Psicologia e ho fatto il mio tirocinio al CSM ma in realtà ho potuto vedere tutte le strutture del DSM. Ho conosciuto il dott. Boccara durante le lezioni del prof. Neri. Avevamo previsto questa formula un po’ particolare per cui facevamo le lezioni, venivano dei professionisti a spiegarci delle cose e noi studenti prendevamo degli appunti. Eravamo divisi in piccoli gruppi ognuno si occupava di qualche pezzo, chi degli appunti della lezione, chi degli aneddoti, chi di fare uno schema generale. Poi mettevamo insieme tutto questo e lo correggevano, ovviamente perché altrimenti tanti gruppetti non legano, li mandavamo al professionista che era venuto a farci lezione che li correggeva un’altra volta e poi li mettevamo sul sito. Quindi c’era una maniera di leggere la lezione che passava dagli studenti ma ovviamente con una base scientifica. Il lavoro era ovviamente un po’ lungo perché doveva passare per tanti gruppi, era un po’ faticoso mettere tanti gruppetti che non si conoscono insieme per fare un lavoro su cui si doveva studiare per l’esame, quindi importante. Era faticoso ma era estremamente soddisfacente perché poi avevamo un risultato finale che ci dava molta soddisfazione e dava talmente tanta soddisfazione anche al professore che ha pensato poi di prendere spunto da questa esperienza per costruire un libro che fosse fruibile tanto per gli studenti quanto per i professionisti del settore. Il libro infatti può essere utilizzato come manuale da chi lavora in queste strutture e anche dagli studenti che possono leggerlo senza problemi. Se vedete ogni capitolo è di una quindicina di pagine, venti, perché deve essere letto in fretta nelle pause tra un lavoro e un altro, cosa che – voi via via che farete questo lavoro, io un po’ alla volta ci sto entrando- dimostra che le pause sono una cosa rara, sono una cosa in cui si continua a pensare a quello che si sta facendo in realtà.

Mi sono trovata per puro caso quindi, dopo che ho conosciuto il dottor Boccara, ad andare a fare il tirocinio subito dopo la laurea al CSM della Roma B, quindi ero... ignorantissima, è la parola giusta, perché nonostante la lezione sapere delle cose a livello teorico e non averle mai vissute, che è quello che succede purtroppo con la nostra facoltà, mi dava l’idea di non sapere assolutamente niente. Il tirocinio della triennale l’ho potuto fare all’interno dell’università, non mi sentivo ancora di uscire e poi ho detto “Okay, abbiamo finito la magistrale ora dobbiamo fare qualcosa sul serio, sul campo. Cos’è la cosa che mi spaventa di più? La schizofrenia”. La schizofrenia è qualcosa di incomprensibile, mi spaventava proprio, quindi ho detto vabbè cominciamo subito, e vediamo se sono in grado di lavorare in quest’ambito oppure no.

Intanto mi sperimento per bene. Sono entrata quindi in questo posto, strano, dove non capivo cosa succedeva, vedevo solo tante persone che si muovevano, facevano duemila cose, c'erano continuamente riunioni... ora di pranzo...la riunione che io continuo a seguire, di prime visite, si svolge dalle 12.30 alle 14.30 il giovedì... ce n'è un'altra il lunedì. La riunione di risorse è dall'una alle tre, se non sbaglio. Cioè, non c'è un momento in cui le persone si prendono il tempo per dire “adesso chiudo tutto e niente per mezz'ora mangio”, pranzo con loro e parliamo comunque di quello che sta succedendo. Questo sembra un qualcosa di estremamente stressante perché è sempre di corsa, i ritmi sono molto serrati. Uno dei capitoli del libro riguarda il burn-out nelle istituzioni. I gruppi possono avere varie difficoltà, in realtà l'utilizzo di queste ore, non per staccare e per pensare ad altro, ma per potersi confrontare con i colleghi ed ottenere il loro supporto è qualcosa di estremamente benefico, perché non si è soli. Questo è un servizio. Io ora ho avuto la fortuna di entrare in questo, so che purtroppo non in tutti i servizi è possibile attivare questo tipo di esperienza, però è qualcosa a cui io all'inizio non riuscivo a stare dietro, mi ci sono dovuta inserire un po' alla volta ma che penso che mi porterò dietro sempre. Io penso che non lavorerò mai da sola in realtà, ma non perché le cose da soli non si fanno: nella stanza si sta da soli quando si sta con il paziente si sta da soli. Però il supporto della rete e lo scambio tra gli operatori permette di non chiudersi, soprattutto quando si lavora con disturbi così forti, come la schizofrenia, che isolano, che alterano il pensiero, se ci si chiude in una cosa del genere .. si prende lo stesso tipo di pensiero. Come quando il dottor Boccara è stato sei anni nell'ospedale psichiatrico, era quello il problema dell'ospedale psichiatrico, cioè si guarda la malattia. L'ospedale psichiatrico serviva a tenere lontano il matto dalla società, non a far bene al matto, ma a far bene alla società. Quindi le persone che venivano rinchiusi, magari erano persone che davano fastidio alla società, sto parlando dei primi ospedali psichiatrici eeh perché danno fastidio, non perché avessero bisogno di cure particolari. Quindi il cambiamento è stato proprio quello, cioè passiamo dal curare la malattia a curare l'individuo. Di che cosa ha bisogno l'individuo, per poter stare meglio? Ha bisogno di vivere una vita il più possibile normale. Quindi io sono entrata e ho cominciato a fare questo tirocinio in teoria all'interno semplicemente del CSM, ho conosciuto la mia tutor, che si chiama Vittoria Rotundo, ed è anche lei una di quelle storiche, forti, battagliere che si sono molto impegnate per il territorio, per integrarle le persone, non inserirle, che è molto differente. E mi ha detto: “Io sono molto preoccupata perché non so se riusciremo a passare questa cultura anche a voi giovani, quindi a me non interessa che tu stia qui e perda tempo a fare le

fotocopie” – io ormai sono lì da 3 anni e non so dove è la macchina delle fotocopie – “mi interessa intanto che mi dai del tu perché siamo colleghi. Questa è una rete, si lavora tutti insieme e se stai lavorando con me dai del tu a me e dai del tu a tutti”. Ragazzi sembra una sciocchezza, io quando lavoro con i miei pazienti magari uso il lei, ma entrare in una rete e sentirsene parte viene anche da queste piccole parole. Quindi io all'inizio avevo tantissima difficoltà, ci avrò messo tre mesi prima che riuscissi a smettere di darle del lei. “Da ora in poi non starai solo qui, anche solo per andare in visita devi andare a vedere tutte quelle che sono le realtà di un DSM”. Quindi mi ha mandato in SPDC, in comunità terapeutica e al centro diurno, da sola, perché tra l'altro ero l'unica tirocinante, che dovesse ancora fare queste cose. Quindi io mi sentivo così piccola, ho preso e sono andata al SPDC, al centro diurno e alla comunità terapeutica. Lì ho incontrato i professionisti che mi hanno accolto, sono stati gentilissimi, mi hanno fatto partecipare alle riunioni, mi hanno fatto vedere che cosa significava avere un paziente che parte dal SPDC per un momento di acuzie, quindi sta male, sta proprio male. Poi usare solamente quel momento e quello spazio. In SPDC c'è uno psicologo, non c'è solamente la parte farmacologica. Bisogna andare a vedere l'individuo perché sta soffrendo e che cosa è successo. Magari i primi giorni non parla – ovviamente c'è la parte farmacologica perché è in uno stato molto alterato – però c'è l'individuo e quindi si abbassa questo momento di acuzie. E poi cosa succede? Poi può succedere che c'è la comunità terapeutica e allora va in comunità terapeutica. Vedi come funziona. Là ci sono persone che dormono ma anche che entrano semplicemente a fare dei gruppi, persone che si possono muovere dalla comunità, non sono rinchiusi, hanno uno spazio dove poter stare, dove potersi sentire sicuri e da cui partire per poter esplorare l'area intorno e condividere. Poi c'è il CSM, che nomino per ultimo perché lega tutto. Poi per le persone che riescono magari a rientrare a casa, ad avere una vita più normale, ci può essere il centro diurno dove imparano, c'è il laboratorio di informatica, c'è il laboratorio di giardinaggio, c'è quello di artigianato e quindi effettivamente possono imparare a fare qualcosa, perché non ci dobbiamo dimenticare che l'Italia è una Repubblica fondata sul lavoro. Il lavoro è un qualcosa che se non c'è, ci manda in uno sprofondo depressivo, lo sapete tutti quanti, siete tutti all'università e siete tutti spaventati da questa ipotesi. Quindi, perché loro no? Perché dovrebbero stare a casa, mantenuti a non fare niente, a rinchiuersi nei loro pensieri, se possono gli insegniamo un lavoro. Quindi poi ci sono gli assistenti sociali, poi gli psichiatri che si prendono cura, ci sono gli infermieri, ci sono gli psicologi, ci sono dei gruppi a mediazione terapeutica. Questo è quello che io ho seguito poi per la maggior parte del

tempo. Il mio tirocinio da laureata è durato un anno, ora sto facendo una scuola di specializzazione e praticamente sto lì da due anni e starò lì altri due e praticamente ho continuato ad andare a questo gruppo a mediazione terapeutica che si svolge il lunedì mattina con pazienti schizofrenici cronici, che leggono i giornali. Quindi noi andavamo lì la mattina, per mezz'ora mentre aspettavamo tutti quanti, tra una chiacchiera, com'è stato il fine settimana, che cosa hai fatto, che cosa non hai fatto, si comincia ad esprimere la persona. Poi c'è una mezz'ora in cui ognuno legge per sé la prima pagina del quotidiano in ordine e ciò significa dare una struttura. Devi leggere prima il titolo, devi leggere poi i titoli centrali, isottotitoli, se vuoi ti approfondisci un articolo, impari intanto quello che sta succedendo nel mondo perché una volta a settimana hai la possibilità di avere una finestra, sai poi che potrai confrontarti su quello che hai letto. Non è che leggi e basta e rimani nel tuo pensiero a rimuginare, ne parli con gli altri. Quindi ognuno con un quotidiano diverso, come sono andate le notizie, perché sono andate in quel modo. Lettura ognuno per sé e poi un'altra mezz'ora in cui si legge ad alta voce. Infine, se ne discute o si sceglie un articolo da andare ad approfondire all'interno per poterne parlare tutti insieme. Leggiamo ad alta voce, magari c'è un paese strano, non lo conosciamo, c'è il planisfero, individuiamolo, c'è questo termine che non conosco, perfetto, prendiamo un dizionario, cerchiamolo insieme, ci riesci da solo? No, ti aiuto, ma non lo faccio io per te, ma ti do degli strumenti per poter stare, per poter conoscere, per poter, effettivamente, essere più autonomo. Ora, i primi mesi, le prime settimane, io ho seguito solamente il gruppo che si fa successivamente tra gli operatori per parlare di quello che è successo, se ci sono state cose rilevanti, oppure no. Mi hanno inserito piano piano, sono sempre stati molto tutelanti con me, poi ho seguito il gruppo... i primi mesi sono stati frustrantissimi, perché mi sembrava che non stesse succedendo niente. Cioè, c'è la prima parte che ovviamente è molto emozionante, stai partecipando a qualcosa, che sai che sta lì da anni. Poi dici vabbè ho capito son passati tre mesi, a me sembra che siano sempre lì. Poi passa un anno e ti accorgi di quante cose sono cambiate in un anno. Si chiama gruppo a mediazione terapeutica, non è qualcosa che ha un impatto immediato sulle persone, è qualcosa che deve avere il suo tempo. Dopo un anno, io mi rendevo conto che le persone erano in grado di leggere in maniera più ordinata, i loro pensieri, anche quelli che non riguardavano il quotidiano, venivano espressi in maniera più ordinata, avevano una struttura. Avevano una sicurezza il lunedì mattina che ci saremmo stati noi, indipendentemente da pioggia, sole, scioperi. Se loro volevano venire ci trovavano lì e perciò si chiama gruppo di mediazione

terapeutica, è una mediazione. Quello da solo ovviamente, stiamo parlando di pazienti con una patologia importante, non basta. Vedere quanto è servito a loro, solo dopo un anno ho capito. Infatti sono rimasta lì ancora, poi fortunatamente il lavoro mi ha portata un po' via. Continuo a seguire invece quella che è la riunione delle prime visite. La riunione delle prime visite del giovedì, in cui tutti gli operatori, psichiatri o psicologi che siano, che hanno avuto un paziente nuovo quella settimana ne parlano. Anche l'ovviamente ci sono riunioni che capitano siano noiose e riunioni che siano più interessanti. Non manca mai nessuno comunque perché è uno spazio di ascolto, è uno spazio per dire "Mi è successa questa cosa, mi è successa in questo modo, penso di poterla fare così, voi avete qualche idea? Vi sembra che io stia facendo bene, che io stia facendo male?" Perciò dicevo qui si lavora da soli, ma sentire anche di rinunciare al pranzo il giovedì, ma di avere un supporto della rete che non ti abbandona in un lavoro che è così stressante, permette di evitare fenomeni come quello del burnout, e poi ci sono tutte le altre riunioni. Ci sono le riunioni risorse, perché dicevamo che ci sono tantissimi operatori che lavorano insieme, quindi si fa un progetto sempre sull'individuo, quindi se tizio ha bisogno di questo, come facciamo ad ottenerlo? Ci serve lo psichiatra, ci serve lo psicologo, l'assistente sociale, la cooperativa, i volontari... Chi deve venire di queste persone? Contattiamole tutte, prendiamo un appuntamento e parliamo di tizio, non facciamo progetti a caso che sono standard per tutti e ci infiliamo la persona, il progetto è costruito sulla persona. Questo significa permettere l'integrazione. C'è il gruppo case, che è fatto con le cooperative, per andare a vedere quello che succede direttamente a casa delle persone e avere un rimando, c'è la supervisione, che è una cosa importantissima, perché ci sono casi ovviamente più complicati di altri. Ma non è solamente sul caso, è anche sulla persona che sta vivendo un momento stressante perché non riesce ad andare avanti con quel caso, rischia di bloccarsi, se si blocca su un caso, può bloccarsi su tutti, quindi è previsto uno spazio di supervisione, c'è lo spazio di formazione. Quindi io non so quanti seminari ho seguito, dove potevo andare andavo. Quindi c'è stato quello su i farmaci aperto a tutti, agli psicologi che non possono somministrare farmaci, ma sono interessati a sapere che cosa succede se il mio paziente prende quel farmaco piuttosto che un altro, non glielo posso dare io, ma posso sapere quali sono le implicazioni, devo saperlo, oppure ce ne sono stati alcuni proprio sul burnout, ce ne sono stati alcuni che erano più a livello psicologico a cui hanno partecipato gli psichiatri, perché questo significa équipe, questo significa lavorare tutti quanti insieme, mantenendo ognuno la propria professionalità, ma non rimanendo isolato e non

limitandosi alla propria professionalità. Quindi io sono stata estremamente fortunata e grata anche di quello che ho potuto osservare e spero che anche altri abbiano questa opportunità e che non si chiuda invece come sembra che stia andando a fare questo servizio, perché se no torniamo alla logica manicomiale, invece adesso stanno chiudendo anche gli OPG e quindi anche con un po' di fortuna speriamo che continui questo tipo di mentalità e non tornare indietro. Questo è tutto, grazie.”

Dott. Boccara: “Allora, grazie Federica per la testimonianza molto appassionata e commovente. Non so se voi volete dire qualcosa o se c'è qualche domanda.”

Intervento 1: “Sentendo la dottoressa parlare sembra che effettivamente sia cambiato tanto dai tempi dei manicomi, però probabilmente anche andando a vedere gli SPDC – che sono una realtà penso molto difficile – a parte la maggiore sensibilità che si è sviluppata negli infermieri, negli OSS ecc. e un maggior lavoro di rete, di collegamento, ci sono delle cose che sono rimaste uguali a prima. I pazienti in acuzie sono comunque contenuti, alcuni invece vengono rimpallati da una casa famiglia, da un SPDC, da un ospedale giudiziario. A volte penso che ci sia una forte rassegnazione, cioè vedere che nonostante tutto l'impegno che ci si mette, molti pazienti ritornano, molti pazienti passano la vita là dentro. Quindi, io mi domando, alla fine realmente qualcosa è cambiato?”

Dottor Boccara: “Questa è una bellissima domanda che propone un interrogativo per certi versi inquietante. Credo sia utile poter fare una riflessione generale. Nonostante i cambiamenti, nonostante le conoscenze scientifiche, nonostante gli esperimenti e le esperienze molto diverse che hanno portato dei risultati utili, la follia non solo esiste, ma si riproduce continuamente, si autoalimenta con le relazioni interpersonali, si condiziona attraverso le vicende sociali, familiari e relazionali e quindi ha a che fare con dei difficili equilibri. Ci si domanda il più delle volte come le persone possano stare bene, piuttosto che domandarsi come mai sono disturbate da un punto di vista psichiatrico. Chiaramente il problema non è tanto il disturbo psichiatrico eclatante, ma il nostro modo di pensare, che ha a che fare con varie modalità di pensiero, che sono anche in tutti noi, psicotiche, borderline, nevrotiche. Oggi noi non usiamo più il termine guarigione, anche se per molti anni si è usato (e inseguito) questo termine, ma non perché siamo oggi pessimisti o perché pensiamo che il termine sia desueto o perché abbiamo avuto tanti fallimenti. Credo che quello che è veramente cambiato è l'aver

dato dignità di cittadinanza a tutte le persone con disturbi mentali, dalle persone che hanno disturbi più lievi alle persone che hanno gravissimi disturbi e, intanto dare la possibilità a tutti di poter vivere come dei cittadini e non relegati in determinati posti lontani dalla convivenza con gli altri. Certamente ci sono alcune fasi della vita in cui essere malati significa perdere il proprio nome, perché si è un letto; perdere la propria storia, perché si è solo un sintomo; perdere le caratteristiche relazionali, perché hai sempre un legame relativamente soltanto ai tuoi sintomi e alle tue vulnerabilità e non relativamente alle tue altre capacità. E poi essere in quella condizione per chiunque ha subito o subirà un periodo di malattia o di ricovero, o di accertamenti, è una situazione particolarmente pesante; e quindi le persone che vivono in maniera costante un disturbo che porta a delle limitazioni, vanno incontro progressivamente non solo a una vulnerabilità eccezionale o a una vulnerabilità particolarmente accentuata, ma anche a fenomeni patologici mentali che tendenzialmente tante altre persone riescono ad assorbire, ma che loro in realtà non riescono invece a farlo. Questo per dire che cosa? Per dire che sicuramente all'interno di tutti i servizi di salute mentale, anche quelli funzionanti, anche se avessero il doppio delle risorse, ci saranno sempre situazioni che devono essere monitorate attentamente perché i livelli di stigmatizzazione della follia, di paura della follia, di regressione rispetto alle relazioni interpersonali, di stigmatizzazione del disturbo e così via, sono presenti in ognuna delle relazioni, anche quelle terapeutiche che si svolgono lì o nelle strutture a cui si rivolgono. Sicuramente, prendiamo ad esempio il Servizio di Diagnosi e Cura,. Molto spesso in questi reparti oggi entrano delle persone o che sono al margine della società, o che hanno dei disturbi ormai cronici, o che sono legati all'uso di sostanze, o che hanno gravi problematiche neuro-psichiatriche. Il lavoro per cui si era pensato al senso di un reparto psichiatrico in un ospedale generale era trent'anni fa completamente diverso e oggi di questo cambiamento ne fanno le spese operatori del territorio e dell'ospedale e i pazienti che potrebbero essere quelli che invece dovrebbero usufruire positivamente di queste strutture. Le comunità terapeutiche sono fatte dalle istituzioni ma anche dagli operatori che ci lavorano e la tendenza ad oggettivizzare l'altro per il solo fatto che è un paziente psichiatrico, è una tendenza umana estremamente diffusa che fa parte della nostra relazionalità, diciamo, abituale. Noi non ce ne accorgiamo neanche e quindi spesso può questa tendenza si trasforma in routine, noia, ripetitività, infantilizzazione. Quanti operatori, quanti familiari infantilizzano la relazione con un paziente che ha disturbi psichici. Per il solo fatto che ha dei disturbi psichici lo trattano come un bambino. Forse anche un certo tipo di teorie sullo sviluppo, ha reso

esagerato questo parallelismo tra il bambino e la madre e tra il paziente e il terapeuta. Questi elementi sono presenti in moltissime situazioni terapeutiche, quindi io sono d'accordo che tantissime cose non funzionano, ma io credo che quello che abbiamo costruito in questi anni è che in determinate circostanze, in determinate condizioni, favorevoli e fortunate in certi momenti, organizzate e costruite in altri, le cose si possono fare. Il che non vuol dire che funzionano sempre, non vuol dire che le persone guariscono o che stanno sempre molto meglio, ma che può essere che ci dobbiamo anche attestare con loro su un livello di vita diciamo particolarmente fragile ma sicuramente dignitoso. Evidentemente anche rispetto al mondo circostante, se una serie di elementi mancano non è che il servizio sanitario può sopperire a tutto ciò che manca: tutta una serie di funzioni sociali oggi carenti e che un tempo pensavamo dovessero supportare la riforma rendono ancora più difficile la vita di tutti i giorni (anche quando la persona ritorna nella propria esistenza quotidiana). Comunque è evidente che esattamente come la vita è difficile da vivere in tanti momenti della nostra esistenza, figurarsi se questo non succede anche a chi ha magari superato dei momenti particolarmente difficili e che lo rendono in balia di tanti altri momenti che possono ricreare una situazione difficile. Quindi rivitalizziamo i nostri processi ma non fino al punto da dire che non è cambiato nulla.”

Professoressa Marinelli: “Grazie della maniera molto originale con cui avete raccontato, attraverso l’esperienza storica e personale, i fatti della psichiatria e del contesto in cui quest’ultima si è evoluta negli ultimi decenni. Io sarò brevissima e vorrei se riesco a raccontare due o tre elementi. Il primo riguarda un ricordo. Intorno agli anni 68-70, quando c’era quella forte ideologia “sessantottina” e radicale, c’era anche l’aspetto che riguardava le cose della psichiatria. Allora con un gruppetto andammo a Venezia a trovare Basaglia (lui aveva una bellissima casa sul Canal Grande con la moglie Franca) e i leaders convenuti là, i più estremisti, intendevano dire che la malattia mentale non esiste ed il problema era la società. Ed allora Basaglia semplificò moltissimo e (dopo tanti discorsi ideologici) disse “allora tu hai due occhi che vanno in un modo per avere la visione, e funzionano in un certo modo; se invece uno va da un lato o uno è diverso e va da un altro lato, la visione non c’è, e c’è uno strabismo” e cercò di semplificare la nozione di normalità o non normalità attestandosi su questo aspetto più accettabile rispetto alla protesta ideologica che veniva proposta (questo mi è rimasto nella mente come molto utile). Una seconda idea da comunicare come una sorta di suggestione sarebbe: se il paziente psichiatrico riceve un vantaggio da

questa nuova riorganizzazione sociale (gestione della malattia psichiatrica) in termini di acquisizione di maggiore dignità umana, o in molti altri termini come abbiamo visto, possiamo fare l'altro ragionamento, cioè chiederci qual è il vantaggio che assume il gruppo dal fatto di contenere al proprio interno la malattia e non di averla ghettizzata? L'ultima cosa che invece mi faceva riflettere era questo discorso, che io ho avuto modo recentemente di fare per via di un libro che ho tradotto, che è una ricerca sulle *Fonti di Bion*, che dovrebbe uscire in questi giorni. Allora il libro traccia il percorso di Bion durante la sua formazione, il tipo di consultazioni che lui faceva, ancora visibile nella sua biblioteca, e mette in evidenza come nacque l'esperienza che lui ha fatto a Northfield, sulla base delle idee del suo analista Rickman, con Foulkes. Sappiamo come quell'esperienza ha dato un modello alla nascita della comunità terapeutica di tipo anglosassone, che tutt'ora vive. Allora, alcuni di questi studi in questo libro, sono capitoli di autori diversi, mettono l'accento su come Bion nel dopo guerra avesse fatto queste esperienze ricollegandosi anche alla cultura sociale dell'epoca, ad esempio alla nascita dello stato welfare e ad aspetti della cultura sociale che andavano in quella direzione, e andavano creando la base per dispositivi di cura di tipo sociale. Allora si comprende l'interesse di Bion al gruppo e tutta la sua invenzione delle piccole unità di gruppo all'interno di gruppi sempre più articolati all'interno del reparto a Northfield. Allora riflettevo che per esempio il modello della comunità terapeutica di tipo anglosassone è anche arrivato in Italia al nord, a Torino, a Milano, insomma in queste società diciamo più evolute o più vicine forse ai modelli europei, in cui esiste la pratica di quel modello, per motivi ideologici o per altri motivi. Mi chiedo nel resto di Italia qual'è il modello prevalente e come si è originato, delle comunità terapeutiche, perché sembra esserci un arcipelago di modelli diversi, di funzionamenti diversi. Quello che io ho molto sentito nel tuo bellissimo resoconto di grande interesse proprio perché ha un particolare organizzatore di vita personale, una finestra storica, è di vedere come le comunità terapeutiche abbiano evoluto un modello a partire dai bisogni organizzativi del mandato sociale della psichiatria. Mi chiedo qual è stato l'apporto dal punto di vista della cultura sociale nel determinare i modelli, cioè abbiamo capito molto bene nella tua esposizione i bisogni che sono stati alla base dell'organizzazione dei primi organismi come le case-famiglia, le comunità terapeutiche ecc. Mi chiedo qual è il link sociale, quale cultura sociale o quante diverse culture sociali abbiano contribuito. Non so se le mie domande sono troppe e troppo a titolo di sfruttamento della tua competenza, non è di tutti i giorni avere una persona che ha così tanta esperienza e una persona più

fresca di studio e di lavoro che per questo stesso è molto incoraggiante per le nuove professioni che partiranno per i giovani psicologi. Grazie.”

Dottor Boccara: “Non so se riuscirò a rispondere a tutte le domande ma la prima mi sembra una sottolineatura importante a cui accennavo anche io. Oggi a 30-35 anni dalla riforma si parla molto di Basaglia, soprattutto come colui che ha cambiato e scoperto tante cose. In realtà è molto importante raccordarci su alcuni punti comuni. Intanto Basaglia era una persona di una formazione fenomenologica e psichiatrica particolarmente significativa. Aveva anche un’esperienza clinica formatasi nelle comunità terapeutiche anglosassoni, di cui Maxwell Jones era stato uno dei principali teorici e autori. Era anche una persona con un profonda senso pratico e la sua profonda formazione culturale scientifica, lo rendeva molto aperto a tutto quello che accadeva. La novità profonda inserita da Basaglia all’interno dell’ospedale psichiatrico è stata una modalità di intervento tipico della comunità terapeutica in un contesto politico e sociale completamente diverso e che ha reso possibile il cambiamento clinico di molti pazienti. Oggi potremmo, secondo delle moderne teorie psicoanalitiche, immaginare che ogni paziente psichiatrico su l’onda di quella modalità riformatrice abbia in qualche modo espresso degli stati del Sé che erano in qualche modo scissi e separati dallo stato del Sé espresso preminentemente durante il suo ricovero, per cui si è messo in moto un meccanismo di cambiamento interno ed esterno molto significativo che a rileggerlo oggi, potrebbe essere spiegato in un modo ancora più complesso e articolato rispetto anche agli stessi libri degli autori di quell’epoca. C’è da dire anche che il periodo in cui tutto questo avveniva, era un periodo di un profondo malessere ma anche di molto fervore politico e sociale con la messa in discussione di tutte le istituzioni, non solo di quella psichiatrica. Quel che mi preme sottolineare rispetto a Basaglia, e rispetto anche alla riforma, è che poi nessuno, me compreso, poteva immaginare cosa si sarebbe aperto successivamente alla riforma nel momento in cui l’ospedale psichiatrico non era più il centro della assistenza. Tutta una miriade di elementi psicopatologici, sociali, politici, relazionali si è modificata per il modificarsi del contesto, sia per il modificarsi del contesto di cura e quindi del contesto generale. Oggi non abbiamo più gli stessi pazienti di allora, ma abbiamo tutta una serie di altre patologie che sono entrate nei testi di questi ultimi anni. Per dirne una, ad esempio, quando io ho iniziato gli studi i disturbi borderline non erano assolutamente presenti in nessun testo, erano chiamati in un altro modo ossia disturbi di personalità in generale. Quindi

modificazioni sociali e modificazioni delle strutture di cura sono fortemente implicate anche nella manifestazione dei disturbi e del malessere in generale.

La seconda domanda, relativamente ai gruppi: io credo che essere a contatto con la follia vuol dire non avere la distanza che c'è sempre stata (sia nel modello medico psichiatrico tradizionale sia nel modello psicoterapeutico di un tempo). La possibilità di lavorare in gruppo ha permesso grandissime acquisizioni ma ha permesso anche di pensare, come diceva Federica, che sebbene il rapporto individuale sia sempre molto importante, le situazioni di gruppo (sia del gruppo degli operatori con i pazienti, sia del singolo operatore con il gruppo dei pazienti, sia del gruppo degli operatori senza i pazienti) consentono di poter riflettere su come i diversi funzionamenti della mente non sono così distanti. Determinate concezioni del funzionamento mentale, permettono di immaginare che non ci sia una grossa distanza tra la follia e la normalità, tra la psicosi e la nevrosi, tra il disturbo di pensiero borderline e la modalità di senso della realtà e di difese non precoci e primordiali (come sono invece quelle psicotiche). Credo che lavorare in gruppo molto spesso ha permesso anche di poter instaurare con il proprio gruppo, con le proprie forme mentali, con la propria gruppalità mentale, una relazione che permette una conoscenza maggiore di se stessi e una conoscenza dei propri limiti che rende il lavoro con il gruppo dei pazienti e il gruppo degli operatori molto più significativo anche per la propria sicurezza e per la propria possibilità e competenza. Quante volte noi riconosciamo all'interno di una situazione di gruppo che abbiamo funzionato con quel determinato paziente, in quella determinata situazione, con quel determinato familiare in modo molto simile a quello che c'è stato raccontato, a quello che abbiamo visto funzionare tra paziente e i propri familiari, tra un conoscente e il paziente stesso, tra paziente e l'altro paziente. E questo ci permette di pensare che la nostra mente è in una condizione tale che è sempre pronta a poter funzionare in vari modi a seconda del contesto, del periodo, del momento. Il riconoscere un'operazione del genere diventa un'operazione non solo terapeutica verso il paziente ma anche terapeutica verso noi stessi e quindi un'acquisizione molto significativa di qualcosa che può diventare uno strumento di cura e non semplicemente un parlarsi addosso, un pensarsi addosso, un analizzarsi addosso.

Il discorso delle comunità è molto ampio, adesso non so se abbiamo il tempo per poterlo pensare. Le comunità italiane non sono nate con la riforma psichiatrica, anche in Italia c'erano delle comunità terapeutiche (ad esempio nel Nord Italia, a Milano, Diego Napolitani ed altri avevano fatto delle

comunità psicoanalitiche che svolgevano un loro compito significativo). Diciamo che rispetto alle comunità inglesi o rispetto alle comunità americane – soprattutto quelle americane in cui il pragmatismo e una certa filosofia, una certa psicologia, una certa psicoanalisi avevano in qualche modo significato molto nella loro organizzazione complessiva – le comunità italiane, come spesso accade in Italia, non sono connotate scientificamente in una maniera molto precisa come invece erano quelle delle altre nazioni, e hanno una tradizione eclettica, tipica della situazione italiana, per cui molte modalità di organizzazioni delle comunità terapeutiche risentono delle varie stagioni che i vari operatori hanno attraversato, dei vari modelli di riferimento e delle tradizioni generali che sono stati attraversate. Però anche a Roma, ad esempio, ci sono delle comunità terapeutiche estremamente valide e anche con una tipologia ormai sperimentata di intervento che prende spunto da varie caratteristiche, sia teoriche che psicodinamiche che anche sociologiche, che rendono molto complesso ma anche molto fruttuoso e utile il loro lavoro. Alcune di queste, qui a Roma, sono la “Majeusis”, la “Rêverie”, la “Grande Montagna”, insomma ci sono delle comunità molto particolari che però nell’arco degli anni, a seconda del tipo di formazione degli operatori, si sono modificate nel tempo. Io credo che l’esperienza italiana è molto legata non ad una tipologia decisa a priori ma ad una tipologia di tipo di intervento che cambia a seconda di chi ci lavora dentro e a seconda delle esigenze degli operatori e poi del servizio sanitario nazionale che manda i pazienti all’interno della stessa comunità. Adesso, ad esempio, molte comunità utilizzano i gruppi multifamiliari – che è un’acquisizione particolarmente recente dei nostri servizi - in cui si lavora con genitori e figli tutti insieme, in grandi stanze con 30 persone, su dinamiche generazionali fantasmatiche e realistiche con un rispecchiamento di certi ruoli familiari (come di figlio o di genitore). E questo alimenta la possibilità di una introspezione, di una dimensione di confronto rispetto alla propria esperienza, cosa che per esempio 5-6 anni fa non era neanche pensabile. Quindi c’è un continuo movimento in questo senso. Esistono delle comunità anche nei servizi pubblici che però sono molto meno caratterizzate da una scelta teorica definita, diciamo che sono legate ad un evitamento delle istituzionalizzazioni per molto tempo e quindi vivono anche di vita istituzionale non così connotata sul piano teorico. Però credo che in linea di massima ogni comunità ha una sua storia ed esse sono collegate tra loro attraverso delle associazioni, attraverso delle ispirazioni teoriche molto generali e dunque non abbiamo delle organizzazioni molto specifiche.”

Intervento 2: “Io mi chiedevo, siccome abbiamo parlato molto della “follia”, ci si è attestati molto su un tipo di utenza particolarmente grave, anche dello sviluppo dei manicomi e poi del servizio sanitario nazionale che affronta proprio in particolare le patologie gravi; mi chiedevo se oggi all’interno del servizio sanitario nazionale con i nuovi tipi di utenti – non ci si rivolge più soltanto alle famiglie con problemi gravi come psicosi, schizofrenia ma ci si rivolge magari a patologie con sintomi che sembrano più lievi e quindi con una domanda molto più vasta. Se c’è un problema all’interno delle istituzioni di affrontare questo tipo di utenza proprio perché è stata pensata all’interno della struttura. Poi anche un’altra domanda: visto che abbiamo parlato molto del gruppo, dell’importanza del gruppo all’interno delle istituzioni, delle istituzioni come gruppo, di lavorare come gruppo, come un’équipe; se è anche pensabile che il servizio sanitario nazionale si allarghi anche alla salute mentale del gruppo e se esiste una domanda anche per un tipo di intervento rivolto alla mentalità dei gruppi, dei gruppi aziendali ... dei gruppi di un determinato tipo.

Dottor Boccara: “Allora per quanto riguarda la prima domanda assolutamente sì, è una carenza della mia esposizione di oggi, nel senso che oggi il 50% delle persone che arrivano che ai Centri di Salute Mentale ha dei disturbi “emotivi comuni”, si dice adesso, o disturbi lievi del tono dell’umore (quindi situazioni di depressione, situazioni di attacchi di panico, crisi d’ansia, disturbi fobici). A fronte del 50% di pazienti che arrivano al Centro di Salute Mentale per questi tipi di patologia, con questi tipi di richiesta, con questo tipo di bisogno, la permanenza di queste persone all’interno del CSM è molto più limitata. Questo significa che alcune di queste persone ricevono una serie di risposte: noi non riusciamo a dare più una risposta psicoterapeutica strutturata ma un counseling; una possibilità di lavoro di gruppo, di confronto all’interno di un gruppo (anche gruppi specifici psicodinamici strutturati); abbiamo la possibilità di seguire delle terapie farmacologiche insieme a una relazione interpersonale da parte di chi somministra farmaci. Però sostanzialmente abbiamo anche molte persone che ruotano intorno al CSM e che lo usano come istituzione per poter capire se possono fare una cosa o se possono farne un’altra, insomma come un po’ un supermercato. Di questo 50% ne arriva un buon 50% che fa solo tre incontri all’anno. Quindi è una situazione particolarmente curiosa da questo punto di vista. Poi oggi come oggi all’interno dei Centri di Salute Mentale si sta sempre più strutturando un canale privilegiato per una popolazione giovanile (dai 18 a i 25/26 anni) per i quali, comunque al di là del tipo di situazione per cui

vengono o vengono segnalati al Centro di Salute Mentale, si organizza un gruppo di operatori specializzati che li prendono in carico e che quindi non rimanda ad altre istituzioni o al medico di base o ad altre strutture la loro problematica, anche se è una problematica lieve. Perché abbiamo visto che tante situazioni gravi successive sono iniziate attraverso delle situazioni lievi come ad esempio i disturbi d'ansia o disturbi generalizzati. Se una persona arriva anche a quell'età a rivolgersi al servizio di salute mentale, è bene raccogliere e interpretare, nel senso di valutare bene, ridefinendo la domanda e individuando la situazione di rischio. Questi "disturbi emotivi lievi" in realtà poi tanto lievi non sono perché possono mettere in gioco esistenze personali e rapporti interpersonali – basti pensare alla depressione di una giovane madre con dei figli piccoli o di un padre di famiglia con disturbi fobici o con attacchi di panico e così via. Sono situazioni che però fanno emergere l'estrema mancanza di risorse che oggi abbiamo al Centro di Salute Mentale per cui occupando tanta attività - essendo situazioni che ti chiedono, che propongono alternative, che ti mettono in discussione rispetto a dei tempi di attesa e così via – quando poi arriva una situazione grave di tipo psicotico, non abbiamo abbastanza risorse per poter mettere insieme, sempre, un'équipe multi-professionale. Per cui siamo in una fase in cui i Dipartimento di Salute Mentale stanno considerando la necessità di dare un limite di impegno per questo tipo di pazienti (tendenzialmente è una grande vittoria che questi pazienti si rivolgano ai servizi pubblici e ai centri di salute mentale, è una grande vittoria della riforma) poiché oggi come oggi, se venissero seguiti tutti come sappiamo che dovrebbero essere seguiti, non avremmo le risorse necessarie per mantenere quei progetti multi-professionali per i pazienti gravi. Questa è una delle contraddizioni di questi anni e quindi da questo punto di vista anche la seconda domanda viene abbastanza chiara, cioè: è già tanto che riusciamo a fare il lavoro di gruppo con i gruppi di pazienti nostri, anche gravi che sono in cura da noi, già è tanto se riusciamo ad occuparci del nostro gruppo di operatori in relazione a quello che accade nei nostri Centri di Salute Mentale. Sappiamo quanto accade in altre situazioni e, forse rispetto alla nostra esperienza, potremmo instaurare delle formazioni su altri gruppi che possano in qualche modo venire fuori sia in ambito sanitario che in ambito lavorativo, però oggi all'interno del Centro di Salute Mentale non le possiamo seguire. Quello che però succede, viceversa, è che molto spesso le nostre supervisioni sono fatte da persone che fanno anche supervisione nei gruppi nei gruppi aziendali o nelle situazioni lavorative perché riportano al nostro interno, in maniera spesso intelligente e formativa, tutta una serie di dinamiche che accadono tra di noi in quanto gruppo e non necessariamente

in quanto gruppo specifico del Dipartimento di Salute Mentale e questo è molto utile. Detto ciò per ora non credo che noi potremmo fare diversamente. Sentivo ieri alla radio che ci sono allenatori di squadre di basket o allenatori di squadre di volley che vanno a fare i corsi manageriali di gruppi aziendali, immagino che un buon operatore sulla salute mentale potrebbe fare tranquillamente la stessa cosa, potrebbe funzionare. Potrebbe essere un modo per far mandare in pensione degli operatori e dare spazio a voi nel servizio. Questa potrebbe essere una soluzione.”

Intervento 3: “La mia domanda è in tema su quello che ha detto lei rispetto alla guarigione e rifacendo a quello che ha detto la Dottoressa, rispetto alle attività che svolgono i pazienti. Quello che io mi chiedo molto ingenuamente: sì, sicuramente bisogna dare dignità agli individui, ridare dignità ai pazienti che si trovano in queste situazioni però ... è il lavoro che nobilita l’uomo e che dà dignità? Cioè i lavori manuali, le attività pratiche che fanno questi pazienti a me sembrano un po’ un tentativo di integrare, di tenere aggiornate queste persone, in un contatto con la realtà però poi alla fine in relazione al vissuto soggettivo che è forte, che talvolta è violento, devastante ... Si può non chiamarla guarigione, però poi la dignità secondo me è proprio, non la “restitutio ad integrum” perché non è possibile, ma trovare una dimensione in cui possano effettivamente stare bene, cioè la perdita dei sintomi, una sensazione di benessere.”

Dottor Boccara: “Anche questa mi sembra una domanda molto utile. Dire che non parliamo più di guarigione, non vuol dire che la gente non guarisce. Si tratta di chiarire di cosa parliamo quando parliamo di guarigione e questo ci porterebbe molto lontano. Però per rimanere sulla domanda, Federica prima ha parlato dei “gruppi a mediazione” e ha spiegato in che senso mediazione. Diciamo che all’interno dei gruppi di mediazione si utilizzano cose concrete, oggetti o da mettere in atto o da costruire o da utilizzare, perché attraverso la relazione con queste situazioni concrete si dovrebbe e, in qualche modo, si tenta di portare la persona e la relazione tra te e quella persona verso una discussione su aspetti significativi del proprio mondo psichico e del proprio mondo relazionale. La mediazione di oggetti concrete serve, in linea di massima, per poter arrivare ad una riflessione sul significato condiviso o non condiviso di quell’oggetto, di quell’esperienza. E questo è terapeutico perché questo fa parte integrante della tematica di dare un significato da condividere con l’altro. Detto ciò, il lavoro non solo nobilita l’uomo. Anzi, il lavoro può anche affaticare e stressare e rendere molto problematica la vita di ciascuno di noi. Ma sappiamo benissimo che il lavoro

ha a che fare con la dignità umana e che quindi è fondamentale anche per la propria identità, immaginare il proprio lavoro come il frutto di avere i mezzi per potere fare altro e quindi anche per questi motivi i progetti terapeutici di inserimento lavorativo sono terapeutici. Sappiamo però anche che se un inserimento lavorativo o un apprendimento lavorativo non è sostenuto da un impegno specifico sulle difficoltà di confronto con il mondo del lavoro e con il mondo interiore rispetto alle proprie competenze o non competenze, può diventare a sua volta un fenomeno problematico. In ospedale psichiatrico c'era la ergoterapia, cioè si diceva: "il paziente deve avere un piccolo lavoretto, pulire la sua stanza, pulire i suoi indumenti" e la suora di turno gli dava un po' di soldi per poterlo occupare all'interno della situazione di ricovero. I primi Centri di Salute Mentale e i primi Centri Diurni avevano dei piccoli laboratori in cui si faceva il portacenere, la ceramica, il cestino di fiori perché si pensava che questo potesse permettere tutta una serie di intrattenimenti. C'è un libro di Benedetto Saraceno "La fine dell'intrattenimento" che spiega come tutta la riabilitazione in psichiatria ha subito spesso una confusione, per cui tale attività veniva definita di per sé terapeutica. La riabilitazione è di per sé terapeutica se viene fatta con determinate caratteristiche di sostegno e di confronto continuo, anche quando si tratta di inserimenti in aziende. Il nostro Dipartimento ha inserito dei pazienti in aziende pubbliche, dato che da tempo c'è anche una legge, magari non particolarmente attuata, per cui le aziende devono avere un numero di posti disponibili per le persone svantaggiate e tra queste c'è stata una battaglia negli ultimi 10-15 anni per inserire anche pazienti psichiatrici che sono seguiti dai dipartimenti di salute mentale. Non si tratta però di inserimento e basta, ma ci si deve impegnare a sostenere in maniera significativa anche in relazione alle difficoltà che può comportare. Quindi in questo senso il lavoro è un elemento significativo ma in relazione ad un percorso non necessariamente alla fine di un percorso terapeutico ma sicuramente attraverso un percorso terapeutico."

