

Il "Modello Casoria"

Il Centro Diurno Agorà e alcuni problemi di fine percorso - La storia di Maria*

1. Premesse	2
2. Riflessioni sul modello dei tre fattori (o <i>bio-psico-sociale</i>)	3
2.1. Applicazioni del modello dei tre fattori nei servizi pubblici, privati e del privato sociale	3
2.2. Applicazioni del Modello dei tre fattori a Casoria e nelle altre strutture di Integrazioni	4
2.3. Il tempo della cura dei pazienti gravi previsto dal legislatore	5
3. Organizzazione del CD Agorà di SIPI - Integrazioni	6
4. Il Video	6
4.1. L'ultimatum della ASL e il concetto di Fine Percorso	6
4.2. Storia di Maria	7
4.3. Il sintomo attuale	7
4.4. Verbatim del video - Gruppo Prof. Ariano del 28/09/16	8
5. Commento al verbatim	10
5.1. Oltre l'intrattenimento per una scelta consapevole di guarire o restare malati	10
5.2. Il tipo di lavoro quando si ha sullo sfondo la chance della ristrutturazione	11
5.3. Il lavoro e i tempi necessari perchè sia possibile arrivare a poter scegliere di guarire	11
5.4. La supervisione dell'equipe, essa stessa in ristrutturazione permanente	11
6. Problemi di fine percorso	12
7. Conclusioni	14

Bibliografia

**Questo articolo raccoglie in parole scritte la parte dedicata al Centro Diurno di un intervento tenuto con i colleghi della Residenza al convegno nazionale della ISPS nel Novembre 2016 organizzato dal gruppo SIPI-Integrazioni a Napoli. La proiezione di un video di una seduta di gruppo condotta dal Prof. Ariano, nel mostrare il modo in cui si lavora con il Modello Strutturale Integrato, faceva da stimolo per una riflessione sulle malattie mentali e sulla loro cura a partire dalle difficoltà che incontriamo in alcuni punti per noi cruciali del trattamento dei pazienti gravi. Nella trascrizione dei dialoghi qui riportata, naturalmente, viene persa la sostanza delle comunicazioni non verbali.*

1. Premesse

Si indirizzano comunemente ad un trattamento psicoriabilitativo in residenza o centro diurno pazienti psichiatrici per i quali si ritenga

- che la psicofarmacoterapia non sia sufficiente ad una gestione ambulatoriale della psicopatologia
- che la gravità della psicopatologia richieda un intervento esteso nel tempo e diverse figure professionali che concorrano alla sua realizzazione

Si perseguono obiettivi generali

- comprensione, gestione e riduzione degli aspetti sintomatologici più eclatanti
- recupero della autonomia nella cura elementare del sè e del proprio ambiente di vita
- recupero della socialità elementare e reinserimento nella vita sociale del suo ambiente
- avvio o reinserimento nella vita lavorativa
- ricerca della autonomia abitativa
- apertura ai legami affettivi intimi

Si utilizzano come strumenti

- psicofarmacoterapia, psicoterapia *di sostegno* (individuo, famiglia, gruppi)
- Vicariamento, sostegno, apprendimento della cura del sè, della organizzazione del tempo, degli aspetti ludici e della socialità (*psicoriabilitazione*)
- *Laboratori* per il recupero di abilità e addestramento al lavoro
- interventi psico-educativi individuali e familiari
- Assistenza nei rapporti con familiari, con enti e con istituzioni
- Assistenza all'autonomia abitativa e all'inserimento lavorativo

In realtà c'è sconforto e diffusa sfiducia di pazienti, famiglie, operatori della salute mentale ed istituzioni nella possibilità di guarigione dalla malattia mentale nelle forme che giungono in strutture residenziali e semiresidenziali. Tale diffusa sfiducia si infila più o meno sotteraneamente condizionando l'agire di tutti e il futuro; se venisse portata più in luce potrebbe essere valutata e discussa e le conseguenze sarebbero forse meno perniciose. La letteratura internazionale circa gli esiti della patologia grave non è affatto sfavorevole in più indica che la diagnosi psichiatrica, anche quando è molto grave, non è in alcun modo predittiva degli esiti (Carozza P., 2014, pag. 130). La domanda da porsi allora potrebbe essere: *se è la malattia mentale inguaribile o piuttosto sono gli strumenti a non essere commisurati alla serietà del problema*: scarsità dei fondi per la ricerca e per la assistenza, problemi sulla identificazione delle figure professionali necessarie, battaglia fra modelli teorici diversi e modelli operativi diversi, non condivisione dei criteri di guarigione, arbitrarietà burocratica dei tempi previsti per i ricoveri. Al di là dei proclami, sotto gli occhi di tutti c'è che

- La psicofarmacoterapia e la figura dello psichiatra permangono centrali e la farmacoterapia è pensata come somministrazione cronica¹
- La organizzazione del tempo, degli aspetti ludici e della socialità sono spesso un vestito che copre un intrattenimento fine a sé stesso, la autoreferenzialità o la tranquillità del clima della comunità
- L'addestramento alla autonomia e al lavoro tramite i *laboratori* si concretizza spesso in progetti che non potranno realisticamente essere spesi dai pazienti nel loro futuro
- L'inserimento lavorativo è in forme di natura assistenziale e precaria, in sostanza un miraggio, come l'autonomia abitativa

2. Riflessioni sul modello dei tre fattori (o *bio-psico-sociale*)

In psichiatria il *Modello dei tre fattori* è un modello eziologico e terapeutico; esso prevede che per generare la malattia mentale, come per incidere su di essa, siano necessari tre strumenti, adatti ai tre diversi livelli che concorrono sfavorevolmente nel realizzarla

- Fattore biologico > Psicofarmacoterapia
- Fattore psicologico > Psicoterapia
- Fattore sociale > Assistenza sociale

Il modello è comunemente pensato in una forma che elenca i tre fattori senza specificare l'ordine gerarchico né il tipo di relazione che tiene fra loro gli elementi (la formula strutturale), e ciò sia riguardo agli aspetti eziologici che terapeutici: ad esempio ... temporalmente quale prima e quale dopo, il più e il meno determinante, chi influenza chi e quanto, il più facile e il più difficile da modificare, in modalità circolare o lineare. Senza specifiche è possibile per tutta la comunità scientifica e per chi opera in salute mentale riconoscersi nel modello e dichiarare di aderirvi, come di fatto succede.

2.1. Applicazioni del modello dei tre fattori nei servizi pubblici, privati e del privato sociale

Al di là delle dichiarazioni verbali possiamo rintracciare la formula strutturale con cui viene utilizzato il grande ombrello del modello detto bio-psico-sociale, sotto il quale tutti ci raccogliamo, da alcuni indicatori indiretti che la svelano e ci aiutano a ragionare.

Le statistiche dell' OMS sulla assistenza psichiatrica pubblica in Italia paragonata alla media europea segnalano questi dati: psichiatri 9,8 ogni 100.000 persone contro 12, infermieri 33 ogni 100.000 contro 49,

¹ Il padre di un paziente schizofrenico di circa 28 anni ricoverato nel nostro CD, essendo egli stesso psichiatra e direttore di un CD della ASL, fu consultato per correttezza, da me come farmacologa, per una riunione con il supervisore di equipe e con il supervisore di istituto in cui volevamo proporre e discutere dei cambiamenti della terapia farmacologica del figlio che gestiva lui stesso da molti anni e che non trovavamo in linea con la fase del processo terapeutico. Ci disse con disprezzo "... a voi compete insegnare a mio figlio a farsi la barba, lavarsi e pisciare nel vaso ... questa è la riabilitazione ... i farmaci restano quelli che ho prescritto e la schizofrenia non guarisce". Alla fine della riunione capovolsse completamente la posizione acconsentendo alle modifiche proposte mentre restavamo esterrefatti

assistenti sociali 6 ogni 100.000 contro 75, psicologi 3 ogni 100.000 contro 23 (in Carozza P., 2014, pag. 99). Mentre in Europa sembra sia la dimensione sociale della malattia ad essere quella più considerata, in Italia medici e infermieri sono, come si vede, notevolmente più rappresentati negli organici rispetto ad assistenti sociali e psicologi, indicando l'importanza primaria data nei fatti al fattore psicofarmacologico e custodialistico; solo in seconda posizione, a lunga distanza, è considerato il fattore sociale e buon ultimo il fattore psicologico. La confusione è ingenerata dal fatto che, con grave danno per la disciplina psicoterapeutica ma soprattutto per la speranza dei malati, si confondono le acque circa l'importanza realmente data al fattore psicologico passando quello che un tempo veniva chiamato il *sostegno psicologico* come *trattamento psicoterapeutico*. Fra questi due tipi di intervento passa la differenza che c'è fra una stampella per qualche lieve e transitorio problema ad un arto inferiore e una serie di delicati interventi chirurgici per rimuovere un tumore dell'arto per poi ricostituire l'osso e permettere infine alla persona, dopo lungo trattamento fisioterapico, di tornare a camminare. Ragionando su questi dati possiamo dire

- che con gli organici previsti nei servizi pubblici italiani non è possibile sostenere trattamenti psicoterapeutici propriamente detti e il sostegno psicologico, se c'è, è affidato alla buona volontà di pochi singoli; i dipartimenti di salute mentale, quando i dirigenti sono illuminati, puntano ad una *custodia/assistenza* più umana, dove la contenzione fisica manicomiale sia sostituita dalla camicia di forza farmacologica e i pazienti siano *intrattenuti* e non abbandonati a sè stessi.
- che in Campania nelle strutture residenziali e semiresidenziali del privato e del privato/sociale, queste ultime affidate a cooperative con direzione medica delle ASL², sono in vigore sostanzialmente gli stessi principi che troviamo nel servizio pubblico. La *cura* resta confinata al livello biologico - psicofarmacologico della gestione dei sintomi; la psicoterapia, quando è prevista, è del tipo *di sostegno*. Le persone vengono sedate, indottrinate o addestrate, mortificandone il livello umano con strumenti (psicofarmacoterapia, sostegno psicologico, tecniche comportamentali e riabilitazione di intrattenimento) che, anche quando siano adottati in modo scrupoloso, non sortiscono i risultati attesi: i fatti dicono che con gli strumenti suddetti mediamente sono raggiungibili i primi due obiettivi citati in premessa e forse parzialmente il terzo, stabilizzando con ciò i pazienti verso la cronicità e giustificando la paura e la sfiducia di pazienti e di famiglie.

2.2. Applicazioni del Modello dei tre fattori a Casoria e nelle altre strutture di Integrazioni

² Le strutture residenziali e semiresidenziali del gruppo SIPI-Integrazioni (coop. sociale onlus) sono a Casoria - NA. Nascono fra il 1998 e il 2000 e dopo lunga battaglia riescono ad autonomizzarsi: non vi lavora alcun dipendente ASL, i suoi dipendenti sono psicoterapeuti (psichiatri e psicologi) e counsellor tecnici della riabilitazione psichiatrica, oltre alla assistente sociale e a due infermieri, tutti in formazione continua con il M.S.I.; ha propri organi dirigenti. Il paziente è preso in carico anche farmacologicamente. Nel 2016, dopo lungo e burrascoso iter ottiene, unica struttura della ASL NA2 Nord, l'accreditamento regionale. Le possibilità di lavoro con i pazienti e la sua stessa sopravvivenza sono in ogni caso legate alla disposizione di invio di pazienti da parte delle ASL oltre che ai tempi di dimissione da essa dettati: i pazienti, in palese conflitto con l'art. 32 della Costituzione sulla *libertà di scelta del luogo di cura* e diversamente che per qualsiasi altra patologia, non possono *scegliere* di curarsi in questa struttura.

In rare realtà, come la nostra, il fattore psicologico è l'asse portante intorno a cui ruota tutto il progetto di cura; l'aspetto sociale e quello psicofarmacologico sono integrati con la formula di essere sotto - ordinati e al suo servizio; alla cura psicologica si dedica gran parte delle energie ed è previsto in organico un numero adeguato di specialisti in psicoterapia lungamente formato al lavoro con i pazienti gravi. Se ne esistono altre di realtà come la nostra, certamente fanno come noi molta fatica a sopravvivere: per le strutture che praticano sostegno psicologico, per quelle che praticano psicoterapia di ristrutturazione e per quelle che non offrono nè l'uno nè l'altro servizio la retta regionale è la stessa, ed è pagata con i tempi del SSN.

2.3. Il tempo della cura dei pazienti gravi previsto dal legislatore

Nell'esaminare il problema che ci siamo posti

se, piuttosto che guadagnare la comoda ed a breve termine economica posizione della inguaribilità della malattia mentale, dovrebbe sorgere il dubbio che le pratiche e le teorie adottate non sono commisurate alla serietà del problema e ci si dovrebbe impegnare a cercarne altre

non va trascurato il *fattore temporale* che viene esemplificato nel caso della paziente di cui tratta questo articolo. In 18-36 mesi il paziente andrebbe dimesso, salvo il mortificante elemosinare, da parte di centri diurni e residenze, proroghe che vengono concesse dalle ASL quando il paziente è particolarmente problematico e non si hanno altre alternative. Avendo alle spalle la lunga battaglia antimanicomiale, preoccupati del fantasma di una istituzionalizzazione protratta a beneficio di chi gestisce centri diurni e residenze piuttosto che dei pazienti, nello stabilire i limiti temporali sembra che il legislatore non abbia contezza nè della rivoluzione personale e familiare necessaria per uscire dal tunnel della malattia mentale, nè della lunghezza ed incertezza dei tempi di cui ha bisogno chi in questa rivoluzione si impegna. D'altra parte gli specialisti dei dipartimenti, che di questi problemi certamente hanno esperienza, sembrano togliersi ogni responsabilità verso i pazienti e la professione appellandosi a quei vincoli di budget per negare il prosieguo di un percorso di cura³. In medicina questa pratica non esiste per nessuna altra malattia umana, non è possibile neanche immaginare che alla persona affetta da un tumore, più o meno maligno, si programmi la sospensione di un trattamento perchè il *tempo previsto è scaduto*. Al contrario in salute mentale viene mantenuto comunemente con disinvoltura l' automatismo burocratico circa le dimissioni, nonostante non ci sia concordia a livello di comunità scientifica nè su cosa sia la malattia mentale nè su cosa intendere per guarigione (P. Carozza 2014 p. 192.). Osserviamo inoltre almeno nella nostra zona, in disprezzo di principi solidi come quelli di *rapporto fiduciario* e *continuità terapeutica*, un fatto strano: in barba alla norma

³ Tartaglione S. in Malinconico 2015 (pag. 236-241); Ferrannini L. in Giusto 2015 (pag 247-252), Corulli M. in Malinconico (pag 83-84)

riguardante i limiti temporali ma in ordine con la burocrazia, si dimettono pazienti da una struttura e si inseriscono rapidamente in una altra struttura.

3. Il CD Agorà di SIPI-Integrazioni

Accenno in modo schematico alla realtà del CD della coop. soc. Integrazioni onlus, accreditata con il sistema regionale campano per 20 posti. In questo momento sono in carico 19 pazienti; la loro età, escludendo i due estremi 14 e 48 anni, si aggira fra i 24 e i 35 anni. Il CD è aperto dalle 8.15 alle 17.15 e dal lunedì al sabato per tutto l'anno, ad eccezione dei giorni *rossi* del calendario. Le attività psicoterapeutiche del CD prevedono 25 ore settimanali di psicoterapia per ogni paziente, un Gruppo familiari mensile, un Gruppo tirocinanti mensile (in programma di divenire quindicinale). Le diagnosi di ingresso sono formulate dal servizio pubblico che invia il paziente con determina individuale; allo psichiatra referente ASL relazioniamo semestralmente e chiediamo le proroghe; solo con alcuni di essi è possibile dialogare. Riteniamo la diagnosi molto importante, ma di queste diagnosi basate sul DSM IV facciamo poco o nessun conto, in linea con gli orientamenti di chi lavora in riabilitazione e della letteratura sulla inesistente correlazione fra diagnosi medica ed esiti. Utilizziamo il M.S.I. (Modello Strutturale Integrato) per disegnare, correggere e modificare la diagnosi in base a come il sistema individuale e familiare è organizzato inizialmente e a come muta lungo il tempo del trattamento, sviluppandosi nell'interazione paziente/famiglia/comunità curante. La giornata è scandita da attività strutturate in cui strumenti con caratteristiche e specificità diverse (lavoro, attività di svago e culturali, vacanze, psicoterapia di gruppo, familiare ed individuale etc ..) vengono utilizzati dalla equipe perseguendo un progetto, stabilito per ogni paziente, steso sulla base di una diagnosi secondo il M.S.I. e valutato in itinere nei diversi livelli di riunioni settimanali.

4. Il Video

Il video che vi mostrerò è un estratto della registrazione del lavoro di supervisione generale in gruppo del 28/09/2016. E' un gruppo molto importante per tutti noi: due ore di lavoro di supervisione generale in cui tutti i livelli della comunità curante ogni mercoledì si riuniscono: pazienti, tirocinanti (medici e psicologi allievi della scuola di specializzazione in psicoterapia integrata secondo il M.S.I.; talvolta laureandi in psicologia), *counsellor tecnici della riabilitazione psichiatrica*, psicoterapeuti, responsabile, supervisore di equipe e supervisore generale (Prof. Ariano). Talvolta sono presenti pazienti in preingresso con i familiari, li invitiamo per iniziare a fare conoscenza del nostro modo di lavorare. Il video è centrato sul lavoro di ristrutturazione con Maria; il suo caso può aiutarci a riflettere su alcuni dei problemi cosiddetti di *fine percorso* accennati in precedenza e su come sfavorevolmente possono incontrarsi le visioni di curanti, famiglia ed ASL committente.

4.1. L'ultimatum della ASL e il concetto di Fine Percorso

L'ASL di provenienza ha annunciato che non verrà rinnovata la proroga e alla fine del trimestre Maria dovrà lasciare il CD; siamo certi che non riusciremo a strapparne una altra di proroga, ma Maria non è ancora autonoma; noi pensiamo che per come sta, se decide di separarsi emotivamente dalla famiglia potrà lavorare, lasciare il CD e pagarsi una psicoterapia ambulatoriale per imparare a gestire le difficoltà del mondo esterno; stiamo pensando di proporle una frequenza gratuita per non perdere il lavoro fatto fin qui. Il *fine percorso* non è qualcosa di oggettivo: è un concetto legato alle idee, più o meno consapevoli e ragionate, che in un gruppo si hanno su chi è l'uomo normale (antropologia), come ci si discosta dalla normalità (psicopatologia), come si cura questa distanza dalla normalità (psicoterapia, psicofarmacologia, riabilitazione ...?), cosa consideriamo guarigione (scomparsa dei sintomi, capacità di accudirsi a livello di autonomia elementare,

recupero o acquisizione di una vita sociale elementare o estesa?, di una vita lavorativa, della possibilità di legami affettivi intimi?). Come si accennava precedentemente, il *fine percorso* di un paziente psichiatrico, al di là di ogni riflessione, che sarebbe dovuta a degli esseri umani, è piuttosto nei fatti un concetto burocratico/amministrativo che detta un tempo molto lontano dalla realtà della malattie mentali. Le scadenze temporali, di fatto, incidono pesantemente, come nel caso di Maria, quando si giunge ad un punto cruciale in cui il paziente deve fare un passo difficile in contrasto con regole inconsapevoli del sistema familiare e con le convinzioni profonde degli psichiatri e della società sulla inguaribilità della malattia mentale.

4.2. Storia di Maria

Maria, quinta di nove fratelli, nubile, mai fidanzata, diploma di ragioneria, con difficoltà conclude gli studi. Iscrittasi all'università, non ha mai sostenuto esami. La personalità è descritta come caratterizzata da una riservatezza che diventa nella tarda adolescenza ritiro sociale sempre più marcato. Intorno ai 26 anni non sostiene più il lavoro di ufficio che faceva allo studio del fratello libero-professionista. In occasione di una malattia del padre aumenta la trascuratezza della persona, inizia a delirare, sono presenti allucinazioni uditive, rallentamento motorio, inattività estrema e mutacismo. A 35 anni al primo contatto con la psichiatria viene fatta diagnosi di disturbo schizoaffettivo e le vengono prescritti: neurolettici, ansiolitici, antidepressivi di seconda generazione. Per assenza di risposta ai farmaci prescritti ambulatorialmente viene ricoverata in un centro diurno di una casa di cura psichiatrica privata convenzionata col SSN. Dopo tre anni la paziente viene dimessa ma il quadro clinico è immutato. Nel 2008 ha circa 40 anni quando, al primo contatto col nostro centro diurno rifiuta l'inserimento promosso dai genitori con una crisi di agitazione consistente e aggressività essenzialmente verbale. Si decide per un percorso domiciliare di avvicinamento che avviene non senza problemi e resistenze da parte sua: prima accetta di iniziare un percorso di psicoterapia di famiglia al nostro centro ambulatoriale, poi l'inserimento in CD a tempo parziale e infine a tempo pieno. Maria, che ha oggi 48 anni, la vediamo ora come una persona riservata e intelligente che preferisce relazionarsi in modo educato e formale a chiunque. Nessuno direbbe che è una paziente; viene in cd con la sua auto e guadagna qualcosa svolgendo servizio di accompagnamento per una altra ospite più grave; lavora al bar interno *Bouvette* in posizione di maggiore responsabile e ne porta la contabilità al pc; cucina per i dottori tre volte alla settimana e tiene molto ai loro commenti perchè è una persona che vuole far bene le cose; sa cucire e si occupa di lavoretti che si rendono necessari in cd facendo talvolta da tutor ad altre compagne se le viene affidato il compito troppo spesso sostituendosi del tutto a loro; non si coinvolge nelle relazioni con gli altri pazienti o con gli operatori ad eccezione di ciò che riguarda il lavoro ed è una grande lavoratrice, affidabile e responsabile; è benvoluta da tutti, anche se lei non se ne accorge. Nella sostanza permane distante e diffidente, non si arrabbia con nessuno se non raramente quando vede per l'ennesima volta lesa qualche suo diritto sul lavoro. Funziona bene in un mondo protetto, nel quale i compiti da svolgere siano assegnati e governati; i contatti prevedibili, limitati, anaffettivi; le diatribe risolte delegando alle figure di riferimento. A casa sua si mantiene silenziosa e distante con i genitori che si lamentano di questo come pure del fatto che mentre al CD è sempre in attività, a casa è indisponibile alla collaborazione nelle faccende domestiche.

4.3. Il sintomo attuale

In questo momento storico la situazione economica e sociale già gravemente sfavorevole per l'inserimento lavorativo delle persone senza problemi di salute mentale, per i pazienti mentali è drammatica e pesa come un macigno sulla capacità di mantenere la speranza nel futuro per i pazienti e per le famiglie. Il progettare con loro un futuro lavorativo possibile talvolta sembra un raccontar favole e dire pietose bugie che incoraggiano le illusioni proiettando un miraggio. In questa condizione cerchiamo di mantenere viva la speranza e di adoperarci con gli scarsi mezzi che abbiamo (conoscenze e risorse personali di chi lavora in istituto o delle famiglie dei pazienti, annunci di cui abbiamo preso visione casualmente, laboratori di ricerca

di lavoro in internet). Così un terapeuta, pensando a Maria, ha contattato per informazioni una sartoria della nostra zona di cui aveva saputo che cercava una lavorante; si è poi iniziato in molti setting (terapia individuale, di gruppo e quotidianità della vita in cd) un lavoro con lei sulla scelta di telefonare personalmente per andare al colloquio previsto. Maria non l'ha ancora fatto. Aveva già rifiutato altre occasioni di colloqui lavorativi: un lavoro in un call-center, sentendosi impreparata; un altro come badante di un anziano dicendo in modo sdegnoso (proviene da una famiglia di un piccolo imprenditore edile, ha un fratello commercialista) che se doveva fare la badante la faceva a casa con i suoi genitori. Per lo più taceva quando, programmando per il futuro di avviare una piccola trattoria come occasione di lavoro per i pazienti, si faceva il suo nome come cuoca. Vedrete come il conduttore, con l'aiuto del gruppo pazienti, ingaggia una specie di garbata guerra con lei per passare dalle razionalizzazioni superficiali al suo problema di fondo in questo momento: le relazioni umane e la responsabilità di scegliere circa la sua vita (più che obbedire ai progetti formulati da altri, famiglia, ASL o centro Diurno). Il lavoro non è solo con Maria: è un lavoro con le difese individuali e di gruppo svolto declinando molti livelli (livello dei singoli individui e il livello del gruppo; linguaggi di esistenza cognitivo, fantasmatico, emotivo e somatico; livello spontaneo e riflesso). Il clima di dialogo intimo che si crea progressivamente indica che si rispetta la media emotiva del gruppo. L'agitazione somatica dei più gravi viene accolta con tolleranza restando così contenuta. I membri avanzati sono spinti a stimolare quelli più indietro nel processo terapeutico; il conduttore coinvolge alcuni piuttosto che altri rivolgendosi con battute rassicuranti a qualcuno o congruenti a qualcun altro, prendendosene cura ove c'è necessità, senza perdere di vista il problema di Maria ma tenendo conto che ognuno deve poter crescere nel dialogo secondo le potenzialità e i mezzi che possiede. Una chiacchierata all'apparenza fluida e scorrevole ed in realtà praticata sulla base di precisi criteri osservabili. Per il singolo individuo e per dove sta il gruppo come totalità si hanno chiari sullo sfondo

- diagnosi di struttura
- gravità
- progetto terapeutico
- fase del processo terapeutico

4.4. Verbatim del video - Gruppo Prof. Ariano del 28/09/16

I partecipanti sono disposti nella grande aula magna in due cerchi concentrici, in quello più interno oggi ci sono i pazienti, seduti, e il prof. Ariano in piedi che gira alle loro spalle passando dall'uno all'altro nel dialogo con loro; nel cerchio esterno gli altri.

- Ariano: Maria come mai non hai telefonato alla sartoria?
- Maria: ... non mi sento di andare a fare la sarta (lunghi silenzi e lentezza di eloquio durante tutto il gruppo) perchè comunque ho i miei limiti non saprei gestire a pieni voti ... non saprei gestire .. se avessi fatto la scuola di sarta ... dalle mie parti (con sussiego) ... per essere non sono una sarta finita (termina la frase con umiltà)...
- Ariano a Massimiliano: Massimiliano che ne pensi? pensi che maria è capace a fare o no?
- Massimiliano:penso che è capace
- Ariano: è questione della scuola di sartoria che non ha fatto?
- Salvatore: no dottore si mette paura di stare con chi non conosce ...
- Maria: ... (con altezzosità) per quanto mi riguarda ... qualsiasi lavoro ... avrei paura ... mi dovrei ambientare
- Ariano: Maria quindi hai paura di andare in un ambiente nuovo?
- Maria: dipende che tipo di lavoro è ... in questo ambiente
- Ariano: ... ma hai paura?
- Maria: ... sicuramente ...
- Ariano: ma se li conoscessi andresti?

- Maria: ... non lo so ...
 - Ariano: Massimiliano stai ascoltando? sta dando la risposta?
 - Massimiliano: no secondo me .. (il gruppo sostiene Massimiliano con un brusio; parecchi si stanno agitando un poco sulle sedie per la ostinazione di Maria a non entrare in discussione e per i suoi lunghi silenzi; i più gravi si alzano, camminano un poco e si risiedono ...)
 - Ariano: .. il problema di Maria è chiesa e casa ... chiesa e casa ... ma il problema suo è che non sa cucire o le relazioni umane? .. che ne pensa Maria?
 - Maria: (nuovamente con sussiego e un poco svalutante) ma io se stessi lì ... non mi creerei il problema di socializzare dovrei solo fare il mio compito ... non socializzare ... fare il mio compito e farlo bene...
 - Ariano: ma tu hai problemi o no a *socializzare*?
 - Maria: maahh ... io non mi porrei il problema ... non socializzo con questo ... non socializzo con quell'altro
 - Ariano: cioè te lo chiedi o scappi dal problema?
 - Maria: no .. non me lo chiedo ..
 - Ariano: cioè?
 - Maria:stando nel mio io non me lo creo ... se gli altri non mi vogliono ... io non mi creo il problema se mi vogliono o non mi vogliono ...
 - Ariano: Massimiliano che sta facendo Maria?
 - Massimiliano: ... sta trovando parecchie scuse per non dire che non lo vuole fare
 - Ariano: Cristian che sta facendo Maria?
 - Cristian: ... sta trovando scuse
 - Ariano: ... Enzo?
 - Enzo: idem
- (Federica G. si agita sulla sedia si alza e si sposta, si appoggia al muro poi torna a sedersi. Il clima emotivo si approfondisce; per Maria è stabilmente molto difficile accedere al linguaggio emotivo; ora si sta rattristando molto visibilmente, intravedendo a livello emotivo il problema che gli rimandano i compagni: ha paura delle persone e non vuole stare in questa paura così trova scuse per non entrare nel mondo e sistemi per stare poco e superficialmente con chiunque più che prendere atto di questa paura e scegliere se affrontarla)
- Maria (molto triste): il problema è grave ...
 - Ariano: voi che state esterni (all'indirizzo del gruppo di specialisti e specializzandi) quanto più è difficile entrare tanto più aspettatevi che i problemi sono gravi ...
 - Ariano: Maria che significa *il problema è grave*?
 - Maria (a bassa voce, con lentezza e compostezza): ... perchè il problema esiste ed esisterà sempre ... (il gruppo tace preoccupato, triste e attento su questo tema centrale che li coinvolge tutti mentre si agita il fantasma della inguaribilità della loro malattia). Salvatore preoccupato e triste per sè e per Maria subito ripete la frase ad Ariano, ... gli sembrava che non avesse sentito)
 - Ariano: ... capisco che pensi che il problema è complicato .. ma perchè pensi che è imm modificabile? ... (lunghi silenzi) ti vuoi fare una chiacchierata con qualcuno del gruppo su questo? ...
 - Maria (decisa e in superficie svalutante, in realtà dialogare è entrare in relazione, e ne ha paura): noòò ... proprio inutile ... non risolvo niente ...
 - Ariano: Maria ... ti ho fatto una altra domanda ... se vuoi parlare con uno dei compagni ...
 - Maria (con lo stesso tono): noò non penso proprio ...
 - Ariano: ... e ... vuoi sapere quando tu dici così gli altri come ci stanno? (Maria scrolla le spalle ma non dice no)
 - Massimiliano: ... mi dispiace ... (Ariano si mette dietro le spalle di Massimiliano e dà voce a quello che non sa dire in quel momento usando la tecnica dell'altoparlante) dice Massimiliano ... mi dispiace che ti devi rassegnare a fare la pazza perchè credi che pazza si nasce ... a me qua dentro mi hanno insegnato che pazzi si diventa e non si nasce, e si può guarire ... stai da tanti anni qua dentro!!! e pensi questo ...
 - Ariano: Salvatore tu come stai ?

- Salvatore: ... mi dispiace ... (Ariano ripete con Salvatore la tecnica usata con Massimiliano) ... anche Salvatore si dispiace ... dice ... avevo pure io la stessa idea tua ... ma tanto che mi hanno dato *mazzate* ... che ho cambiato idea ...
- Ariano: una cosa mi dispiace di te Maria ... che vorresti voler bene ed essere voluta bene, però pensi che è una cosa che non esiste ... vorrei capire dove l'hai imparato che non si può voler bene ed essere voluti bene? ... dove l'hai imparata Maria?
- Maria (a bassa voce, triste e composta): no questo fatto che si può voler bene ed essere voluti bene ... io ci credo (sottolinea con il tono di voce) ... ma per gli altri ... non per me...
- Ariano: dove l'ha imparato questo Maria?
- Maria: l'ho imparato nella mia vita di crescita ... quando stavo a scuola ... uno si accorge ... che non viene accettato ...
- Maria: da chi non sei stata accettata Maria?
- Maria: no ... non ce l'ho con uno in particolare...
- Ariano: da chi dei tuoi familiari hai imparato?
- Maria: ... no ... non c'entra ..
- Ariano: ... dove hai imparato?
- Maria: ... mah ... si impara in famiglia ... ci si accorge ... le compagne a scuola ...
- Ariano: e sei curiosa di sapere se qualcuno qui, non dei pazienti, ha questo tuo problema? Nessuno mi vuole bene ... il voler bene non fa parte della mia vita ... vuoi sapere se qualcuno viene dalla tua scuola? ... (Ariano insiste con la domanda e poi aspetta il silenzio di Maria)
- Maria (si decide finalmente e in modo assertivo): ... vorrei sapere ..
- Ariano (la blocca vedendo che guarda i compagni): a chi lo stai chiedendo Maria?
- Maria (sembra una bambina ora, un po' contenta e un po' spaventata di quello che sta chiedendo): a tutti ... sto chiedendo a tutti i pazienti ...
- Ariano (le sorride): non ai pazienti, agli altri ...
- Maria: ah ... ai dottori????!!
- Ariano (continua a sorridere e fa cenno di sì col capo): ehhh! ... a quelli che chiamiamo dottori!!! ... qualcuno aveva lo stesso problema di Maria? e come l'ha risolto? ...
- Maria: (rivolta al cerchio esterno) qualcuno ha avuto lo stesso problema?

Dopo un lungo silenzio, ognuno col suo esame di coscienza, uno degli psicoterapeuti anziani prende la parola e dice con semplicità a Maria che anche lui aveva nel passato la sua stessa convinzione circa questo punto ma aveva imparato, seppure con fatica, che non era come pensava; inizia un breve dialogo fra i due con Maria sorpresa e scettica, (mahhh ... voi siete un dottore ... avete altri mezzi), però è in ascolto più che anaffettiva e chiusa nella sua convinzione come di consueto; un seme di speranza che se qualcun altro è cambiato su questo punto forse esiste una possibilità anche per lei.

5. Commento al verbatim

5.1. Oltre l'intrattenimento per una scelta consapevole di guarire o restare malati

Pratichiamo una terapia orientata sin dall'inizio del trattamento alla ristrutturazione: essa punta a modificare, nei tempi e con i modi dovuti, i postulati disfunzionali profondi che hanno organizzato l'esistenza in modo patologico, mantengono la psicopatologia e se non trattati persistono realizzando la cronicità. Tali *postulati*, chiamati nel MSI *di necessità naturale*, sono convinzioni inconsapevoli maturate nella storia relazionale di ciascuno e radicate evolutivamente in primo luogo a livello di linguaggio corporeo, poi emotivo, fantasmatico e infine cognitivo. Distinguiamo il *lavoro di sostegno*, che migliora la funzionalità dei sistemi (individuali, familiari, istituzionali) rinforzando la struttura esistente e il *lavoro di ristrutturazione* che punta alla lenta, progressiva erosione delle leggi (i postulati di necessità naturale appunto) che governano la struttura esistente fino alla sua destrutturazione promuovendo la ricostruzione successiva secondo leggi

differenti; ogni modifica va stabilizzata cimentandosi con sfide progressivamente più complesse e faticose; ad ogni passo il paziente e/o la sua famiglia possono decidere di fermarsi o proseguire. Come gli individui normali lungo tutto l'arco della vita possono scegliere di incamminarsi verso cose nuove (andare all'università, sposarsi, generare figli, cercare altre relazioni, accettare un lavoro di maggiore responsabilità) o fermarsi dove si sentono più tranquilli e non affrontare le difficoltà del cammino sconosciuto, anche i pazienti hanno il diritto/dovere di decidere se incamminarsi verso altre strade nella loro vita, e prendersene sia il buono che la fatica, o restare dove sono. La psicoterapia di ristrutturazione punta a costruire la possibilità di compiere questa scelta. Non diversamente da tutti gli altri esseri umani, i pazienti possono nascere in famiglie, (o incontrare persone), che spingono realisticamente a correre rischi utili e restano al fianco negli inevitabili problemi che ogni crescita comporta, o possono nascere invece in famiglie che restano al fianco solo finché non nascono problemi, o ancora in famiglie disimpegnate del tutto che abbandonano. Ci sforziamo di essere persone che spingono nei problemi che fanno crescere e restano al fianco nelle difficoltà che nascono.

5.2. Il tipo di lavoro quando si ha sullo sfondo la chance della ristrutturazione

- Andare dal sintomo (non telefonare alla sarta) al problema (paura negata delle relazioni umane) attraverso la contestazione delle razionalizzazioni e il lavoro sulle difese, regolandosi sui linguaggi emotivo e somatico (*livello simbolico spontaneo* nel M.S.I.)
- Stimolare la capacità di riflettere su sé stessi e saperne parlare (*livello simbolico riflesso*): consapevolezza di sé
- Stimolare la capacità di riflettere su sé e sull'altro e sapergli parlare (*livello intersoggettivo*): consapevolezza di sé e dell'altro
- Far emergere i postulati patologici in base ai quali si organizza l'esistenza (*postulati di necessità naturale*)
- Lavoro sul fantasma della inguaribilità usato come difesa (tema individuale e di gruppo) e sulla possibilità di scelta
- Contestare vecchi postulati, riorganizzarli, dare speranza (coinvolgimento del gruppo e dei curanti)

5.3. Il lavoro e i tempi necessari perché sia possibile arrivare a poter scegliere di guarire

Maria al suo ingresso in CD, per età e durata di malattia, era definibile una paziente cronica; la sua esistenza si era ristretta in una perenne inattività autistica scandita da aggressività quando veniva disturbata nella sua chiusura. Quanto più lunga è la durata dell'esistenza psicotica tanto minori sono le speranze che i pazienti se la sentano di fare il passaggio ad una esistenza normale. In otto anni di lavoro di ristrutturazione intensivo al centro diurno, per otto ore al giorno, su Maria hanno lavorato stabilmente, senza contare la comunità nel suo complesso e le occasioni relazionali estemporanee, almeno quattro persone: due psicoterapeuti di riferimento (terapeuta familiare, finché è stata praticata la terapia familiare, terapeuta individuale), un operatore di riferimento, un tirocinante di riferimento. Le attività psicoterapeutiche specialistiche prevedono complessivamente venticinque ore settimanali di psicoterapia (terapia individuale bisettimanale, terapia familiare settimanale, terapia di gruppo condotta dal terapeuta di turno due volte al giorno; settimanalmente due gruppi di due ore, uno tenuto dal supervisore di reparto e uno dal supervisore generale).

5.4. La supervisione dell'equipe, essa stessa in ristrutturazione permanente

Circa la supervisione della equipe è utile spendere qualche parola. E' uno spazio anche da noi, come in tutti i gruppi che lavorano con gli psicotici, ritenuto essenziale; gli sono dedicate almeno sei ore settimanalmente. Adottiamo con noi stessi e con i problemi che sorgono nella comunità lo stesso punto di vista che sosteniamo con le famiglie. In questa visione la malattia mentale di un membro, per come si esplica nella quotidianità del vivere, crea problemi che fanno emergere aspetti deficitari o francamente insani delle relazioni del sistema al suo interno e con l'esterno; i problemi creati dai pazienti danno al sistema stesso l'opportunità di

vederli, rifletterci, scegliere di modificarli. Così i pazienti fanno emergere i problemi della organizzazione nel suo insieme e dei suoi membri singolarmente presi; riflettendo in supervisione su questi problemi possiamo scegliere, con la fatica che ciò comporta, di migliorarci per i pazienti e per noi stessi.

6. Problemi di fine percorso

C'è una fase sempre difficile del processo terapeutico⁴ in cui si lavora per passare dalla *consapevolezza della malattia del paziente* (nel paziente e nella famiglia) alla *consapevolezza della malattia del sistema familiare* (nel paziente e nella famiglia).

In questa c'è il maggior numero di abbandoni del percorso di cura. In questo caso è durata molto a lungo. I genitori oramai anziani della paziente, non disponibili a mettersi in discussione e adesi all'idea di Maria come *unica mela marcia* della famiglia, in questa fase hanno interrotto la terapia familiare, pur mantenendo al CD la paziente (perchè *la trattiamo in modo umano e Maria si trovava bene e vuole restare*). Fratello e sorelle di Maria avevano abbandonato in precedenza, appena Maria era stata controllata dal punto di vista della sintomatologia clinica evidente, essendo indisponibili alle proposte della equipe di coinvolgerla di più nelle loro vite e di reinserirla con qualche funzione nello studio del fratello, libero-professionista, viste le sue capacità. Si è cercato con delicatezza e lentamente di farle dare un nome chiaro a tutto questo (con domande come queste disseminate nei vari setting ... *alla tua famiglia sembra sufficiente che tu non crei problemi ... ma vedi che è interessata a sapere cosa vorresti dalla tua vita d'ora in poi? ... e come chiameresti questo tipo di famiglia?... Non ti invitano la domenica e non se ne parla di farti tornare a lavorare da tuo fratello ... tu che ne pensi?* - ultimamente lei rispondeva - ... *forse si vergognano di me ??...* - *che effetto farebbe questo a te?* - lei rispondeva di getto con rabbia trattenuta - ... *che si vergognano tutti della pazza ...* -). Ciò con lo

⁴ Nella pratica del Modello Strutturale Integrato in regime semiresidenziale e residenziale si sono via via disegnati i passi del processo terapeutico dei pazienti e delle loro famiglie a partire da certe costanti, identificate le quali è più possibile orientarsi e mettere in opera gli interventi opportuni per ciascuna fase. Lo schema che ne è risultato distinto in 6 fasi e relative sottofasi, è utile anche a gestire l'aspetto farmacologico secondo un significato e a non leggere le crisi, o il reinserimento della terapia farmacologica, necessariamente come un peggioramento. In ogni momento del processo osserviamo che i pazienti e le famiglie possono andare avanti, ognuno con i suoi tempi, oppure fermarsi o ancora tornare indietro; possono fermarsi a riposare per poi riprendere o invece lasciare del tutto il cammino. Nei passaggi da una fase all'altra, in particolare per le ultime tappe, si attendono momenti critici suscettibili di essere un volano di crescita oppure di abbandono del percorso; i passaggi da una fase all'altra sono proposti e perseguiti ma lasciati alla decisione delle persone. Non è questa la sede per dettagliare la questione ma è importante almeno accennare che la durata delle singole fasi e del processo nel suo complesso, come gli esiti finali, li consideriamo funzione sia della diagnosi di partenza del sistema e degli individui, sia del lavoro dell'equipe, sia delle scelte di pazienti e famiglie. Potremmo dire che in ogni fase e nell'insieme del processo aiutiamo le persone a diventare consapevoli di ciò che sono, a decidere se vogliono essere diversi, e in che direzione, impegnandosi nello sforzo che ciò comporta; se vogliono li affianchiamo nell'imparare ad essere diversi. Tutto ciò, puntando sulla consapevolezza e sulla decisione e responsabilità personale. Un modo profondamente differente *dall'addestramento* di stile cognitivo/comportamentale. Maria per un cognitivo/comportamentale è già guarita.

scopo di aumentare la consapevolezza, differenziarla dalla famiglia e costruire la possibilità di prendere la strada dell'autonomia anche senza il loro sostegno. Al momento in cui vi parlo

- Maria ha ancora molta difficoltà a separarsi emotivamente dalla famiglia (in particolare dal padre); dissocia spontaneamente la rabbia verso il comportamento dei suoi in una area di inconsapevolezza e preferisce spontaneamente aderire al loro pensiero, pensandosi come una malata cronica di cui è normale che la famiglia si vergogni piuttosto che dirsi che lei è una persona capace e i suoi persone egoiste che non vogliono crearsi il problema di darle una possibilità: preferiscono che prenda farmaci a vita e non vada a lavorare.
- Accettare che la inguaribilità non è una questione di eredità genetica metterebbe i genitori in uno scomodo dilemma: siamo buoni o cattivi genitori? Buoni genitori dovrebbero criticarsi per le cose che non sono andate bene, litigare con gli altri figli per non far abbandonare la sorella, insistere col figlio per farla tornare a lavorare allo studio, iniziare a temere di essere abbandonati loro stessi nell'età della fragilità da questo tipo di figli, così come è accaduto a Maria; se la battaglia si facesse dura, per difendere Maria eventualmente dovrebbero minacciare gli altri figli utilizzando forse questioni ereditarie e arrivare ai ferri corti. Accettare che la inguaribilità non è una questione di eredità genetica metterebbe nella scomodità anche i fratelli: la difficoltà di una relazione nuova con Maria, reinserirla nella attività del fratello come ragioniera, rivedere i progetti familiari che sembrano all'orizzonte. Il lavoro di ristrutturazione su questi punti ha causato l'allontanamento dalle sedute di terapia familiare. E' più semplice continuare a pensare Maria come una malata cronica controllata dalla terapia farmacologica, che assisterà i genitori nella vecchiaia occupandosi di loro e della casa (... *quando chiudo gli occhi io ci pensa lo Stato ...* il padre di Maria in una riunione dei familiari risponde così alla domanda del conduttore ... *ma non pensate che se non date una chance a vostra figlia oggi, domani lasciate in eredità una malata cronica agli altri figli vostri e ai vostri nipoti?*). Per loro i dottori del CD sono pazzi, visionari e crudeli.
- Lo psichiatra referente della asl, che preme per la dimissione della paziente, è convinto come la famiglia che quello raggiunto è il massimo risultato possibile; la malattia di Maria non guarisce e va trattata cronicamente. Inoltre ha la responsabilità di tenere sotto controllo il budget che ha a disposizione e dà l'ultimatum: la paziente è *compensata* e otto anni sono già troppi. Nel tempo abbiamo dovuto batterci anche per la progressiva riduzione della terapia farmacologica. Sia la famiglia che il referente farmacologico della ASL sono stati molto ostili in proposito, ma la paziente ha deciso infine di seguire il nostro consiglio e nell'ultimo anno si è giunti a dimezzare l'ultima compressa che assume passando a 5 mgr di olanzapina, (nonostante il suo referente continui a prescriverle sulla ricetta 10 mgr), in attesa di sospendere come consigliato dalle linee guida che tutti disattendono.
- C'è necessità di altro tempo per lavorare sulla decisione, ma il tempo non c'è: siamo sotto scacco delle dimissioni annunciate fra un mese e mezzo. Lavoriamo perchè Maria scelga se cercarsi un impiego e costruirsi una vita dignitosa e autonoma con il supporto di una psicoterapia ambulatoriale, che pagherebbe con quello che guadagna, anche senza l'approvazione di una famiglia che non vuole diventare meno egoista. Perchè ciò sia possibile deve maturare la decisione di separarsi emotivamente dalla visione di sé stessa che le propongono accettando la sua parte di peso: tollerare il dolore di vedere chi sono i suoi genitori e i suoi fratelli. Nell'ultimo anno, pur avendo deciso di continuare il CD e avendo battagliato con la ASL e con il padre per restarci, vediamo che talvolta non segue quelle indicazioni che
- gli altri suoi sistemi di riferimento (ASL e genitori) non condividono e resta perplessa sul da farsi; *si sente come l'asino in mezzo ai suoni* nel litigio fra il CD e gli altri e non sa risolversi a scegliere. Non si è ancora separata!
- Il padre negli ultimi tempi ha ripreso a frequentare il CD nelle riunioni mensili dei genitori e in occasioni di eventi culturali, forse avvisato da Maria dei progetti che stiamo facendo con lei; il padre è molto polemico e nel gruppo contesta apertamente la possibilità che la malattia mentale possa guarire, fomentando gli altri familiari e asserendo con toni aggressivi che è *ereditaria e nessun altro dei suoi nove figli ha problemi*; della sospensione del farmaco *non se ne parla* neanche e anzi ha notato che *maria parla da sola e certamente a breve starà peggio*. Siamo preoccupati e dispiaciuti.

7. Conclusioni

La fase del processo terapeutico in cui si trova Maria è sempre molto critica⁵. Ho provato a raccontare una storia dolorosamente tipica per far emergere alcuni dei modi in cui la malattia mentale si cronicizza e i modi in cui ci impegniamo a contrastare questo esito nei pazienti più giovani e anche in quelli d'età più avanzata. Le istituzioni che si occupano di salute mentale fanno molto perchè non si persegua la guarigione ed è considerato un risultato ridurre le persone ad una tranquilla *residualità psichiatrica* (un termine che sembra non fare orrore a nessuno); questi conseguenti scadenti esiti a loro volta radicano la convinzione della inguaribilità. Non si conosce, non si crede o non si dà sufficiente rilievo alla differenza fra il lavoro di sostegno e quello di ristrutturazione: quest'ultimo richiede un modello teorico ed operativo di riferimento, professionalità specifiche, lungo addestramento (di terapeuti, operatori, assistenti sociali, infermieri) supervisione costante e frequente, consapevolezza di dover condurre una faticosa guerra per la modifica di convinzioni profonde, tempi adeguati. Non tutti i pazienti scelgono di intraprenderla; per coloro che lo fanno aumentano le possibilità di guarigione, per gli altri la cronicità resta il frutto di una possibilità di scelta che hanno avuto: si salva così la eticità della condotta da parte dei curanti, la possibilità realistica di soddisfazione delle aspettative delle persone circa la loro vita, il risparmio futuro per la società. La normativa purtroppo prevede che la ASL in cui il paziente risiede decide sia dell'ingresso in una struttura residenziale o semiresidenziale che delle dimissioni. La comunità curante non può che subirne le decisioni. Se si incontrano una famiglia egoista, che preferisce scaricare i suoi problemi, e referenti psichiatri del servizio pubblico di salute mentale che non vogliono impegnarsi, si sostengono a vicenda in questa posizione: il paziente viene dimesso perchè si considera *guarigione* la scomparsa dei sintomi eclatanti e disturbanti e si può proseguire a casa la terapia farmacologica. In queste condizioni sono molto basse le probabilità che un paziente psicotico, pur mobilitando tutte le risorse che possiede, scelga di mettersi in gioco contro pareri *così autorevoli*. Non sarebbe giusto dividere in modo manicheo le responsabilità. Fra coloro che si occupano di scrivere sulle esperienze delle comunità terapeutiche molti segnalano il rischio di pratiche che creano anche all'interno delle nuove istituzioni un clima autoreferenziale e cronicizzante che non promuove la proiezione dei pazienti verso il mondo esterno limitandosi ad assisterli e intrattenerli. Nella nostra esperienza questo stile è piuttosto gradito alle famiglie che non vogliono essere messe in discussione e ai pazienti meno motivati. Maria non è

⁵ Nella terza fase il paziente può decidere di separarsi emotivamente e andare avanti in solitudine; in alcuni casi è il paziente che non vuole andare avanti e la famiglia continua il cammino terapeutico perchè vuole trasformarsi ed essere aiutata a gestire il paziente; in altri casi abbandonano il percorso sia il paziente che famiglia; in pochi casi (forse il 20%) famiglia e paziente procedono concordemente. Nella esperienza dei casi in oggetto, i pazienti giovani provenienti da famiglie che si sono sempre prese poco pensiero di loro hanno deciso di proseguire nella ristrutturazione anche senza il loro accordo con più facilità mentre, come è logico, i pazienti molto invischiati nella famiglia e simbiotici con un membro hanno più difficoltà a vedere i limiti dei familiari e a separarsene emotivamente. La gran parte dei pazienti che lasciano il percorso, senza grossi stimoli ambientali, mediamente possono mantenersi con dosaggi di farmaci ridotti (dalla metà ad un terzo del dosaggio e del numero di farmaci che assumevano all'ingresso).

non motivata. Si potrebbe dire che non entra nel mondo del lavoro esterno non perchè è sfaticata, nè perchè è incapace; piuttosto non entra nel mondo *proprio perchè è capace*. Decidendo di entrarci dovrà provare rabbia e dolore per la metà della sua vita andata in fumo e per la sua famiglia egoista, attraversare esperienze che la esportano sia alla disconferma del postulato di non poter essere amata, e alla gioia di questa scoperta, sia anche alle incertezze e ai fallimenti delle relazioni umane normali con la paura, la rabbia e la tristezza che fanno vivere. Ora *sta bene* in mondo nel quale le relazioni umane siano ristrette e le potenzialità coartate. C'è ancora un lavoro psicoterapeutico che va proposto rispettando i suoi tempi e le sue decisioni; forse preferirà rinunciare ad affrontare questa rivoluzione ma le avremmo dato la possibilità di scegliere con consapevolezza, sapendo a cosa va incontro. Perciò la spingiamo verso il fare esperienze lavorative esterne, consapevoli che questo le creerà sofferenza e problemi, forse anche uno scompensamento che vorremmo poter gestire per farglielo superare sperimentando strumenti nuovi e abbandonando i vecchi modelli. Ogni crescita procede per destrutturazioni di equilibri e ricerca di nuovi superiori equilibri passando per una fase di sofferenza e di confusione. In ogni processo vitale fuori da questa evidenza c'è la immobilità della stasi o la regressione. Il modo psicotico della stasi e della regressione non lo auguro a nessuno e solo dopo essermi impegnata rispetterei, con dispiacere, una decisione in tal senso.

... Come è finita la storia

Sappiamo oggi, mentre riformulo come articolo le diapositive presentate al convegno 2016, come è finita la storia di Maria. Un mese dopo il Convegno Nazionale ISPS, dove ho presentato il suo caso, e qualche settimana prima della scadenza della delibera, la paziente inizia a diventare sempre più nervosa e scostante. Attendiamo che decida se aderire alla nostra proposta: restare al CD gratuitamente dopo la scadenza della delibera, fino a che non trova un lavoro, e poi continuare solo con le terapie di gruppo e le sedute individuali. Il suo psicoterapeuta mi raggiunge un giorno e mi chiede di aiutarlo, la paziente gli appare delirante e persecutoria, non riesce a calmarla. E' stata quella mattina a colloquio con lo psichiatra della ASL. Arrabbiata e sospettosa Maria mi chiede come mai tutti la tirano da tutte le parti il padre la vuole a casa e non vuole che trovi un lavoro perchè non è in grado, la malattia è cronica e potrebbe aggravarsi di nuovo; lo psichiatra della ASL la vuole inserire nel suo centro diurno e dice che così quando i genitori non ci saranno più la ASL si occuperà di lei noi addirittura le proponiamo di restare consentendole una frequenza gratuita sino a quando non trova un lavoro ... cosa c'è sotto? Chi ci guadagna su di lei? Alla ASL le hanno detto che *se resta al nostro centro diurno vengono a prenderla con i carabinieri perchè restarci è contro la legge e non è consentito, neanche gratuitamente lei deve pensare al suo futuro* La paziente non sta delirando; è in preda alla rabbia e alla paura generate da messaggi realmente confusi e contrastanti sulle sue possibilità di guarigione e su ciò che è, o non è, libera di decidere. Qualche giorno dopo, senza preavviso scompare e non risponde più alle telefonate. Veniamo a sapere casualmente da un ex-paziente incontrato per caso che Maria è in un *Centro della ASL* della Napoli 2 Nord come lui stesso ed altri nostri ex-pazienti. In Campania per quello che comprendiamo, con il termine di *Centri della ASL* dirigenti e psichiatri dei dipartimenti di salute mentale indicano un tipo di articolazione strutturale *sui generis*: uno psichiatra ASL, che figura come direttore, è il *dipendente pubblico* mentre le strutture e il lavoro che vi si svolge sono affidate, del tutto o quasi, a cooperative private scelte in base a criteri che non sono noti, cui viene corrisposta una retta secondo il tariffario regionale, e tutto ciò è inspiegabilmente sottratto alle vigenti procedure di accreditamento istituzionale cui SIPI-Integrazioni si è assoggettata. Si resta con dubbi e domande fra cui queste:

- se Maria è considerata guarita come mai è stata inserita pochi giorni dopo in una struttura della ASL NA2 Nord, cosiddetta pubblica, ma in realtà gestita da privati non accreditati?
- se, al contrario, non è considerata guarita, come mai è stata inserita in una struttura della ASL NA2 Nord gestita da privati non accreditati, in disprezzo della continuità terapeutica e del rapporto fiduciario oltre che dei risultati raggiunti, invece che rinnovare la proroga a SIPI-Integrazioni, unica struttura sanitaria per pazienti psichiatriche accreditata nella ASL NA2 Nord?

<p>Tab. 1 L'equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario • Responsabile • Quattro Psicoterapeuti • Tre Consulenti tecnici della riabilitazione • Un Assistente sociale • Un Supervisore di Equipe • Un Supervisore generale • dai 5 ai 10 tirocinanti • Due infermieri, in condivisione con la residenza e in certe fasce orarie
<p>Tab 2. Articolazioni fra i servizi e caratteristiche di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione funzionale fra i servizi (Residenziale RES - Semiresidenziale CD - Centro di Psicoterapia ambulatoriale CPA) • Formazione ad un unico modello in tutti i livelli del gruppo dei curanti • Riflessione e ricerca sulla integrazione fra psicoterapia e farmacoterapia che ove possibile preferiamo gestire direttamente • Settimanalmente 6 ore complessive di supervisione della equipe per lavorare sulle dinamiche fra i curanti e per mantenere la difficile coerenza nello sviluppo del progetto definito per singolo paziente e per il gruppo
<p>Tab. 3 Il gruppo pazienti nell'intervallo 2013-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 diagnosi di ingresso di schizofrenia • 2 diagnosi di ingresso psicosi • 2 diagnosi di ingresso ritardo (poi psicosi precoci) • 1 diagnosi di ingresso personalità schizoide • 1 diagnosi di ingresso personalità borderline • 2 diagnosi di ingresso disturbo schizoaffettivo • 1 diagnosi di disturbo del comportamento alimentare
<p>Tab 4. Esiti dei trattamenti nell'intervallo 2013-2016</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 dei 19 pazienti sono al CD dal 2013 • 7 pazienti hanno sospeso la terapia farmacologica e gestiscono i sintomi • 2 pazienti, dopo tre anni di CD, hanno iniziato attività lavorativa autonoma, non assumono farmaci, mantengono psicoterapia di ristrutturazione e partecipazione ai gruppi di psicoterapia • 4 pazienti sono in fase avanzata e in cerca di lavoro

Tab. 5 Modulo di relazione semestrale					*Biffare le caselle di competenza				
MOMENTO DEL PROCESSO TERAPEUTICO									
Aggancio FASE 1	Ricostituzione della struttura originaria con migliore livello di funzionalità e gestione dei sintomi FASE 2	Destutturazione FASE 3-4			Ristrutturazione FASE 4-5			Autonomia abitativa e lavorativa FASE 6	
CORRELAZIONE CON LA TERAPIA FARMACOLOGICA									
FASE I (in ingresso di norma confermata la terapia farmacologica già assunta)									
Accettazione delle regole minime che permettono la relazione con lo Staff, con i Compagni, con se stessi e con l'ambiente									
Inizio del lavoro sulla consapevolezza della malattia del paziente (nel paziente e nella famiglia)									
FASE II (è possibile la riduzione stabile del dosaggio di ingresso della terapia farmacologica)									
Incremento del lavoro sulla consapevolezza di malattia del paziente, si promuove una fiducia realistica verso il futuro, viene rinforzata la struttura di origine nell'individuo e nella famiglia									
Valutazione della coerenza fra gli aspetti farmacologici della cura e quelli psicoterapeutici-psicoriabilitativi, eventuale presa in carico farmacologica									
FASE III (le scelte farmacologiche sono connesse alle scelte della famiglia e del paziente oltre che alla collaborazione possibile con gli inviati)									
Dalla consapevolezza della malattia del paziente alla consapevolezza della malattia della famiglia									
A) La Famiglia e il Paziente fanno la stessa scelta									
i) La Famiglia e il paziente vogliono guardare i meccanismi disfunzionali e cambiare insieme (la terapia farmacologica può proseguire verso la progressiva riduzione fino alla sospensione a meno che siano presenti sintomi che impediscano il lavoro terapeutico o siano ingestibili dal sistema familiare)									
ii) La Famiglia e il Paziente non vogliono guardare i meccanismi disfunzionali e non vogliono cambiare (il processo terapeutico si chiude)									
B) La Famiglia e il Paziente fanno scelte diverse (la terapia farmacologica va calibrata in base alla agitazione nel sistema familiare e nel paziente, si allungano i tempi di cura, il processo terapeutico può in questa fase interrompersi)									
i) La famiglia non accetta di guardare i propri limiti e il paziente si									
Si attende che il paziente costruisca dentro di sé la capacità di sopportare la malattia della famiglia ed arrivare ad una scelta diversa (= separazione emotiva dal sistema familiare)									
ii) Il paziente non accetta di guardare i propri limiti e la famiglia si									
Si prosegue il lavoro con la famiglia dando un tempo al paziente									
FASE IV (è possibile la eliminazione della terapia farmacologica)									
La struttura di personalità in ristrutturazione tollera stimoli di intensità più elevata senza farmaci									
FASE V (possibile ritorno dei sintomi, reinserimento temporaneo di terapia farmacologica se necessario)									
Ristrutturazione e decisione di entrare nei problemi normali della vita, del lavoro, dell'affettività									
FASE VI (eliminazione stabile della terapia farmacologica)									
Riduzione progressiva degli accessi al cd - autonomia abitativa e reinserimento nel mondo lavorativo esterno - prosecuzione della Psicoterapia Ambulatoriale -									

Tab. 6. Modulo di relazione semestrale	
CONTESTI PSICOTERAPEUTICI IN CUI IL PAZIENTE E' INSERITO	
<input type="checkbox"/> Psicoterapia di gruppo condotta dallo psicoterapeuta di turno	Gruppi quotidiani: in aperture 1,30 h, in chiusura 1 h
<input type="checkbox"/> Psicoterapia di gruppo condotta dal supervisore generale	Gruppi del mercoledì 2 h
<input type="checkbox"/> Psicoterapia di gruppo condotta dal supervisore di reparto	Gruppi del venerdì 2 h
<input type="checkbox"/> Psicoterapia individuale	Due sedute settimanali di 1h
<input type="checkbox"/> di sostegno	
<input type="checkbox"/> di ristrutturazione	
PARTECIPAZIONE collaborativa/abbastanza /poco /non collaborativa	
FREQUENZA stabile/abbastanza stabile/incostante	
COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA	
<input type="checkbox"/> Sedute di psicoterapia familiare settimanale	
<input type="checkbox"/> Sedute di psicoterapia familiare richieste dalla situazione clinica o dalle circostanze (1.10 h)	
<input type="checkbox"/> Gruppo mensile dei genitori (2 h) condotto dal responsabile di reparto	
<input type="checkbox"/> Attività organizzate da altri genitori o dalla istituzione	
PARTECIPAZIONE collaborativa/abbastanza /poco /non collaborativa	
FREQUENZA stabile/abbastanza stabile/incostante	

Tab 7. Modulo di relazione semestrale		ATTIVITA' DI LABORATORIO	
Psicoterapeuta/psicoriabilitatore dr.			
Operatore della riabilitazione dr.			
FREQUENZA AL CENTRO DIURNO (08.15/17.15 dal lunedì al sabato)			
Reperibilità telefonica (terapeuta/operatore/ter. fam/resp.)	si		no
Assistenza individualizzata	si		no
LABORATORI			
LIVELLO BASE	LIVELLO MEDIO	LIVELLO ELEVATO	
OBIETTIVI	DETTAGLIO	ASSISTENZA	
<input type="checkbox"/> Autonomia nella cura della persona e dell'ambiente di vita	<input type="checkbox"/> Laboratorio competenze di base		
	<input type="checkbox"/> (igiene personale, nutrizione, regole della tavola,dell'abbigliarsi ...)		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio pulizie di spazi semplici		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio pulizie di spazi complessi		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio magazzino		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio cucina		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio lavanderia e stieria		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio lettura e scrittura		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio dizione		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio uso del denaro		
	<input type="checkbox"/> Assunzione dei farmaci		
<input type="checkbox"/> Autonomia nel muoversi nell'ambiente esterno	USCITE		
	<input type="checkbox"/> A piedi		
	<input type="checkbox"/> Brevi		
	<input type="checkbox"/> Prolungate		
	<input type="checkbox"/> Mezzi privati		
	<input type="checkbox"/> Mezzi pubblici		
	<input type="checkbox"/> Di relazione personalizzata		
	<input type="checkbox"/> Di svago/piccoli acquisti/cultura		
	<input type="checkbox"/> Per lavoro		
	<input type="checkbox"/> Piscina		
	<input type="checkbox"/> Vacanze con tutoraggio per la organizzazione		
	<input type="checkbox"/> Vacanze ospitati da altre famiglie		
	<input type="checkbox"/> Vacanze autonome		
<input type="checkbox"/> Cura delle relazioni (Regole della socialità generale, socialità nelle regole condivise dal gruppo di appartenenza, regole in relazioni interpersonali di maggiore vicinanza)	<input type="checkbox"/> Laboratorio di lettura e commento giornali		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Attività motoria nell'area attrezzata esterna		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Attività motoria nell'area attrezzata interna		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Giornalino		
	<input type="checkbox"/> Tutti i laboratori		
<input type="checkbox"/> Autonomia nel lavoro	<input type="checkbox"/> Laboratorio manutenzione		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio sostegno allo studio universitario		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio archiviazione biblioteca		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio di sostegno alla ricerca del lavoro		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio gestione del Bar interno		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio agricolo		
	<input type="checkbox"/> Esperienze lavorative esterne (stage in aziende)		
<input type="checkbox"/> Elaborazione dei vissuti <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sollecitazione <input type="checkbox"/> espressione <input type="checkbox"/> gestione <input type="checkbox"/> simbolizzazione 	<input type="checkbox"/> Laboratorio di disegno, pittura e tecnica dello stencil		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio di musica e canto		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio individualizzato di esercizi corporei		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Bowling		
	<input type="checkbox"/> Laboratorio Teatro		
Autonomia di vita			
Appartamento con assistenza	Appartamento con supervisione	Appartamento in autonomia	

Bibliografia

- Ariano Giovanni
 - 1997 “La Psicoterapia d’Integrazione Strutturale. Epistemologia” Armando Editore
 - 2000 “Diventare Uomo. L’antropologia della psicoterapia d’integrazione strutturale” Armando Editore
 - 2002 Comprendere i sogni una grammatica per gli infiniti significati Armando Editore Roma
 - 2005 Dolore per la crescita - Antropopatologia della psicoterapia di integrazione strutturale. Prolegomeni. Armando Editore Roma
 - 2010 Il corpo muto - Diagnosi e cura della anoressia mentale- Edizioni Sipintegrazioni
- W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas, C. Gagne (2002 ed. or., 2003 ed. italiana) Riabilitazione psichiatrica, CIC Edizioni Internazionali, Roma
- Gabriella Ba (2003), Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale Franco Angeli, Milano
- Fernando Del Prete, (2017), An Experience of Integration between Pharmacotherapy and Psychotherapy in Restructuring Rehabilitation, International Conference ISPS Liverpool
- Angelo Cocchi, Anna Meneghelli (a cura di .. 2012), Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua, manuale di intervento precoce, Edi.Ermes, Milano
- Paola Carozza (20014), Dalla centralità dei Servizi alla centralità della persona, l’esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale, Franco Angeli, Milano
- Paolo Cozzaglio (2014) Psichiatria Intersoggettiva - Dalla cura del soggetto al soggetto della cura Franco Angeli, Milano
- Giovanni Giusto, Carmelo Conforto, Roberta Antonello (2015), Comunità Terapeutiche - Storie di lavoro quotidiano, Pearson, Milano -Torino
- R.P. Liberman (2008 ed or., 2012 ed. italiana), Il recovery della disabilità, Giovanni Fioriti, Roma
- Angelo Malinconico, Alessandro Prezioso (a cura di..2015), Comunità Terapeutiche per la salute mentale - Intersezioni, Franco Angeli, Milano
- Mariopaolo Dario, Giovanni Del Missier, Ester Stocco, Luana Testa *Psichiatria e psicoterapia in Italia dall’unità ad oggi*, (2016) Edizioni L’asino d’oro