

13.03.2015

**LA “RIUNIONE SERALE” CON I PAZIENTI RICOVERATI NEL
SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA
DELL’OSPEDALE S. PERTINI DI ROMA**

Relatori: Dott.ssa Anna Mei, Dott. Fiore Bello

Dott. Fiore Bello: siamo due psicologi, io e la dottoressa Mei e lavoriamo nel centro di diagnosi e cura (SPDC) dell’Ospedale Sandro Pertini. E' un reparto dentro un ospedale generale dove vengono ricoverate persone che hanno una situazione di difficoltà e di sofferenza mentale che in quel momento è molto molto forte, quindi l'accoglienza di queste persone avviene in base ad una serie di criteri clinici; l'ingresso in reparto avviene tramite una prima valutazione che viene fatta nel pronto soccorso (P.S.), lo psichiatra viene chiamato e fa una valutazione strettamente clinici e decide l'intervento da fare in quel momento e poi un eventuale ricovero.

In questo reparto ci sono degli psicologi che affiancano i medici, altre figure professionali come gli infermieri e si lavora sostanzialmente sul paziente e col paziente partendo da un osservazione fatta inizialmente dal medico ma poi questa osservazione, dal momento che la persona entra nel reparto, continua da parte di tutti gli operatori.

Il lavoro che noi svolgiamo è complesso ma allo stesso tempo si svolge in sintonia con tutte le altre figure professionali, nel senso che gli psicologi sono inseriti in un gruppo di lavoro che è quello che ha un'impostazione in un'ottica psichiatrica ma la loro presenza permette di fornire e contribuire ad un'osservazione da un punto di vista non medico, perché è chiaro che il primo intervento in situazioni di crisi, che vanno dall'eccitamento maniacale a situazioni di depressione molto molto grave, di delirio franco, che richiedono un intervento inizialmente di tipo farmacologico, però gli stessi medici e psichiatri che prescrivono i farmaci hanno una visione della persona, quindi i farmaci vengono somministrati in relazione sia alla sintomatologia ma anche in relazione alla conoscenza della persona, del suo contesto e della sua famiglia.

Molto spesso i pazienti che arrivano sono persone che già conosciamo perché purtroppo alcune persone vanno incontro a delle ricadute, a situazioni di crisi e quindi necessitano del ricovero più volte nel corso della loro vita.

Il SPDC del Pertini, così come tutti gli altri servizi, è sì dentro l'ospedale fisicamente ma in realtà è dentro una rete organizzativa di servizi per la salute mentale molto ampia.

E' il reparto di psichiatria che è collegato ad altri servizi che sono nel territorio, un esempio il Centro di Salute Mentale (CSM) che è un centro nel territorio dove vengono visitate e accolte persone con sofferenza e difficoltà psichiatrica e psicologica ma che sono fuori dall'ospedale, quindi l'ospedale è in collegamento stretto con questi centri perché quando le persone sono dimesse dall'ospedale poi vengono prese in carico dagli

ambulatori e dai CSM. Quindi il rapporto con i CSM è stretto perché spesso lo psichiatra che vi lavora può segnalare al reparto che c'è una persona che ha bisogno di essere ricoverata.

Quindi il reparto di psichiatria, è all'interno di una grossa organizzazione di assistenza psichiatrica, abbiamo:

- ☒ il CSM, che sostanzialmente è un luogo, un piccolo palazzo e a volte un appartamento molto grande fatto di stanze dove vi lavorano psicologi, psichiatri, infermieri e assistenti sociali dove le persone arrivano per appuntamento, quindi si telefona poi si va lì e si effettua visita specialistica;
- ☒ il Centro Diurno, è un luogo dove le persone, soprattutto quelle che presentano una sintomatologia stabilizzata, che sono sotto cura farmacologica e psicologica ma che non hanno bisogno di un ricovero impiegano parte del loro tempo in progetti di riabilitazione, di vita, di lavoro e di cura;
- ☒ le Strutture Residenziali, ovvero le comunità terapeutiche, sono dei luoghi intermedi tra la famiglia e l'ospedale e tra l'ospedale e il CSM, sono luoghi dove le persone vengono ospitate in regime di residenzialità per un periodo limitato (18-24 mesi). Sono strutture dove le persone vanno a vivere; è chiaro che anche qui ci sono operatori, vengono somministrati farmaci ma vengono organizzate attività lungo il corso della giornata.

Quindi questa è un po' l'organizzazione della salute mentale in tutte le Regioni.

Dott.ssa Mei: un paziente che ha bisogno di una cura, che presenta una difficoltà di tipo psichiatrico e/o psicologica deve poter accedere a un programma di cure organico, l'idea è un po' che se una persona arriva al CSM e viene affidata ad un operatore o coppia di operatori, questi possano programmare un progetto di cura che utilizza tutte le strutture sopra elencate. Quindi l'idea è che c'è qualcuno che ha in mente il paziente e il progetto di cura e all'interno di questo progetto si possono utilizzare queste strutture. L'idea è che il trattamento è fatto di elementi collegati dalla mente dell'operatore che ha in carico il paziente.

Dott. Fiore Bello: questo è quello che si tenta di fare. E' chiaro che le strutture sono state create perché è stata creata per effetto di disposizioni legislative, per cui i CSM esistono perché nel nostro Paese esiste una Legislazione che a suo tempo ha abolito l'ospedale psichiatrico.

Quindi la Legge 180, nata nel 1978 dopo un lungo periodo di battaglie e confronti su quello che poi rappresentava la malattia mentale e le modalità di cura ha fatto chiudere i manicomi, grandi nosocomi dove venivano rinchiusi le persone per quasi tutta la durata della loro vita e sono stati creati lentamente dei servizi nel territorio. Questa legge la prima cosa che fa è dire “basta con questi ospedali, con nosocomi totalizzanti, proviamo ad aprire una fase nuova per restituzione le persone con sofferenza mentale alla società e alla famiglia”.

Una cosa importante che la legge dice è che non si costruiscono più manicomi, si chiudono quelli esistenti e stabilisce che la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione delle persone con sofferenza mentale devono essere condotte in servizi comunitari.

La stessa legge poi stabilisce la creazione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che però devono essere in un ospedale e stabilisce anche il numero massimo di letti (massimo

15), proprio per evitare che questi reparti possano diventare dei manicomi.

Dott.ssa Mei: questa decisione che il reparto psichiatrico debba stare in un ospedale generale è nella realtà un aspetto rivoluzionario, fondante della legge, nel senso che la sofferenza psichiatrica non è più qualcosa che deve essere allontanata dalla società, che deve essere messa in un luogo a parte ma può e deve stare nell'ambito della cura e delle varie sofferenze che gli umani affrontano.

Dott. Fiore Bello: dentro l'ospedale avere un reparto di psichiatria significa che anche gli operatori non psichiatrici si possono confrontare con una condizione di sofferenza umana.

Dott.ssa Mei: il diagnosi e cura del Sandro Pertini è arrivato all'ospedale qualche mese dopo la sua apertura e c'erano all'epoca 5 reparti e quello psichiatrico aveva e ha tutt'ora le porte chiuse. E' vero che la sofferenza psichica fa paura anche agli operatori e anche noi operatori che lavoriamo in quel settore eravamo da una parte preoccupati e dall'altra spaventati dalla malattia; quindi l'idea che i nostri pazienti potessero uscire dal reparto, da una parte ci faceva preoccupazione perché è come se li lasciassimo andare senza protezione e dall'altra "ma gli altri che penseranno di loro?"; quando piano piano siamo riusciti ad acquisire sicurezza, fiducia in noi e nei nostri pazienti abbiamo iniziato ad aprire le porte. Adesso i nostri pazienti raramente non hanno la possibilità di uscire, andare al bar, a prendere il giornale, a fare una passeggiata pero è stato un lungo e lento lavoro di educazione dell'ospedale a convivere.

Dott. Fiore Bello: questo è proprio quello che accade quotidianamente. L'educazione e prevenzione del pregiudizio lo si ha anche quando i nostri pazienti hanno incidenti, si fanno male e vengono ricoverati in altre branche della medicina. A volte nei pazienti psichiatrici che hanno una malattia organica si abbassa il livello di espressione della malattia psichica e quindi loro stessi sono concentrati di più sulla malattia organica ma chi li cura non crede ai propri occhi che nel reparto questo paziente specifico è stato buono. L'operazione necessaria della cura è anche nei confronti di tutto quello che è l'ambiente sanitario, per non dire poi l'ambiente sociale e in questo i pazienti ci danno una mano.

Dott.ssa Mei: la legge 180 dispone anche una misura, il TSO a disposizione degli psichiatri per affrontare il malessere in quelle persone che in alcuni momenti della loro vita stanno così male da non rendersene conto, da non poterlo accettare. Quindi il Trattamento Sanitario Obbligatorio è nella realtà una misura protettiva per il paziente, è uno strumento utilizzato dal medico per curare il paziente non per proteggere la società dal paziente ed è una misura pensata anche con degli elementi al suo interno di protezione del paziente, quindi ci devono essere almeno 2 medici che valutano la necessità del TSO, uno fa la proposta e l'altro la convalida e c'è una struttura di tutela del paziente per il tempo che dura il TSO che ha una durata di 7 giorni, può essere revocato prima o anche essere prorogato per altri 7 giorni, però bisogna motivare questa proroga.

Una parte importante del ricovero è proprio quella di lavorare per raggiungere con il paziente una condivisione del progetto di cura, per fortuna non tutti i pazienti arrivano a un TSO, spesso arrivano richiedendo un ricovero, quindi in qualche modo aderendo a un ipotesi di cura fin da subito ma quando arrivano a un TSO magari con un atteggiamento di protesta e di offesa, il grosso lavoro è quello di trovare un punto di contatto con il paziente per raggiungere un piano di collaboratività.

Il gruppo degli operatori del Sandro Pertini è costituito da 9 medici più il responsabile,³ psicologi,²⁰ infermieri e il capo sala,² ausiliari fissi per reparto,² psicologhe in veste di operatrici del servizio civile e al momento 2 psicologhe tirocinanti.

Il reparto del Sandro Pertini è situato al piano terra dell'ospedale è costituito da un lungo corridoio, a sinistra del quale ci sono una serie di stanze di servizio (cucina, bagno clinico, stanza degli operatori dove si riuniscono e discutono), ci sono 5 stanze di degenza di cui tre a 4 letti e due a 2 letti, ogni stanza ha il bagno in camera, abbiamo il salone per il pranzo, chiediamo di vestirsi e non restare in pigiama, abbiamo un giardino e abbiamo delle stanze per i colloqui.

Dott. Fiore Bello: la sfida per gli operatori del reparto è quella di creare un contatto, una relazione con la persona ricoverata, si cerca di capire qual è l'elemento per entrare in contatto con quella persona quindi è assolutamente importante coinvolgere tutta la famiglia. Gli elementi della vita della persona sono fondamentali per creare una relazione e attraverso questo poi è possibile familiarizzare, diminuire il livello di angoscia, creare un minimo di fiducia con l'operatore. C'è un piccolo team -psicologo e medico- che interviene.

Quindi siamo sempre in due, l'organizzazione del reparto in realtà è un'organizzazione grupppale, però siamo sempre in due a essere i referenti privilegiati del singolo paziente.

Quindi questo significa che il paziente ha sempre un riferimento.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) si può anche revocare prima del tempo: il paziente accetta di parlare con lo psicologo e col medico, di assumere la terapia, accetta di mangiare con gli altri; quindi anche l'osservazione dei comportamenti del paziente è importante, nel momento in cui il comportamento nel reparto torna nuovamente nel sociale, o comunque assimilabile a questo concetto, è chiaro che la persona sta aderendo, si sta muovendo verso un cambiamento.

Quindi, come dire, se questa persona accetta di essere in quel momento lì, il TSO decade, e la prima cosa che si pensa di fare è sottolineare proprio l'aspetto "umano", ci si pone in qualche modo come un ponte tra la sua realtà, tra il passato e quello che può essere.

Questa diapositiva riassume un po' come è organizzato il reparto. Io sono nuovo in questo reparto, dove sono da 10 mesi, la mia esperienza al SPDC completa anche la mia formazione, e ho trovato questo tipo di organizzazione che è stata pensata, è stata sperimentata, è stata costruita negli anni. Si inizia molto presto, dalla mattina presto, alle 8,30, chi è di turno, tutti quanti, si recano nelle stanze per salutare le persone che sono ricoverate, poiché, dato che questo servizio è 24 ore su 24, è possibile che durante la notte fosse arrivato qualcuno al pronto soccorso. Alle 3 di notte, ad esempio, questa persona trova medici, trova lo psichiatra, però chi arriva di turno alle 8 non lo sa e se non viene messo al corrente è fondamentale che sappia se ci sono nuovi pazienti.

Dott.ssa Mei: Sì è vero, non andiamo dai pazienti col carrello delle cartelle dei pazienti come necessariamente avviene in un reparto di medicina, noi andiamo a ispezione, andiamo paziente per paziente e diciamo: "Buongiorno, come ha dormito sta notte? Come va? Come si trova? Ha ricevuto visite ieri?" Quindi, come dire, è un'ispezione medica nel senso che siamo tanti, tutti col camice, la disposizione rispetto al paziente è di salutarlo, e questo si chiama "giro di saluto" e non "la visita", perché l'idea è proprio quella di dargli il buongiorno, di chiedergli com'è andata.

Dott. Fiore Bello: dopodiché, abbiamo quella che è la riunione clinica, fondamentale a quel punto raccontare e vedere insieme tutte le informazioni che si hanno, anche oltre a quelle che si hanno in cartella, però devono essere condivise, ciascuno di noi, non solo sui pazienti che ciascuno ha in carico, ma anche dei pazienti che ad esempio non sono affidati a me, anche io devo sapere qual'è il programma per loro, quindi la riunione clinica è un incontro mattutino che spesso dura molto, oltre un'ora/un'ora e mezza, soprattutto se ci sono situazioni difficili, ed è chiaro che l'idea serve perché ci si confronta con quella che è la visione di un altro professionista, e ci si confronta sui diversi punti vista e si può decidere anche collettivamente. Devo dire che ho trovato un aiuto notevole dalla voce di questa equipe.

La mattina poi si snoda in diverse attività, come colloqui, incontri con le famiglie, e si arriva poi a quello che chiamiamo "il briefing" o passaggio delle consegne alle 14,00. Voi dovete pensare che il tempo è scandito, perché noi lavoriamo su turni orari, ad esempio io faccio 7,40 ore al giorno per cinque giorni a settimana, molti smontano alle 14,00 e altri montano a quell'ora, quindi è necessario e fondamentale che ci sia una continuità, un passaggio di consegne abbastanza breve.

Poi c'è la riunione clinica del lunedì: un paio di ore al centro della giornata dedicate alla lettura di cose che riguardano i pazienti, però magari c'è bisogno di concentrarsi su un caso o su un altro, ed è fondamentale non solo prendere decisioni, ma sentire quello che sta accadendo, quello che gli operatori hanno osservato e scambiarsi informazioni. Quindi, come dicevo prima, confermo che la nostra organizzazione ha una forte impronta gruppale.

Dott.sa Mei: questa riunione del lunedì è sostanzialmente una possibilità per gli operatori intanto di stare insieme, di condividere in alcuni momenti la difficoltà, la paura, lo scoraggiamento, il senso di fatica; nel contatto con persone che stanno così male, c'è anche l'impatto emotivo che l'operatore riceve, è un impatto importante, può accadere che un operatore si leghi troppo a un paziente, si faccia prendere da quella storia, oppure può darsi che questa storia sia così difficile da tollerare e generi determinati stati d'animo. Ad esempio se un paziente mi sta antipatico, in una condizione del genere, non può essere trascurato, ed è segnale di qualcosa, è comunicativa questa percezione, quindi nella riunione del lunedì l'equipe ha la possibilità di discutere, di condividere questi aspetti, e anche la possibilità di sciogliere, di elaborare, e quindi l'operatore che è troppo carico della relazione con il proprio paziente, riceve un sostegno e un aiuto dagli altri, ma da un punto di vista proprio emotivo. Quindi la funzione di questa riunione è molto in questa direzione.

Poi c'è la riunione serale. E' una riunione che gli psicologi fanno tutti i giorni, dalle 18 alle 19 con tutti i pazienti presenti, ed è una riunione aperta, a cui possono partecipare o no, ma noi li invitiamo tutti. E' una riunione che si teneva dal lunedì al venerdì, ora si tiene dal lunedì al giovedì perché il venerdì è sostituita da una riunione nella quale vengono invitati anche i familiari dei pazienti. Quindi diciamo, è un incontro multifamiliare.

Dott. Fiore Bello: prima di passare alla riunione serale, magari vorrei riprendere un po' il concetto che noi siamo un gruppo, e un gruppo è fatto di persone, forse sto dicendo delle banalità, ma questo ci porta a ragionare sul fatto che è fondamentale che le persone che

lavorano in gruppo non solo si scambiano delle informazioni, ma provino a tenere nella propria mente l'altro nel reparto; siamo un gruppo le cui caratteristiche rientrano pienamente nel concetto di gruppo di lavoro.

Abbiamo cercato di riprendere anche il concetto di gruppo di lavoro, di gruppo curante.

Questa è un po' la definizione che si trova in letteratura sul Gruppo di lavoro: è un insieme di persone che hanno una certa interdipendenza e hanno un obiettivo comune. Devono svolgere un compito e sono motivate da interessi professionali, sportivi e aziendali, etc. Una squadra di pallone è un gruppo di lavoro, perché tutte le persone che fanno parte di una squadra di pallone condividono queste caratteristiche. Noi siamo un gruppo curante, chiaramente. Anna ha un po' anticipato quello che è scritto in questa diapositiva. Come gruppo mettiamo in atto un'osservazione che parte da aspetti e dimensioni differenziate, ma che poi si sviluppa in forme di lavoro. L'attenzione chiaramente è sempre al paziente, ma anche ai familiari. Noi siamo terapeutici verso pazienti e familiari, ma il gruppo di lavoro svolge anche una funzione protettiva riguardo al singolo operatore, ci si protegge in qualche modo, quando c'è una sovraesposizione di un operatore o di più operatori, gli altri operatori intervengono, un po' come diceva prima Anna, ad esempio noi accompagniamo i pazienti a prendere un caffè; a volte succede che bisogna accompagnarli, e lo psicologo porta il paziente a prendere il caffè, però se noi sappiamo che quel particolare paziente può creare delle difficoltà, la collega o il collega è preso emotivamente, allora io vado e accompagno il collega e il paziente. In questo senso, quindi, il mio comportamento e il mio pensiero può essere protettivo nei confronti del collega e viceversa senza mai smettere di essere terapeutico nei confronti del paziente che prova ad uscire e a cimentarsi nella situazione al bar o a fare una passeggiata.

Quindi in quest'ottica il lavoro di gruppo all'interno di queste realtà è fondamentale. E' uscito un bel film in questi giorni dal titolo molto accattivante: "Nessuno si salva da solo"; ed è proprio così, il gruppo in qualche modo e la possibilità di sostituirsi reciprocamente e di lavorare insieme, permettono la possibilità di un coinvolgimento e di una condivisione anche della sofferenza degli operatori.

Dott.ssa Mei: avrei una cosa da aggiungere a questo, lui diceva: "siamo protettivi rispetto al gruppo", ma la possibilità di essere protettivi, che il gruppo sia protettivo dei suoi componenti, è qualche cosa di indispensabile al paziente, perché se il gruppo di lavoro non può proteggersi, non può proporre al paziente un ascolto equilibrato, se il gruppo di lavoro non protegge l'operatore che sta sovrainvestendo con un paziente, questo operatore rischia di attivare nel paziente delle attese, delle aspettative, delle speranze che non possono essere confermate, e questo può spingere il paziente in un ulteriore ripiegamento in conseguenza alla delusione, oppure in una disillusione, pesante per quel paziente, o anche un operatore che vive una condizione di difficoltà nel tollerare il paziente, se il gruppo riesce ad aiutare a vederne anche altri aspetti, questo è qualcosa che torna a vantaggio dell'operatore, che fa meno fatica, ma anche a vantaggio del paziente, che riesce ad utilizzare una relazione con quell'operatore più equilibrata.

Dott. Fiore Bello: abbiamo provato a sintetizzare, le funzioni insomma sono queste, il gruppo curante permette un'ampia accoglienza di richieste che il singolo operatore non potrebbe accogliere, perché le richieste che vengono fatte, ma anche la potenza della difficoltà e del disagio che la famiglia presenta, non possono essere assolutamente accolte

da un solo operatore, perché quello che noi spesso troviamo è una persona, un paziente, all'interno di una famiglia che presenta delle difficoltà, quindi un solo operatore, sia esso medico o psicologo, non ce la fa, quindi c'è necessariamente bisogno di un gruppo in cui queste dimensioni possano essere accolte. A volte c'è una vera e propria esclusività, per cui quello che può accadere è che il gruppo diventi una specie di prisma, in cui paziente può proiettare il suo nucleo caotico e dirompente.

Dott.ssa Mei: un altro aspetto è che spesso capita che i pazienti in un momento di malessere, esprimano, con diverse persone, diversi aspetti della propria personalità, e poi ci capita che magari nel corso della riunione della mattina in maniera evidente vengono fuori i vari aspetti della personalità dei pazienti dai vari punti di vista degli operatori, ed una funzione del gruppo è quella di poter raccogliere queste parziali immagini dei pazienti, e poter in qualche modo ricondurle in una visione unitaria. Questo è fondamentale per un gruppo, tanto il potersi confrontare, quanto il poter ricomporre un'immagine e poterla poi restituire al paziente in un maniera un po' più organica, e non così scissa così come lui ce l'ha proposta.

Dott. Fiore Bello: voi provate a immaginare, facendo un parallelo, alla solitudine di un medico di famiglia nel suo studio e alle difficoltà che può presentare il suo lavoro ogni giorno; noi abbiamo la fortuna in qualche modo di essere in tanti, non in troppi, siamo sempre pochi, perché tre psicologi all'interno di un reparto psichiatrico sono pochi, anche negli altri servizi c'è sicuramente tanta carenza, però siamo fortunati perché ancora possiamo ritagliarci del tempo per pensare, che permette insieme all'altro di superare il senso di solitudine e di distribuire e condividere responsabilità e preoccupazioni..

C'è qualche domanda? Qualcosa che vi ha incuriosito? Vi abbiamo dato tante informazioni, quello che vi stiamo dicendo è il frutto di vent'anni di lavoro.

Intervento 1: Vorrei fare una domanda: l'organizzazione che ci avete presentato, è tipica di tutte i SPDC ospedalieri oppure è stata creata appositamente da voi?

Dott.ssa Mei: nel corso degli anni abbiamo visto che ogni SPDC è un po' organizzata secondo un percorso proprio, e quindi nella realtà quello che a me ha stupito è anche la visita, quella che noi abbiamo chiamato la riunione della mattina, chiamiamola visita perché effettivamente ci si mette in una stanza si prendono le cartelle, situazione per situazione, paziente per paziente, capendo cosa si è fatto e cosa si deve fare. Credo che anche questo sia organizzato in maniera diversa, e credo che questo, pensiero assolutamente mio, dipenda un po' dal fatto che l'organizzazione dipende dalle persone, quindi il gruppo di lavoro si organizza rispettando una propria storia, una propria modalità di essere, una propria idea del lavoro.

Intervento 2: Posso dire una cosa relativa a questo? Io ci sono stata in alcune SPDC e non ho visto assolutamente queste cose, anzi, c'era tutt'altra locazione e organizzazione.

Dott.ssa Mei: Dicevamo, siamo complessivamente 15(?) medici, 3 psicologi, 3 infermieri e in più gli ausiliari. Credo che questo sia il prodotto del lavoro di tutti, che questo sia un gruppo insolitamente buono, come dire, siamo soddisfatti del nostro operato e credo che gli psichiatri siano interessati al nostro punto di vista, sono persone con cui comunichiamo facilmente, con cui condividiamo idee, non è che lo psichiatra pensa ai farmaci e noi pensiamo al rapporto, noi ci domandiamo tutti che effetto ha quel farmaco o aspetti sulla relazione.

(Dopo la pausa)

Dott. Fiore Bello: Prendiamo questi altri 45 minuti per introdurre quello che è un po' il gruppo terapeutico di base con la riunione serale, attività che facciamo solo noi psicologi, però prima di arrivare a questo, volevo chiedervi se questa pausa ha fatto maturare qualche curiosità, qualsiasi cosa, anche poco chiara, potete chiedere.

Niente?

Mentre stavamo al bar una studentessa chiedeva al nostro responsabile: "ma come siete arrivati a questo?" La risposta è stata che abbiamo costruito avendo in mente un modello, sostanzialmente un po' quello che accade di solito appunto, a volte si arriva a progettare e si arriva a vedere un risultato col tempo.

E' chiaro che questo è un servizio pubblico, cioè stiamo parlando del nostro servizio, del vostro servizio, del vostro ospedale, quindi stiamo parlando della nostra sanità.

Dietro di ciò ci sono leggi, ci sono fondi, ci sono regolamenti, insomma c'è tutta quella organizzazione nel suo complesso. Il SPDC è una piccolo pezzo, però è chiaro che quando qualcosa sta nella mente arriva ad avere, diciamo così, una forma che è il risultato, che poi non è mai quello finale, ma è il risultato di prove, di aggiustamenti, un po' questo, quello che noi vi stiamo presentando è diciamo così il risultato di un aggiustamento continuo.

Allora, al di là di tutte queste informazioni, il concetto che volevamo che fosse chiaro, è che in un luogo del genere, questo è un modello, non è che per forza tutti dobbiamo fare così, ma in un luogo del genere si lavora meglio se si ha bene in mente quali sono le catene, i concatenamenti dei vari passaggi, e tutti i passaggi secondo noi sono gruppali, anche quando noi vediamo in due la famiglia, che può sembrare un intervento familiare, in realtà noi stiamo facendo un intervento su un piccolo gruppo, almeno così noi la vediamo, all'interno di un macrogruppo, all'interno di un gruppo ancora più grande: siamo partiti dalla sanità, ospedale, SPDC, quindi il reparto, la sua organizzazione e adesso arriviamo a questo nucleo, come dire, piccolo piccolo, che è la riunione serale, partendo dal fatto che essa è da intendere come un gruppo terapeutico. Noi abbiamo scritto qualcosa rispetto a quello che è normalmente un gruppo terapeutico, un gruppo di parola, sostanzialmente la sera, dalle 18 alle 18,45/ 18,50, noi ci alterniamo come dicevamo, siamo in 3, però non siamo sempre tutti presenti alla stessa ora, quindi, 5 giorni alla settimana, 4 giorni, perché il venerdì c'è un'attività di psicoanalisi multifamiliare dove ci siamo tutti e tre più i medici e tutto il reparto e tutte le famiglie più i pazienti, questa è un'attività che forse oggi non riusciremo a trattare.

Tranne che un giorno, gli altri 4 giorni le riunioni ci sono quasi sempre, perché a volte è possibile che si salti, come è successo ieri sera, su 12 pazienti, 9 dormivano, non ce l'hanno fatta.

Non è un dato che va preso in considerazione, non è interpretare sempre ogni cosa, ma sappiamo che certe cose in qualche modo vanno rimesse in una significazione, quindi è saltata la riunione serale ma questo elemento si riprende, si potrà trattare nuovamente. Non forziamo, cioè è chiaro che io ieri sera sono andato due volte nelle stanze, ma non è che io prendo una persona, la scuoto e le dico: "tu devi partecipare alla riunione serale" io faccio numero, certo c'è una sollecitazione, ma non c'è un'obbligatorietà.

Quindi noi ci inseriamo in questo, in questa storia, la riunione serale si inserisce in questa

tradizione sostanzialmente, la ormai centenaria tradizione del parlare terapeutico, della Talking Cure, del parlare e del tentare di curare attraverso le parole; quindi siamo in quest'ottica, anche se la chiamiamo riunione serale ma è un intervento grupppale assolutamente terapeutico.

Qui si apre un grande dibattito che aveva già aperto Freud, quando parlava delle persone che potevano essere analizzate e delle persone che non potevano essere analizzate, nel senso che parlare con una persona che sta delirando in quel momento, si può fare? Non si può fare? E come? Se noi pensiamo che si possa fare, bisogna anche capire come farlo.

Di fatto il primo interrogativo è una definizione di termini, io il termine in questione per le disabilità psichiatriche l'ho preso dalla letteratura americana, noi ancora continuiamo a dire: "paziente, paziente, paziente", perché secondo me dietro c'è ancora il concetto di malattia. Sicuramente questi disturbi portano a delle disabilità, ma forse è diverso dire: "una persona con delle disabilità che possono essere curate" dal dire: "paziente psicotico". Quindi, chiediamoci anche il significato dei termini che utilizziamo.

L'altra domanda è un po' quello che dicevamo prima, si può fare terapia con le parole? Cioè si può fare terapia con le parole con persone che hanno l'esame di realtà alterato? Si può fare terapia con le parole con persone che assumono neurolettici? Che quindi hanno in qualche modo nel loro organismo una sostanza curativa che può influenzare le normali capacità di pensare. Il delirio stesso, può essere, diciamo così, utilizzato?

Racconto una cosa, un piccolo esempio che è accaduto qualche sera fa: noi abbiamo una paziente nota, che viene ricoverata spesso. E' una persona molto particolare, che in genere non partecipa alle riunioni serali. Ultimamente fa questo: la stanza in cui facciamo le riunioni serali è particolare perché è una specie di "elle" diciamo, e ad una estremità c'è una porta sul giardino. Noi facciamo questo gruppo di 8, 9, 10 persone, e c'è il giardino con la porta chiusa in genere, soprattutto d'inverno. Però se qualcuno vuole uscire può uscire, anche se ci interrompe, va a fumare; la signora in questione, si siede alla fine del gruppo, alla fine della "elle" diciamo, davanti alla porta che da al giardino, e si mette a fumare.

Dott.ssa Mei: Con la sigaretta fuori dalla porta eh!

Dott. Fiore Bello: Lei si pone, come dire, in modo "provocatorio" in una posizione di limite, fuma dove non si può fumare, e lei lo sa, però lei è dentro anche se non sta nel circolo, lei è dentro la stanza, quindi che faccio? Come utilizzo la sua presenza? E soprattutto, quello che lei dice, perché non sempre lei quando fuma è coerente, non sempre è coerente con quello che il gruppo sta facendo. Però l'altra sera faceva freddo, entrava l'aria fredda ed entrava pure tanto fumo, quindi io ho tollerato un po' e lei parlottava da sola, e le ho detto: "A. per favore, o dentro o fuori! Io non ce la faccio, sono raffreddato, mi sta dando fastidio, devi uscire fuori." A.: "Guarda ma non te lo sognare, io non vado da nessuna parte, io rimango qua!" E io: "ti prego, esci!" Poi se si insiste lei va in simmetria e diventa anche un po' aggressiva. Le ho detto: "Guarda, ma veramente mi stai disturbando!" Lei dice: "Ti propongo un gioco. Allora se il numero dei pazienti e delle persone che sta lì è dispari, te compreso, vinci tu. Se è pari vinco io." Io non sapevo quanti erano i pazienti, non sapevo se era dispari, se era pari, e ho detto: "Va bene, Anna, facciamo così, facciamo un pari. Ti sporgi un altro po', io torno al gruppo e poi vediamo." Poi io non so, ho perso questo elemento, la tirocinante che era con me, quando

abbiamo finito il gruppo mi ha detto: “Ma lei ha contato quanti erano i pazienti?” Io ho detto: “No, guarda, questo dato mi è sfuggito!” “Guarda che erano dispari!” Aveva ragione lei sostanzialmente! Lei in un attimo che era passata, aveva attraversato il gruppo, con la sigaretta accesa, si era posizionata con le spalle al gruppo e fumava, lei aveva colto tutto, cioè aveva colto quante erano le persone e soprattutto quello di cui stavamo parlando, anche perché lei poi in realtà rispondeva a modo suo agli argomenti trattati. Vi porto questo esempio per dire che cosa? Che anche quello che è proprio, come dire, una insensatezza, una bizzarria, la persona che è il delirio certe volte, che è talmente, come dire, offuscata dal delirio, è attenta, quella persona ci sta comunicando qualche cosa, allora la persona in questione mi ha detto qualcosa, ci ha detto qualcosa, ha detto: “Guarda io non ce la faccio a stare con voi, devo stare a modo mio, ma comunque esistete, ma comunque so quello che state facendo”, e questo è un elemento che io riporto alla riunione, perché serve agli altri colleghi anche a fare un po’ una considerazione rispetto alla paziente stessa.

Ho risposto un po’ alla domanda che viene dopo, “cosa fa lo psicologo con queste persone”. Lo fa anche lo psichiatra, questo ora è un po’ il problema di chi lo fa.

Dott.ssa Mei: direi chi fa lo psicologico!

Dott. Fiore Bello: Esattamente! Quindi facciamo una forma, diciamo così, di terapia con le persone che hanno una disabilità psichiatrica molto molto grave.

Adesso c’è una slide molto specifica, non so se prima di questo...

Dott.ssa Mei: Prima di questo, agganciandomi a questa cosa, che cosa fa lo psicologico, nella realtà, io invece proprio ormai... ho la muffa dentro al reparto perché ci lavoro dal 1990, e in tutti questi anni una domanda che a tratti ci siamo fatti, era quella di individuare una funzione dello psicologo che ha in diagnosi e in cura. Spesso, devo dire la verità, lo vediamo un po’ come ci capita, spesso gli altri colleghi ci dicono: “Scusa ma che ci fai in un reparto psichiatrico? Vieni a fare la psicologa in un dipartimento, a fare psicoterapie insomma”. Quindi questa domanda, “Che cosa ci fa uno psicologo in diagnosi e cura?” è una domanda che ogni tanto ci siamo fatti e che senso ha? La risposta che abbiamo a volte provato a darci, insomma il senso che ci siamo dati è che io sono legatissima a questo posto, non ho proprio nessuna intenzione di andarmene. E la risposta che in qualche modo abbiamo abbozzato in alcuni momenti, è una funzione che non svolgono gli psicologi in quanto persone, ma come dire un’attenzione psicologica, si distribuisce, si diluisce sul gruppo curante, sul reparto, e quindi in qualche modo si può tenere, per questo dico lo psicologico, si può tenere un’attenzione psichica alle persone, e quindi si può ampliare, si può mettere la testa sopra al sintomo e sopra ai farmaci, e questo è qualche cosa che in qualche modo lo possiamo fare noi, lo possono fare i medici, lo possono fare gli infermieri, e questo è fondamentale secondo noi. Quindi, io trovo un senso nel mio stare la come a sollecitare, a spingere la mia testa oltre il farmaco e oltre il sintomo e a spingere le teste di tutti noi sopra questa cosa.

Dott.ssa Mei: In quest’ottica... Non in quest’ottica, come dire... A un certo punto, quando questo servizio doveva nascere, il gruppo che lo doveva far nascere del quale io non facevo parte all’epoca, si è domandato come organizzarlo e ha cominciato a riunirsi per pensare come organizzare questo servizio, e una delle domande che si è fatto era come fare in modo che il tempo non fosse un tempo senza tempo, che non fosse un tempo senza

pensiero, che non fosse un tempo ciabattato in qualche modo dei pazienti. Quindi una delle considerazioni è che non si può neanche trasformare un ricovero in un momento di crisi in una sorta di SERT-mediterranee, quindi non si possono organizzare partite a carte, perchè questo è snaturare e non rispettare il momento di crisi delle persone. Però questa era una domanda importante, come fare in modo che non fosse un tempo ciabattato. E questa dell'incontro serale, a fine giornata, prima della notte... La possibilità di incontrarsi, di raccontarsi la giornata, oppure gli umori della giornata, o le insoddisfazioni, o le speranze della giornata, sembrava una mediazione possibile. Quindi in questo modo è nata la riunione serale... Si fa appunto da quando il reparto è nato ed ha anche la riunione serale così come gli operatori che dicevamo prima progressivamente, come dire, "prendiamo un po' di fiducia", anche la riunione serale ha seguito questa evoluzione, è un'attività che è cresciuta. All'inizio la facevano gli psicologi, avevamo un rituale: c'era il giro di presentazione, il giro della giornata, individuazione del tema, il giro dei saluti e si rispettava questa regola, più per un bisogno nostro che, come dire, avevamo il problema di gestire 8-10-12 pazienti in una condizione di acuzie. Io avevo la sensazione tante volte, e l'ho raccontato tante volte ai miei colleghi, questa mia difficoltà di cominciarla la riunione no? Dici Madonna a me, proprio... mi ci spingo a forza nella riunione e poi quando ci sto, mi scordo che ho fatto tanta fatica per entrare. Avevo proprio un po' come la sensazione di entrare in una gabbia, no? Perché era un bug precedente, poi sto la dentro e mi scordo della fatica e ci sto, e mi accorgo ad un certo punto che sono arrivate le 7 e che devo chiudere no? Quindi progressivamente la nostra capacità di stare dentro, la nostra esperienza è cresciuta, quindi abbiamo potuto anche un po' abbandonare questa rigidità dei rituali, e quindi adesso il giro di presentazioni si fa, sempre, perché quello è un modo in cui ognuno dice il nome... il reparto è un reparto dove c'è un'alternanza dei pazienti, la nostra durata media del ricovero è intorno ai 12-13 giorni (rivolgendosi al collega) no?

Dott. Bello Fiore: Anche meno!

Dott.ssa Mei: Anche meno. Quindi ci capita di avere pazienti che stanno magari anche più a lungo, ma ci capita di avere ogni giorno dei pazienti nuovi e dei pazienti che sono usciti, quindi il giro di presentazione è anche una facilitazione perché le persone prendono il discorso, quindi quello si fa sempre, ma poi la riunione va come va...Adesso va come va, ma in passato non era così, in passato ne avevamo un po' paura di questo va come va. Quindi diciamo questa è l'intenzione che la riunione ha avuto, per cui adesso ci possiamo pure permettere di considerare Anna col papà che l'altra sera, sempre Anna, sempre seduta nella stessa posizione, mi ricordava che dovevo dare un tempo a tutti di parola e quindi non dovevo lasciar parlare troppo qualcuno e troppo poco qualcun altro, questo per dire come lei, nonostante sia in questa posizione, era attenta. Quindi questo è come siamo arrivati alla riunione di oggi, che è...

Dott. Bello Fiore: Bisogna farsi delle domande no? Ehm, forse, come dire, se ci facciamo qualche domanda troviamo anche qualche risposta... A cosa serve, abbiamo tentato diciamo di dirvelo, però questa è la diapositiva finale ma che riassume... La nostra, diciamo, il nostro incontro di oggi ma riassume anche un po' quello che è stato o chi siamo, questo gruppo serale. Allora, la prima funzione che secondo noi un'attività del genere ha, è una funzione **diagnostica**. Allora io penso che noi, come dire, ci sono degli

aspetti, degli elementi della nostra professione o della professione medica ma anche della professione psicologica che non vanno assolutamente disconosciuti, perché diagnosi significa conoscere, significa sapere...cioè il problema sostanzialmente, attribuire o utilizzare quel contesto, per raggiungere la funzione diagnostica significa conoscere l'altro, ma non per classificarlo secondo dei criteri statistici, anche, perché questo ci aiuta sostanzialmente no? Ma per vedere chi è, con chi noi abbiamo a che fare. Quindi noi dentro questo contenitore abbiamo anche un occhio a quelle che sono le caratteristiche della persona, a come la persona controlla gli impulsi, ma non significa come dire, usare le mani. Il controllo degli impulsi è anche la capacità di rispettare l'altro che parla, quindi è un elemento importante, perché spesso le persone che noi curiamo non controllano, diciamo così, la propria parola, non controllano il proprio gesto, cioè non riescono ad entrare in una dimensione di reciprocità e di intersoggettività che si esplica anche attraverso il parlare, attraverso il comunicare, per cui valutiamo anche le capacità di esame di realtà. L'esempio che vi portavamo rispetto a questa donna, è molto importante, perché all'inizio del ricovero lei ha un esame di realtà abbastanza alterato. Dopo un po' di tempo, grazie alle cure e alle capacità di contenimento e di tolleranza del contesto acquista o riacquista questa capacità, anche posizionandosi diciamo così in una direzione dentro e fuori, però esprime quella che è la sua capacità di vedere la realtà, e questo è importante. Per cui, tutto quello che osserviamo, lo riportiamo. Tra l'altro poi in genere scriviamo anche un breve resoconto della riunione... Devo dire, breve, perché alle 7 di sera poi si è stanchi. Si è stanchi anche perché le sollecitazioni possono essere tante. Magari c'è una giornata che va molto bene; si è più tranquilli, si è meno stanchi, però abbiamo l'abitudine di trascrivere su un quadernone, i presenti, gli assenti, le cose essenziali perché il giorno dopo io magari non faccio la mattina, ma vado di pomeriggio, i colleghi possono aprire questo libro e vedere l'appunto sul paziente che io ho fatto.

Intervento 3: Senta io, prima volevo chiederle effettivamente cosa riusciva a fare il gruppo serale, e un po' con quello che ha spiegato adesso ho ricevuto una risposta, però la mia domanda ulteriore è come si riesce a fare tutto questo in così poco tempo? Con dei pazienti che comunque non sono facili, se così si può dire, sono dei pazienti che insomma, lei ha descritto perfettamente, in una settimana, o 10 giorni, oppure pazienti che stanno anche 2-3 giorni e poi vengono rimandati a casa, come si riesce a fare questo?

Dott.ssa Mei: Beh 2-3 giorni no, è un tempo che in genere non una, insomma... 2-3 giorni è il ricovero di un paziente che per esempio, è di competenza di un altro ospedale, che quindi viene trasferito, però non è la norma. Diciamo che la durata media per l'appunto è anche meno di 12-13 giorni perché per l'appunto risente di queste cose, ma comunque diciamo che i pazienti che, come dire, necessitano proprio di un'attenzione, stanno intorno alle 2 settimane. Quindi hanno la possibilità di partecipare a un certo numero di incontri.

Dott. Bello Fiore: Però dobbiamo, come dire... la domanda è interessante, ma dobbiamo chiederci, come dire... Quali sono le competenze che come professionisti noi abbiamo, no? Che questo un po' rimanda alla capacità clinica del singolo operatore, del singolo psicologo. Noi abbiamo l'esperienza diciamo di alcuni lustri nei servizi, significa che ci si abitua, cioè si colgono, si capiscono diciamo così anche da piccoli gesti, da poche parole, si capiscono gli elementi che in altri contesti serve più tempo. Dicevo prima che ho

lavorato sia al CSM che in una Comunità terapeutica, la mia esperienza è stata proprio questa: ho dovuto adattare la mia competenze, le mie conoscenze, che erano diciamo così, spalmate su una dimensione di cura a lungo termine... Io nella comunità ero presente, stavo lì 8 ore al giorno, potevo osservare il paziente a lungo perché la degenza in comunità va oltre un anno. Nel SPDC invece proprio perché il tempo di permanenza del paziente è ridotto, io ho dovuto modulare me stesso, cioè ho dovuto cambiare qualcosa della mia osservazione, cioè come dire, essere più partecipe ed ascoltare molto molto di più, quello che viene detto del paziente, delle persone, al briefing, la riunione... Cioè, è necessario assemblare ogni elemento visto o raccontato e tessere un veloce e incisivo progetto di cura. E' difficile spiegare, però è l'esperienza che diciamo così, ti porta a cogliere e a attribuire certi significati a certi comportamenti. La risposta non è esaustiva lo so, però si impara anche osservando come lavorano gli altri colleghi!

Dott.ssa Mei: E poi bisogna dire un'altra cosa in aggiunta. Intanto, come dire, una delle cose con le quali bisogna fare i conti facendo questo mestiere, è la voglia di riuscire. Come dire... Bisogna accontentarsi, ma non, cioè accontentarsi non è la diminuzione, cioè bisogna accettare di poter fare qualcosa e non tutto, e questa è una cosa difficilissima. Il senso di frustrazione, di dispiacere, di rabbia, di insoddisfazione che si prova quando ci si deve fermare, è una cosa con la quale bisogna imparare a fare i conti, ma è indispensabile, nel rispetto della persona, perché non riuscire a farlo è una mancanza di rispetto per quella persona tra l'altro, oltre che un danno per quella persona, quindi in qualche modo bisogna accettare di poter fare una parte e non tutto, con l'idea anche che oggi faccio una parte, domani potrò fare un altro pezzetto. Magari quella persona torna, e in un altro ricovero faccio un'altra fase, o magari quello che io ho fatto trovo il modo di trasferirlo come informazione al collega del territorio e il collega del territorio utilizza quella mia osservazione e ci continua a lavorare insomma... Questo è. Non accade sempre, non è sempre così lineare, non è sempre tutto così, ma questa è la funzione in qualche modo, (rivolgendosi al collega) no?

Dott. Bello Fiore: ricordo che all'inizio della mia carriera utilizzavo molto i test di personalità per fare una diagnosi, cosa che adesso faccio poco, però allora questi strumenti servivano soprattutto a me. Erano utilissimi, rappresentano una competenza psicologica fondamentale, ma ritengo anche che bisogna capire quando e come utilizzarli. Ad esempio, utilizzando il MMPI venivano fuori le diagnosi e ciò mi dava la certezza di essere un buon diagnosta e forse ho anche pensato di saper diagnosticare meglio dei miei colleghi mettendo in discussione le diagnosi fatte da altri colleghi. In realtà con il tempo si impara che paradossalmente tutte le diagnosi che vengono fatte dai professionisti anche se diverse tra loro, sono vere. Perché noi vediamo le persone in diversi momenti e della loro vita e in contesti diversi. Allora se al CSM viene fatta una diagnosi X, e al SPDC viene fatta una diagnosi Y, non è che si annullano a vicenda, ma si integrano! Per cui, noi facciamo un pezzo, vediamo degli aspetti, restituiamo ai colleghi quei pezzi che abbiamo visto, e poi nelle varie situazioni di gruppo le cose si rimettono insieme. Cioè, se il collega rimanda il paziente al CSM, mi dà delle informazioni, io posso anche utilizzarle, ma non devo e non posso assolutamente pensare che quello che sta dicendo il collega non sia vero. Questo è il punto. Ribadiamo il discorso della funzione intergrupale. Però prima di arrivare a nuovamente a questo discorso, sottolineiamo la **funzione terapeutica**

del gruppo serale. Se i nostri pazienti riescono a stare seduti a parlare 40 minuti, 50 minuti è un grande passo avanti. Magari qualcuno deve alzarsi, andare al bagno, andare a fumare o andare a “controllare” qualcosa nella stanza e sappiamo benissimo che non è il problema di andare al bagno o fumare una sigaretta, sappiamo benissimo che quella persona in quel momento della sua vita può stare un quarto d'ora, 20 minuti e basta. Però il giorno dopo ne resta 30, il giorno dopo magari parla, il giorno dopo ancora racconta qualcosa di sé, allora che cosa significa? Significa che quello strumento, che quel dispositivo, quel gruppo, insieme a tutto il resto non è che ha fatto il miracolo o l'ho fatto io; tutti noi abbiamo svolto una funzione terapeutica. La funzione terapeutica del gruppo serale diventa possibile efficace perché quella riunione è all'interno di altri gruppi che, a loro volta, rientrano in altri contesti gruppali. Lavoriamo anche per riconoscere e poi provare a indicare la propria intenzionalità; penso agli studi di M. Tomasello sulle funzioni e origini della comunicazione umana. ... Se io non ti capisco, non vado da nessuna parte. Il problema dei segni, il problema dei simboli diciamo... I nostri pazienti alterano, è chiaro che alterano le cose, però sempre tornando al gruppo dell'altra sera, uno dei pazienti che dice: “La cacci via, mi ha rotto, la cacci via, lei che ha le possibilità di farlo la cacci via, ogni sera ci fa sempre la stessa storia!”. Il mio intervento è stato “... proviamo a capire cosa ci vuole dire A.?” Non solo è importante provare a decifrare le parole dell'altro, ma anche fare e rifare l'esercizio del tentare di capire la motivazione, l'intenzionalità dell'altro. Pormi la domanda “dove sta l'altro”, è un esercizio continuo e necessario per noi e per i pazienti.

Dott.ssa Mei: E per esempio, in questo esempio, un altro aspetto fondamentale è che questa risposta, “proviamo a capire cosa ci dice Anna”, agli altri dice anche un comportamento così incomprensibile suscita il pensiero di spiegarsi per te. Questo vale per Anna, ma vale per tutti. Come dire, la capacità del gruppo, il sostenere il gruppo nel tollerare una persona in quelle condizioni rimanda al gruppo la possibilità che anche il proprio comportamento, come dire, disturbante, può essere tollerato e compreso e non viene invece, come dire, bandito, in qualche modo. Questa è una funzione importante, tra l'altro in una situazione del genere a volte succede che si dice “la cacci via”, a volte il gruppo invece si attrezza per cercare di tirare dentro, per sollecitare, per accogliere, e quando il gruppo si riesce ad attrezzare per accogliere, l'accudimento sorbita dal gruppo ha una funzione nel paziente molto più fruibile da parte del paziente di quello che esprimiamo noi. Cioè una delle cose tante volte, quando il paziente dice “ah domani esco”, ma che valutazione dai a questo ricovero, che bilancio ne fai eccetera, e allora molto spesso capita che i pazienti dicano “ah io quello che ho trovato stando qui, è stato il migliore, perché gli altri mi capivano, perché gli altri sono come me”, quindi questa possibilità di una comunicazione alla pari, perché è inevitabile, è così, io porto il camicie, io sono su un altro piano rispetto a quel paziente, posso fare lo sforzo di capirlo, di mettermi... Posso, devo utilizzare tutte le mie competenze tecniche, e sono una figura importante per quel paziente proprio perché porto il camicie, ma porto il camicie. Se quel paziente deve parlare della paura, e un altro paziente prova la paura, quello ha un senso di comprensione diverso da quello che ha con me, sono necessari tutti e due.

Intervento 4: Volevo chiedere su quell'esempio che lei ha citato, che poi ha citato prima... Della sera che 9 pazienti su 12 dormivano, se in quel caso il gruppo si fa per

quelli che ci sono, o se in quel caso il gruppo non si fa.

Dott. Bello Fiore: ieri sera, come dire, me la sono un po' giocata con... erano 2 quelli che stavano lì a dire “facciamo il gruppo, facciamo il gruppo”, sono stato indeciso se parlare con loro su quello che è accaduto, sul fatto che gli altri pazienti non si rendevano disponibili. E queste 2 persone continuavano a dire “ma no lei lo deve fare, lei lo deve fare... lei deve continuare a stare con noi” io ho detto “il bello di un gruppo, è gruppo quando sono 3 persone, però dovremmo rimediare altre persone... io ho fatto la mia parte, sono andato nelle stanze già due volte” quindi io ho restituito alle 2 persone presenti, una come dire non era in grado di farlo, un giovane appena ricoverato, insomma già stava lì ed era un miracolo. Ho tentato di restituire all'altro una funzione, anche giocando con le il suo dialetto che poi è anche il mio: vabbè, vuoi fare il gruppo? Io ho fatto la mia parte, vai a svegliare gli altri...” “eh vabbuò.. iam iam ”. Infine, il gruppo non si è fatto ieri sera, ma io penso di aver comunque fatto un intervento terapeutico sull'assunzione di responsabilità; ma il dire ci sono cose che le puoi fare tu così come le posso fare io, io ho il camicie, ho il potere, ma di fatto se le fai tu, le puoi fare anche meglio di me; quindi dipende anche un po' dalla situazione sostanzialmente, ce la giochiamo di volta in volta.

Dott.ssa Mei: Capita anche di fare un gruppo con 3 persone, però poi lì la valutazione... Per esempio, mi viene in mente che rispetto alla persona di cui sta parlando probabilmente anche io avrei fatto una valutazione del genere che per esempio è una persona che come dire forse avrebbe come dire un po' utilizzato una centralità, una disponibilità eccessiva nei suoi riguardi in quel momento, mentre questa operazione come dire lo richiamava più ad un aspetto, come dire, più equilibrato. Però capita anche invece di fare dei gruppi in cui si è in 3, magari se ci si rende conto che poi per 3 persone è stato già abbastanza si può interrompere prima, si può chiudere prima, però insomma si valuta di volta in volta direi.

Dott. Bello Fiore: Il punto è: formuliamo ipotesi, le formulate voi, le formuliamo noi e solo così possiamo potenziare e miglioriamo la capacità di pensare. L'altro aspetto da offrire e che possiamo chiamare funzione educativa ha a che fare con cose pratiche e quotidiane che possono essere utilizzate e sperimentate dentro il gruppo serale.

Dott.ssa Mei: Rispetto a questa funzione riabilitativa, faccio un altro esempio relativo a qualcosa di molto recente. Abbiamo ricoverato adesso da qualche giorno un paziente che è al suo secondo ricovero: il primo ricovero di questo paziente è stato un ricovero tra virgolette “falso”, nel senso che questo paziente aveva, presentava un Se con una struttura, in cui lui si presentava come abile, competente, assolutamente quasi intoccabile no? Uno che sapeva di musica, con un eloquio proprio...anche farlo tacere era un'impresa impossibile, far parlare gli altri quando c'era lui era un momento difficile. In questo secondo ricovero è arrivato in una condizione invece molto più autentica, ma molto molto molto più dolente. E allora, in qualche modo con una incapacità di parlare perché gli si accavallano i pensieri, lui al primo gruppo al quale ha partecipato ha detto “perché faccio fatica a fermare i pensieri”, e questo faccio fatica a fermare i pensieri dava proprio l'idea di un continuo andare avanti e indietro per cui non riesce a parlare, non li riesce a fermare. Allora banalmente una funzione riabilitativa di questa persona sarà, lo spero, che possa essere quella di aiutarlo a rallentare, e quindi a riprendere. Da un certo punto di

vista questa sua posizione è qualcosa che mi dà speranza, perché dico è meno falso di prima, meno costruita di prima, adesso ho a che fare con la sua sofferenza vera, tra l'altro mi spaventa, perché è una sofferenza profondissima, però l'obiettivo sarà quello di riporsi in una condizione intermedia, in questo senso riabilitativa, cioè di recuperare un po' della megalomania e della logorrea che aveva all'altro ricovero mantenendo un briciolo di contatto con queste sue emozioni più profonde e per questo dolenti, questo può essere diciamo uno degli aspetti riabilitativi del gruppo.

Intervento 5: Mi dispiace interromperla. Io avevo, ho avuto un anno fa il racconto di un'amica di mia cugina che aveva avuto un TSO, e successivamente aveva sviluppato un delirio paranoico. Insomma lei ricordava questo ricovero come un'esperienza orribile. Allora, e io dentro di me dicevo “ma come, appunto dovrebbe essere, uno dovrebbe sapere che nella collettività c'è un dispositivo per chi sta malissimo e invece diventa un'ulteriore esperienza di danno”. E allora mi chiedevo se fra le funzioni che può avere questo gruppo c'è quella invece di restituire quanto meno una piccola, una costruzione di un'esperienza anche minima di accoglienza che può rimanere nella memoria anche nei successivi momenti di difficoltà.

Dott.ssa Mei: Questo è uno degli obiettivi... E' una delle come dire, una delle cose sulle quali si tenta di lavorare. Io non credo che ci riusciamo sempre, assolutamente non credo che ci riusciamo sempre, anche perché il vivere un'esperienza del ricovero obbligatorio come un'esperienza come l'abbiamo descritta positiva significa in qualche modo accettare, riconoscere un malessere dentro di se. A volte l'accettare un malessere dentro di se è una cosa che terrorizza, che spaventa, come dire... E questa è una cosa che riguarda i pazienti come anche i familiari. A volte i familiari non vogliono, non possono vedere la sofferenza dei propri cari. Noi abbiamo ricoverato in questo momento una signora, tra l'altro un avvocato, che sta male da una vita, da tantissimo. Come dire, questa persona è arrivata adesso, per la prima volta all'osservazione, diciamo alla possibilità di una cura perché in qualche modo i familiari fin ora hanno tentato di illudersi che questa persona non aveva bisogno di cure. Ma non è che l'hanno fatto perché sono cattivi, ma l'hanno fatto perché accettare questa idea che una sorella, una figlia, come dire, sta in quelle condizioni, è una cosa che sconvolge, che fa male. Quindi come dire, potersi portare dietro un'esperienza di ricovero come un aspetto positivo, passa anche attraverso la possibilità di abbassare il livello di sofferenza, e di fargliela vivere, di aiutarla a viverla come una possibilità di riduzione del dolore... E' un obiettivo, ma non sempre lo si raggiunge.

(Pausa)

Dott. Bello Fiore: Non so se ci sono... Abbiamo ancora 10 minuti, se c'è qualche domanda. Perché in realtà quello che dice lei apre un altro grande capitolo che è quello della contenzione fisica.

Intervento 6: Cioè lei aveva proprio il ricordo di un'esperienza ulteriormente... Come dire, però anche mi chiedevo siccome lei aveva un delirio paranoico, infatti chiamava mia cugina che è avvocato perché voleva denunciare i medici che l'avevano fatta star male. Allora mi chiedevo poi se in realtà questo è possibile appunto, se effettivamente un'esperienza negativa peggiora ancora di più poi alla fine? Oppure è possibile dare qualcosa di compensativo nonostante il delirio paranoico?

Dott. Bello Fiore: Il caso è.... A volte è, ci sono tante sfumature... Però quello che mi sento di poter dire è che a volte il ricovero, soprattutto il primo ricovero, è un inizio purtroppo difficile e doloroso sia per il paziente che per i familiari. L'inizio ha a che fare anche con l'accettazione della possibilità di cura; alcune persone vengono portate al P.S. che sono in "pericolo di vita", per sé e per gli altri, quindi si interviene non solo farmacologicamente ma con la contenzione fisica quando sono agitate e non accettano i farmaci volontariamente. Purtroppo per alcune ore si rende necessario legarla, perché sennò quella persona può farsi del male. Ed è chiaro che un'operazione del genere che è dolorosa per qualsiasi essere umano, soprattutto quando non si ha la consapevolezza, la coscienza della malattia è come aggiungere benzina sul fuoco.

Dott.ssa Mei: Allora qualche volta, qualche volta si riesce anche ad arrivare alla fine del ricovero ad una ritrattazione di questa costrizione, come dire... A dire, io mi ricordo una volta in una riunione, in cui una paziente diceva "quello che io non tollero di questo reparto è che quella porta sia chiusa" e un altro paziente che era un po'... disse "meno male che è chiusa, perché se quella porta non era chiusa chissà dove stavo io ora". Allora questa comunicazione aprì in quella circostanza la possibilità che io chiesi a questa persona di raccontare la sua esperienza, ma perché dici questo, no? Come l'ha vissuto, cos'è successo? E questa persona ha raccontato che all'inizio lui voleva scappare, che questa porta chiusa era qualcosa che lui non sopportava, ma che adesso si rendeva conto che se fosse scappato avrebbe potuto correre rischi di ogni genere, dal fisico, cioè dal perdersi, dal farsi male, allo psichico, cioè perdersi psichicamente no? Quella comunicazione fatta da un altro paziente sugli altri, aveva una, cioè se lo dico io "guardate che se quella porta non è chiusa, voi rischiate" quella vi risponde "sì lo dici te che tu c'hai la chiave, vai, esci" ... Detto da un altro paziente, uno su tutti, non sempre perché capita anche che c'è il paziente che dice "sì a te t'hanno pagato per dire questo", però a volte è qualcosa che insinua il dubbio nella persona che è appena ricoverata. Oppure quando ritrattare il Trattamento Sanitario Obbligatorio, dice "io sono stata ricoverata in Trattamento Sanitario Obbligatorio", ma dico "ma adesso che ne pensa di questo Trattamento Sanitario Obbligatorio, è stato un sopruso, è stato un aiuto... Come lo vede lei ora?". A volte, la possibilità che un paziente ripercorra davanti agli altri, insieme con gli altri, questo suo percorso, è qualcosa che insinua nel paziente appena arrivato il dubbio che questo possa accadere in qualche modo a lui, cioè a volte bisogna stare attenti e dire "guardi, questo di sicuro per lei non sarà vero eh" perché quella persona ha bisogno di non perdere la faccia, ha bisogno di mantenere il tutto, però magari dentro di se questo dubbio si insinua, non sempre, non sempre capita.

Intervento 7: Rispetto alla questione del contenimento, volevo sapere se il contenimento implica anche poi un isolamento relazionale, nel senso che immagino che un paziente contenuto possa chiamare aiuto, urlare, ricercare l'attenzione degli altri. In quel caso, il personale si muove e accoglie, oppure fa finta... Non sente?

Dott. Bello Fiore: No no come no... Non viene isolato, anche se può accadere che magari resta in una stanza da solo...

Intervento 8: Però se... Cioè ci può stare qualcuno che va, e che parla mentre la persona è contenuta?

Dott.ssa Mei: C'è, c'è il protocollo questo. Come dire, le contenzioni... La contenzione è

una misura estrema, drastica, e per esperienza personale, quando mi è capitato, perché mi è capitato di assistere e collaborare a una contenzione, la percezione emotiva è una percezione dura, pesante. Voi direte “si cavolo te che non sei contenuta, ma chi sta contenuto sta peggio di te”, si sicuramente, certo sta peggio di me... Però è una emozione cioè che non ti lascia per niente indifferente, a me personalmente rimane il fastidio fisico, letteralmente. Allora le contenzioni vanno fatte secondo un certo criterio, per garantire sia da un punto di vista fisico il paziente, sia nell'atto della contenzione, sia durante la contenzione... Cioè contenere un paziente significa spesso contenerlo contro la sua volontà, quindi utilizzare una forza fisica, bisogna stare attenti a come la si dosa perché altrimenti gli puoi far male. E anche durante la contenzione, le fasce devono fermare, non ferire, e questa è un'altra funzione. Quindi c'è un protocollo con delle regole che bisogna seguire e con delle regole che bisogna seguire anche quando il paziente è contenuto, per cui una delle regole è che gli infermieri, e anche ovviamente i medici, devono andare ogni tot tempo a verificare le esigenze del paziente, e ogni tot tempo è ogni tot minuti, andare al letto del paziente e vedere se il paziente ha bisogno di bare, di fare pipì, di stare... I medici devono valutare ogni cambio turno se la contenzione deve essere proseguita o se si può sospendere, io medico che prendo servizio e trovo un paziente che è stato contenuto mezz'ora fa, non posso dare per scontato che è contenuto, devo andare al letto del paziente e valutare se doverlo lasciare contenuto o se lo posso “scontenere”. E questi sono degli strumenti che come dire tentano di ridurre il rischio che quella contenzione sia vissuta come un'umiliazione, come una prevaricazione.

Intervento 9: Perché penso che possa succedere nel momento in cui un reparto non è così affiatato, dove non c'è anche tutta questa distribuzione dei compiti e della responsabilità, cioè ognuno si può assumere la responsabilità di quello che succede, almeno questo è quello che arriva da qui, possa succedere che le persone si difendano da queste situazioni e che poi si arrivi a quello di cui stava parlando la collega, quindi al...

Dott.ssa Mei: Assolutamente sì. Cioè io credo che c'è anche un altro rischio, che questa cosa viene aumentata quando si fa ma non si dice. Allora io sono molto preoccupata quando sento dire “noi non conteniamo”. Preferisco che lo dici e mi dici quando... Cioè la contenzione fisica del paziente è la sconfitta dell'operatore. Io arrivo a contenere un paziente quando non ho trovato nessun altro strumento per arrivare a comunicare con lui. E non l'ho trovato io. Perché il compito di trovare un livello di comunicazione col paziente è mio.

Intervento 10: Sempre rispetto a queste tematiche che sono un po' quelle più, anche, difficili da discutere soprattutto in un'aula, perché magari c'è la tendenza un po' a parlare delle cose belle, della parte più preziosa. La cura del paziente o della persona con disabilità psichiatrica implica anche una forte incapacità della stessa persona di prendersi cura di se ai livelli più basilari, quindi parliamo dell'igiene, parliamo dello sporco...

Dott.ssa Mei: Del lavarsi, di farsi la doccia...

Intervento 11: Del lavarsi, del vestirsi anche, del non girare nudi spesso, del coprirsi. E da parte del curante c'è molto... Capisco che ci sia anche una difficoltà poi nel non andare a trattare il paziente come un bambino quindi nel non sostituirsi a lui nel fatto che lui si prenda cura di se, e quindi questo può creare delle zone d'ombra a livello morale, cioè si può lasciare un paziente non... In condizioni igienico sanitarie nell'attesa che il paziente si

prenda cura di se oppure lo si fa finché lui non è in grado?

Dott. Bello Fiore: Assolutamente sì, noi abbiamo il compito della cura! Come operatori in un reparto dove non ci sono solo gli psicologi, non è che si fa solo mente. Poi mi colpisce che siete focalizzati sull'aspetto non psicologico, ma va bene. Forse è quello che non conoscete... Abbiamo tentato di portarvi un modello di intervento psicologico, e la buttate sul medico! ... Mi colpisce quest'ambivalenza diciamo di noi psicologi...

Prof. Marinelli: Scusate se mi permetto di inserirmi. L'idea psicologica che potrebbe essere presa in considerazione è che la sporcizia ha un potere coesivo e contenitivo, la propria sporcizia potrebbe essere sentita in questo modo e toglierla potrebbe essere depersonalizzante o che colpisce.

Intervento 12: Comunque crea distanza, è una cosa che a modulare anche il rapporto...

Dott. Bello Fiore: è chiaro che non si può lasciare una persona come dire, con le croste addosso, sporca, dobbiamo provare in tutti i modi possibili, anche con la lettura chiaramente di quello che sta accadendo, con tutte le contrattazioni possibili, perché proprio con la paziente di cui prima che non si lava da 10 giorni, e noi un giorno le diciamo “ti devi lavare, ti devi lavare, ti devi lavare”, arriva la figlia, ti lavi con tua figlia. Si arriva poi alla contrattazione, lei dice “io sto in trattamento sanitario volontario (TSV)!”, “tu non puoi obbligarmi a niente! mi lavo a casa mia, quindi se tu vuoi che io mi lavi, mi devi rimettere in TSO!”. Allora è chiaro che questo discorso ha un grosso senso, c'è una grossa possibilità di conoscenza, di scambio di psicologico, di significare, ma non bisogna dimenticare che da noi arrivano anche persone in gravi situazioni di degrado sociale.

Prof. Marinelli: Però la trattativa sulle regole evidentemente è una negoziazione lunga e difficile...

Dott.ssa Mei: Lunga e difficile che risponde, cioè che è diversa a seconda della persona che hai davanti, a seconda della situazione... Cioè Anna la doccia per forza non gliel'abbiamo fatta ancora. Può capitare che noi dobbiamo fare una doccia per forza, perché per esempio, adesso, per dire, ma può arrivare un paziente coperto di feci. Allora in qualche modo bisogna pure tener presente sia lui... (rivolgendosi a una collega) Ha avuto qualche esperienza?

Intervento 13: No solo volevo portare un esempio alla collega... Io lavoro in ospedale da parecchio tempo ormai, ho girato parecchi reparti, non solo quelli psichiatrici. E posso assicurare che si lava il paziente, l'operatore sanitario si sostituisce al paziente in qualsiasi reparto, che sia una chirurgia, o una medicina...

Intervento 14: adesso spiego perché senno poi sembra... Io faccio la volontaria in un reparto psichiatrico, in un SPDC e riporto cose che mi vengono anche da quello che io da volontaria, quindi da persona esterna, ho visto...

Dott.ssa Mei: Però questo discorso è un discorso molto importante, al quale non c'è la risposta “si fa così”, cioè si fa di volta in volta scegliendo. Anna, cioè la signora di prima, non solo questa di informazione ha dato, l'altro giorno mi ha chiesto di telefonare alla figlia, io ero nella stanza, quindi l'ho fatta chiamare la figlia e le ha detto “ma quando ti decidi a venire qua e a dire che mi vuoi a casa perché io sono la tua mamma e allora mi vuoi a casa con te? Io qui non mi posso lavare, perché la doccia è troppo stretta.” Questa signora è un lottatore di sumo. “Non mi posso inclinare, non mi posso lavare i piedi, e se

non mi posso lavare i piedi che mi lavo a fare che io cammino sempre?” E poi... Allora finisce la comunicazione e io le dico “Anna, però se la doccia è troppo stretta, c'abbiamo la vasca. Può usare la vasca, è comoda, si fa un bel bagno, le diamo il bagnoschiuma!” “No no, io mi faccio la doccia, e io lavo la schiena a mia figlia e mia figlia la lava a me!”. Allora, la comunicazione qua è “Io una cosa così intima la faccio a casa mia, la faccio con mia figlia, perché devo ritrovare questa unione stretta stretta con mia figlia, che ho”, perché è uno dei problemi di Anna, con la figlia “e qua io con voi non la posso avere!”. Quindi in questa comunicazione “non mi faccio la doccia”, perché Anna in altri periodi se l'è fatta la doccia in reparto, ha usato la doccia, non è vero che è poi così stretta, però c'è una comunicazione sul momento attuale, allora in base a questo scegli se puoi forzare tanto, se puoi forzare poco, se devi forzare tanto, perché poi devi pure tenere presenti gli altri che non possono campare con l'odore delle feci nella stanza. Quindi insomma questi sono tanti elementi che devono entrare in gioco, quindi non c'è un “si fa così”, ogni volta ti devi domandare come... Per cui tutto sommato è vero che è un aspetto medico, ma è anche un aspetto psicologico.

Prof. Marinelli: No l'unica osservazione che vorrei fare su, credo che stiamo oltre il nostro tempo e che dobbiamo salutarci se non sbagliamo, non l'abbiamo mai fatto di stare...

Dott. Bello Fiore: siamo fuori perché a noi ci aspetta il reparto

Prof. Marinelli: No volevo dire... Cioè sì, la contenzione ha a che vedere con questa prospettiva personale dell'operatore che mi sembra giusto che si sforzi sempre di pensare, di non essere riuscito a pensare e a contenere quel paziente. Però mi scuso, ma volevo anche dire la differenza tra... Sono io o ci viene da casa, non so come spiegare, cioè questo rilanciare a tutti i costi che dipende da me, mi sembra anche che è un binario no? Una rotaia è bene che dica questo, però ce n'è un'altra che dice questo paziente ha bisogno di essere contenuto fisicamente.