

DINAMICHE DI GRUPPO NEI CONTESTI ISTITUZIONALI

LEZIONE DEL 16/11/2011

Prof. CLAUDIO NERI

La “Riunione”: incontro in gruppo *dei e con* i pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Abstract

La lezione è stata introdotta dal Dott. De Sanctis che ha descritto come, dopo la legge Basaglia, sia avvenuto un cambiamento di prospettiva e di modalità nel trattamento dei pazienti psichiatrici e ha sottolineato la forte risonanza che questo cambiamento ha avuto. Il medico/psicologo si deve relazionare al paziente considerandolo non solo in base al sintomo, ma valutando e rispettando anche la sua soggettività e gli aspetti della sua vita sociale e interpersonale. Il cambiamento ha riguardato anche l’assetto organizzativo delle strutture che accolgono tali pazienti: si è prevista la presenza di molteplici figure professionali, così che il modello multidimensionale utilizzato come cornice teorica per il trattamento dei pazienti possa essere riscontrato anche nella pratica.

Successivamente sono intervenute la Dott.ssa Satta, la Dott.ssa Mei, la Dott.ssa Pizzoferrato e la Dott.ssa Pasquali, per esporre le caratteristiche dell’organizzazione e del lavoro svolto presso il Servizio di Diagnosi e Cura del Dipartimento di Salute Mentale della ASL RM/B (Ospedale Sandro Pertini). Ognuna di loro si è focalizzata su un aspetto particolare delle attività svolte, concentrandosi maggiormente sugli spazi dedicati alla Riunione con e tra i pazienti e sottolineandone l’aspetto di condivisione.

Riprendendo le parole di Franco Basaglia: *«Comprendere significa avvicinarsi all'esperienza vivente nei suoi stessi termini, mobilitando non il semplice intelletto ma tutte le capacità intuitive del nostro animo, per penetrarne l'intima essenza, senza ridurla ad ipotesi casuali precostituite».*

Parole chiave: manicomio, SPDC, riunione, setting, trattamento sanitario obbligatorio, manutenzione.

Rinaldo De Sanctis è laureato in medicina e chirurgia, specialista in psichiatria, membro associato della Società Psicoanalitica Italiana. Attualmente dirige il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Dipartimento di Salute Mentale della ASL RM/B, presso l'Ospedale "S. Pertini".

Maria Letizia Satta è laureata in Psicologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma nel 1982. Psicologa dirigente in ruolo presso la ASL RM/B dal dicembre 1985, ha lavorato presso il servizio territoriale fino al dicembre 1989 e da gennaio 1990 lavora come Psicologa dirigente presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della stessa ASL.

Cesidia Pizzoferrato è Psicologa con formazione psicoanalitica, è psicoterapeuta, lavora nei servizi dal 1979 e dal 2006 presso l'SPDC dell'Ospedale S. Pertini dove affronta, in un gruppo di lavoro, questioni che sono oggetto di riflessione già dalla sua esperienza di tirocinio all'Ospedale Santa Maria della Pietà.

Anna Mei si è laureata in "Scienze dell'Educazione" presso la Pontificia Università Salesiana di Roma nel 1979 e in "Psicologia" presso l'Università "La Sapienza" di Roma nel 1984. Psicologa dirigente della ASL RM/B dal dicembre 1985, ha lavorato presso il servizio territoriale fino al dicembre 1990. Dal gennaio 1991 lavora, in qualità di psicologa dirigente, nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della stessa ASL e dal 2000 ricopre anche l'incarico di Responsabile della Formazione e del Sistema Informativo.

Marcella Pasquali si è diplomata come Assistente Sociale presso l' E.I.S.S. di Roma nel 1973. Dal dicembre del 1987 lavora presso il Dipartimento di Salute Mentale della ASL RMB. Dal giugno 1988 a tutt'oggi, presta servizio presso il S.P.D.C. Osp. S. Pertini svolgendo, fra le varie attività del reparto, la riunione con i pazienti.

1. UN PO' DI STORIA

Il **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura** (o SPDC) nasce in Italia intorno agli anni '70. Nel 1978, successivamente alla promulgazione della legge 180 (nota come **legge Basaglia**), l'assistenza psichiatrica si è modificata passando da **un'ottica ospedaliera** ad una **territoriale**. **Quest'ultima ha previsto** la creazione di una vera e propria "**rete di servizi**" presenti sul territorio: si è assistito infatti alla chiusura dei manicomi e alla nascita di strutture come i Centri di Salute Mentale (CSM), i Centri Diurni, le Comunità Terapeutiche e i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (che sono situati all'interno degli ospedali).

2. MODELLO ASSISTENZIALE DEL MANICOMIO E NUOVO MODELLO

Il manicomio prendeva in carico tutti quei pazienti che presentavano un disturbo, un disagio o una malattia che veniva catalogata come psichiatrica.

Diversi sono gli aspetti di questo **modello assistenziale**:

- **Spazialità**: i manicomi si presentavano come ospedali provinciali posti, solitamente, nelle periferie dei capoluoghi; di conseguenza i pazienti si trovavano spesso in luoghi distanti dalle loro abitazioni.

Questa **dislocazione** del paziente dal suo ambiente di vita a quello di cura (che a volte potevano essere molto distanti), poteva favorire un decorso negativo del disturbo.

- **Permanenza**: i tempi di ricovero dei pazienti oscillavano tra i due mesi e alcuni anni. Ritrovarsi in un luogo lontano dalle proprie abitudini per molto tempo, quindi, poteva causare la **perdita** di tutti quegli elementi che prima del ricovero caratterizzavano la vita del paziente (come la perdita del contatto con le persone significative o la perdita del proprio lavoro). Questo tipo di perdite potevano comportare anche uno smarrimento del senso d'identità della persona che acquisiva sempre più il **ruolo di malato**.

Il modello assistenziale del manicomio, prettamente medico, poteva essere così schematizzato: "**malattia - sintomo - trattamento del sintomo**".

Inizialmente il trattamento era legato alla **custodia** poi, a seguito dell'introduzione dei **farmaci**, si basò anche sull'uso di questi ultimi.

Il cambiamento culturale degli anni '70 ha gettato le basi per un **nuovo modello** che presenta caratteristiche diverse:

- **Territorializzazione**: si poneva la necessità di curare la persona **nel suo "ambiente di vita"**; per questo la riforma propose che i servizi territoriali dovessero essere dislocati sul territorio dove vivevano i pazienti.

Di conseguenza, l'attenzione venne posta non solo sull'aspetto dirompente e acuto della malattia (**aspetto sintomatologico**) che il paziente presenta in quel momento, ma anche e soprattutto sul mantenimento dei contatti tra la persona che ha avuto una situazione di acuzie psicopatologiche e una serie di altri elementi che caratterizzano la persona stessa (capacità, risorse, occasioni).

- **Personale**: oltre ai medici, venne garantita la presenza di **nuove figure professionali**, tra cui psicologi, educatori e assistenti sociali.
- **Organizzazione**: l'interesse divenne quello di dover garantire l'attenzione al paziente in toto e, quindi, di considerare **tutti** gli aspetti che riguardano la sua vita.

Il dipartimento, quindi, non venne concepito come servizio unico (come il manicomio), ma presentò **servizi articolati** in modo da rispondere adeguatamente alle diverse esigenze che il paziente presenta in un determinato momento.

- **Permanenza**: la degenza media nell'Ospedale S. Pertini dura circa 11 giorni (la permanenza media negli SPDC di Roma in generale va dai 12 ai 15 giorni).

All'interno di questa ri-articolazione venne considerata importante la creazione di un servizio al quale il paziente potesse essere inviato qualora necessitasse di una "**terapia intensiva**"; i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura nascono, quindi, come luoghi destinati a pazienti che presentano acuzie che non possono essere trattate a livello domiciliare o ambulatoriale; i ricoveri in queste strutture sono pertanto finalizzati al superamento della crisi.

Tutto ciò consente di distinguere il modello ospedaliero precedente da quello attuale che, sebbene si basi su una degenza più breve, presenta un intervento **più articolato e più attento agli aspetti personali del paziente** piuttosto che a quelli sintomatologici.

Il “vecchio” modello si basava sul concetto di “**custodia**” del paziente; in seguito alla riforma, invece, si sviluppò un modo nuovo di concepire la persona e il trattamento ad essa indirizzato: il paziente, pur trovandosi in un momento di disagio psichico, deve essere seguito e trattato non solo per lo stato emergente dei suoi sintomi, le **acuzie**, ma **deve essere considerato nel suo complesso** tenendo conto delle sue relazioni con il mondo e della fase di emergenza dei sintomi (tutto questo rientra nel concetto di **crisi**).

Per inquadrare meglio gli eventi che hanno portato il paziente al momento di rottura, e quindi all'insorgere dei sintomi, si devono utilizzare diversi punti di osservazione.

All'interno dell'SPDC è necessario avere sia un **rapporto diretto con il paziente**, che rappresenta l'aspetto più interessante, che **un'organizzazione rigorosa di riferimento**, ritenuta spesso “noiosa”.

Bleger, psicoanalista argentino, afferma che il trattamento psicoanalitico verte su due aspetti:

- **il setting** (ossia il numero di sedute, orario, pagamento, lettino) che comprende tutti gli aspetti strutturali della cornice di contenimento volti a rappresentare la continuità del trattamento;
- **il processo**, che riguarda sia l'ascolto che lo scambio paziente-terapeuta.

Egli sostiene, inoltre, che il setting, pur essendo qualcosa che si differenzia dal processo, entra a pieno titolo nel trattamento, cioè **svolge una funzione di cura** in quanto è nel setting che si manifestano le fantasie e i comportamenti del paziente che gli permettono l'espressione di parti del Sé. Il setting, quindi, **non è neutro**, ma è parte integrante della terapia: infatti se un paziente salta delle sedute, o vi arriva in ritardo, non fa altro che mostrare la propria struttura del Sé caratterizzata da interruzione, salti e disconnessioni. Il compito del terapeuta è quello di fargli accettare queste disconnessioni e aiutarlo a capire come trattarle, cercando di proporgli una sorta di continuità dal punto di vista del trattamento.

La sua idea è che nel setting il paziente metta gli **aspetti del non-Sé**, ossia quegli aspetti psicotici di se stesso, pensando così di poterli controllare in modo onnipotente¹.

¹ Contribuendo alla spiegazione dell'importanza di tenere conto del setting come parte del trattamento, il Prof. Neri porta l'esempio di quei pazienti che, di fronte alle interpretazioni del clinico, reagiscono "senza battere ciglio" ma sono, invece, molto attenti a quegli aspetti strutturali, quali la puntualità del terapeuta o l'ordine della stanza.

Se vengono indagati questi aspetti che il paziente tenta di nascondere o proteggere, egli si sentirà minacciato e reagirà di conseguenza.

3. “COME RICONOSCERE LE TRACCE DI UNA FUNZIONE O QUALITÀ PSICOLOGICA NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE IN SPDC”

L'organizzazione dell'SPDC

L'ospedale Sandro Pertini è stato aperto nel 1992 e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura si trova nella palazzina centrale; pertanto, contrariamente a quanto si possa immaginare, non è isolato dagli altri reparti.

È un reparto ampio, che comprende un lungo corridoio, una serie di stanze di servizio poste sul lato sinistro, la stanza dei medici, la cucina, i bagni e cinque stanze di degenza, ognuna con un bagno. Le finestre non hanno sbarre e affacciano su un ampio giardino.

È un ambiente sufficientemente pulito.

Il personale presente nel reparto è il seguente: dieci medici, tra cui il Dott. De Sanctis (il responsabile), che si occupano dell'attività e della gestione; diciannove infermieri e una caposala, che si occupano dell'assistenza del paziente; tre psicologi e un'assistente sociale, che si occupano dell'attività del reparto; due ausiliari, due psicologi specializzandi e due volontari del servizio civile presenti da quest'anno.

I pazienti vengono "selezionati" in base alla gravità sintomatologica: l'arrivo nel SPDC avviene, infatti, dopo il lavoro di "filtro" effettuato dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Generale.

L'utenza in reparto ha un'età che varia tra i 18 e i 70 anni e proviene principalmente dal V e VII municipio (zona Tiburtina, Centocelle, Prenestina); a volte vengono ricoverati pazienti inviati da altri SPDC nei quali non sono disponibili posti letto.

Le persone ricoverate presentano una condizione di acuzie psicopatologiche quindi sintomatologie attive (stati deliranti, allucinazioni uditive, fase di eccitamento in pazienti bipolari, gravi stati di angoscia, dissociazione, confusione, stati depressivi legati ad una crisi evolutiva o a lutti complicati, gravi e ripetuti tentati suicidi, gravi disturbi della personalità).

All'interno di tale servizio i pazienti possono essere ricoverati successivamente ad una richiesta di **Trattamento Sanitario Obbligatorio** (TSO), oppure **volontariamente** in

seguito a episodi gravi di manifestazioni patologiche **non** trattabili a livello domiciliare o all'interno dei CSM.

Per ogni paziente è programmato **un percorso di ricovero personalizzato**.

I pazienti che accedono al reparto sono privati di cellulari, oggetti di valore ed effetti personali che potrebbero provocare danni a loro stessi (lacci, accendini, ecc.). Privarli degli effetti personali è un modo per evitare problematiche relazionali tra i degenti.

All'interno dell'attività clinica si distinguono due elementi:

- **i momenti strutturati**. L'equipe al completo effettua ogni mattina un **giro per le stanze** per salutare i pazienti² e avere un primo breve colloquio.

Segue una **riunione clinica** tenuta dal primario: un momento di raccordo quotidiano sullo stato dei pazienti, sul percorso e sul progetto di ricovero nel quale si imposta e si valuta la terapia farmacologica.

Infine, vengono visti e controllati esami e consulenze.

Alle 14 c'è il **briefing**: un'altra brevissima riunione che rappresenta il passaggio di consegne all'équipe del pomeriggio.

Settimanalmente è effettuata la **riunione clinica di tutta l'équipe**.

È necessario sottolineare che nel reparto di SPDC è fondamentale la **manutenzione psichica**³, quindi il confronto, lo scontro e la comunicazione sono indispensabili per sostenere e riuscire ad affrontare la forza disgregatrice della psicosi che si tratta.

- **il trattamento del paziente vero e proprio**. Prevede la conoscenza dell'anamnesi familiare, della storia personale e patologica del paziente, la prescrizione di una terapia farmacologica e l'eventuale individuazione di un accudimento infermieristico. Nella riunione della mattina vengono assegnati al paziente dei **referenti**: un medico, un assistente sociale e uno psicologo; vengono anche effettuati colloqui insieme ai familiari per riuscire a comprendere meglio il contesto che ha fatto scaturire la crisi.

² La prassi quotidiana dello "scambio" con i pazienti, in particolare della pratica mattutina del "giro letti", è paragonata all' "**annusare l'aria**" nel reparto, per comprendere e sondare gli umori.

³ A proposito dell'importanza di un'autoverifica, il mezzo può essere quello di tenere a mente lo stato del gruppo e dei singoli operatori da un punto di vista emotivo, motivazionale e qualitativo. Nei contesti ospedalieri invece, gli strumenti prevalentemente utilizzati sono dei macchinari, che richiedono una costante **manutenzione tecnica**.

L'obiettivo e il compito del ricovero sono di **contenere l'angoscia, la frammentazione e l'annullamento e di ridurre l'esplosività dei sintomi** attraverso la restituzione di un ordine e di una ricomposizione.

Al paziente viene somministrata anche una **terapia farmacologica** la quale, agendo sui sintomi, attenua la sintomatologia attiva portando miglioramenti sul piano relazionale. La relazione terapeutica consente di capire il motivo e la causa della crisi mantenendo come obiettivo la **ri-significazione dell'evento e la conoscenza del paziente come persona**.

L'aspetto personale si può raggiungere, infatti, solo attraverso la relazione, assumendo una **funzione osservativa**.

Infine c'è la "**riunione serale**", alla quale il paziente può partecipare, e che costituisce per il clinico una situazione di osservazione rilevante.

La riunione serale

È un'attività che si svolge alla fine della giornata, tra le 18 e le 19; avviene dopo la visita dei familiari e prima della cena. La disposizione dell'orario a fine giornata ha una duplice funzione: da un lato "**raccoglie**" le emozioni, gli stress, le discussioni della giornata e le delusioni; dall'altro **predispone all'acquietamento di tutti questi elementi**, favorendo una nottata potenzialmente più tranquilla⁴.

- **Il salone.** La riunione avviene nel salone del reparto; è in questo ambiente che i pazienti trascorrono la maggior parte della loro giornata: mangiano, giocano a carte, guardano la televisione, passano per uscire in giardino a fumare, ricevono le visite dei familiari.

È uno spazio privo di confini definiti che vengono creati circoscrivendo un'area con delle sedie posizionate in cerchio.

La porta del salone rimane aperta in modo da creare un senso di continuità tra ciò che avviene durante la riunione e il resto del reparto; questo consente al gruppo di percepire che il "fuori" è sempre presente: si può sentire il rumore del resto del

⁴ Parlando dell'importanza e del significato che la riunione serale ha per i pazienti, viene portato l'esempio di alcuni utenti che, poco prima dell'orario di inizio della riunione, "preparano" il setting, disponendo le sedie in circolo e trasmettendo ai terapeuti **l'idea dell'attesa** ("ci stanno aspettando").

reparto e alcuni pazienti possono decidere di uscire durante lo svolgimento della riunione.

- **Il conduttore.** Prima di ogni incontro il conduttore di turno invita alla riunione tutti i pazienti personalmente.; ogni giorno, infatti, vi è una figura differente a condurre il gruppo, in base ai turni lavorativi.

I pazienti si predispongono automaticamente, in modo differente, in relazione alle diverse modalità di conduzione adottate dai terapeuti che si susseguono alla guida delle riunioni.

- **Il giro di presentazione.** La riunione inizia con un giro di presentazione: il conduttore si presenta e invita tutti i partecipanti a farlo. Successivamente chiede di raccontare la loro giornata, facendo emergere, così, il vissuto personale di ognuno. La riunione si conclude con un giro di saluti.

Con il tempo tale copione è diventato sempre meno rigido e attualmente le fasi della riunione si svolgono con maggiore elasticità.

La “riunione serale” è nata 22 anni fa insieme al reparto e, da allora, sono avvenuti alcuni cambiamenti.

In origine, al gruppo partecipavano tutti gli operatori presenti (medico, psicologo, infermieri); è stato poi riscontrato che quando erano presenti i medici, la discussione era limitata, in quanto verteva sempre su temi clinici, quali i sintomi e/o gli effetti dei farmaci, circoscrivendo così l’espressione dei pazienti a quel singolo ambito.

Si è deciso, così, di proseguire senza la presenza dei medici, mantenendo gli infermieri che hanno continuato ad affiancare psicologi e assistenti sociali, con la funzione di supporto e aiuto nella gestione delle riunioni.

Tuttavia, per far sì che gli aspetti medici non interferissero comunque sul clima emotivo del gruppo, gli infermieri erano invitati a rispettare il “**mandato del silenzio**”.

La difficoltà di osservare questo mandato ha portato successivamente ad affidare la conduzione del gruppo a **due operatori**: uno di essi conduceva il gruppo, mentre l’altro ricopriva il ruolo di osservatore.

La “riunione serale” svolge una serie di funzioni:

- è un’occasione di **ri-definizione del problema**, in quanto consente al conduttore di vedere i pazienti in una condizione e in un’ottica differente rispetto alla relazione a

due; permette la **pluridiscorsività**, ossia ognuno porta il proprio discorso, favorendo una sorta di rispecchiamento con l'altro.

- gli operatori hanno un **ulteriore punto d'osservazione del paziente** ("dal singolare al plurale"): osservare il paziente inserito in un contesto interattivo permette allo psicologo di "affrancarsi momentaneamente da ogni vincolo decisionale sull'individuo che ha in cura".
- È **attivatore di relazioni**: il conduttore, nel corso della riunione serale, favorisce la comunicazione, l'aiuto e il sostegno tra i pazienti; la condivisione del dolore funge da elemento di comprensione reciproca e permette una riduzione della solitudine. Quest'aspetto è particolarmente importante, poiché **il gruppo permette di condividere la propria sofferenza con persone "alla pari"** che, proprio per questo, sono capaci di un ascolto e di una comprensione diretta e immediata (anche per dare la possibilità al paziente di vivere la propria realtà soltanto con persone con le quali può rispecchiarsi totalmente; le persone "non alla pari", come ad esempio i parenti, non prendono parte a nessuna attività del gruppo).⁵

I professionisti intervenuti a lezione descrivono il periodo di degenza negli SPDC come un tratto di storia della persona, che si inserisce all'interno della sua storia personale più estesa; infatti, lo spazio in SPDC può integrarsi nella vita quotidiana della persona.

A sostegno di quanto detto, viene riportato l'esempio di un detenuto ricoverato in un ospedale giudiziario a Volterra che, dal '61 al '72, racconta la sua vita scrivendo su un muro (lungo 150m).

Una volta dimesso, mosso dal desiderio di continuare la "storia", l'ex-detenuto ritornerà nella struttura per molto tempo ancora e completerà l'opera (Tabucchi in "Caro muro ti scrivo").

Il desiderio di raccontare e avere delle persone che ascoltano il proprio racconto, è ciò che consente che la riunione avvenga tutte le sere.

⁵ Parlando delle funzioni terapeutiche del gruppo, la Dott.ssa riporta degli esempi:

- il rispecchiamento non è sempre positivo: ad esempio, se in seduta è presente un paziente depresso e davanti a lui è seduta un'altra persona con la stessa condizione e gli stessi tratti somatici caratteristici della patologia, l'esperienza di rispecchiamento può essere molto forte e poco funzionale.

- all'interno del gruppo terapeutico si possono verificare situazioni in cui le proiezioni del gruppo investono un partecipante, al quale viene richiesto implicitamente di assumere la funzione di "vuoto", attacco-fuga o accoppiamento.

È un errore considerare questa “riunione serale” un gruppo terapeutico, poiché **essa non presenta la caratteristica di continuità del gruppo di terapia**⁶; le riunioni serali sono gruppi aperti, in cui il tempo di partecipazione è legato alla permanenza del ricovero e alla scelta libera di ognuno di prenderne parte.

Nonostante ciò, è importante differenziare tale attività di condivisione dalle altre che avvengono in reparto, poiché è “**uno spazio di parola a nome proprio**”, in cui ognuno è libero di esprimersi presentandosi per nome e uscendo dalla silenziosa condizione critica in cui si trova, denunciando le difficoltà esistenziali che lo accompagnano.

Si tratta di **un momento creativo**, nel quale si riescono ad evidenziare le potenzialità e le risorse del paziente, andando al di là del disturbo psichiatrico.

⁶ Parlando del fatto che ogni riunione è potenzialmente una sorpresa, viene riportato l'esempio di una paziente che solitamente, durante le sedute, si mostrava particolarmente agguerrita e che, invece, nel corso di una seduta è riuscita a proporre un'immagine delicatissima della sua terra natale, descrivendone i colori tenui e la figura di lei bambina, che passa da un contesto rurale a quello di una grande città del nord.

Questo contributo inatteso, riesce a cambiare il tono e il corso di una seduta.

INTERVENTI

Prof. Neri: <<Bleguer ha dato un contributo piuttosto nuovo anche se non lo condivido. È un apporto che il Dott. De Sanctis ci dà, una nuova lettura.

Bleguer considera il setting non neutro ma parte integrante della terapia.

Se un paziente salta le sedute, secondo Bleguer non ci si può aspettare nulla di diverso se non che l'aspetto profondo del paziente corrisponda a questi salti.

Il fatto di proporgli di accettare questi salti, ha un'importanza nel trattamento.

Uguualmente, Bleguer ha notato che ci sono pazienti ai quali puoi dire qualsiasi cosa e non battono ciglio. Se invece il terapeuta arriva in ritardo di cinque minuti, ciò causa una tempesta di proteste.

Nel setting il paziente mette gli aspetti non-sé e, secondo l'autore, metterli in questa cornice lo aiuta nel controllo degli stessi.

Vi è un secondo filone, inglese, che si basa sull'**organizzazione** stessa come elemento curativo. Ora bisogna accettare che anche la burocrazia faccia parte del contesto di apprendimento. Sembra più evidente parlando di altre questioni, ma è significativo poter allargare il discorso. Mi pare che questa lettura dell'organizzazione faciliti la comprensione della cura dell'organizzazione>>.

DOMANDE

Studente: <<Nello specifico come funzionano i casi di TSO? Come si decide, come si gestisce, con questa nuova cultura del trattamento, un'istituzione?>>

Dott. De Sanctis: <<Per il TSO la legge parla chiaro: può essere fatto in presenza di una malattia mentale, qualora il paziente non accetti le cure e non è possibile effettuare una cura al di fuori del trattamento ospedaliero. L'operatore deve verificare altre alternative, limitando l'automatismo, e gli operatori si prendono la responsabilità della cura.

È un trattamento di ordine sanitario e, quindi, la responsabilità è dell'operatore.

Di solito spieghiamo al paziente perché facciamo un TSO e che la responsabilità l'assumiamo noi. Lo sottolineo perché nella pratica lavoriamo con pazienti a cui spieghiamo che hanno bisogno di cure e che, lasciarli andare, significa esporli a dei rischi. Questo in qualche modo introduce il concetto di relazione e, al paziente, pongo un tema sul quale potrò lavorare, spiegandogli su cosa si fonda la mia scelta>>.

Dott.ssa Satta: <<Ieri abbiamo ricoverato un paziente: non era assolutamente d'accordo e ha chiesto al medico un TSO. E' entrato in reparto e ha preso la terapia, facendo sì che, paradossalmente, diventasse un elemento relazionale. Il paziente chiede che sia tu a prendere la responsabilità>>.

Dott.ssa Pizzoferrato: <<Un altro elemento di forza è la porta chiusa. Una paziente che aveva avuto un TSO, in riunione aveva preso materialmente a calci la porta e verso la fine del ricovero era felice che quella porta fosse chiusa. Spesso, durante la riunione, le persone raccontano la loro evoluzione a persone che si sentono carcerate.

A fianco del discorso della relazione, un'esperienza del genere raccontata da un altro paziente, cambia tutto. È un discorso tra pari. Nella riunione questi elementi forti vengono dunque ri-significati. Vi è la percezione di questa durezza solo dopo aver vissuto un T.S.O., sia per chi lo svolge sia per chi lo riceve. La riunione, però, consente di rivedere questo aspetto>>.

Studente: <<Cosa si aspetta di trovare un paziente che arriva in SPDC, sia a livello implicito che esplicito?>>

Dott.ssa Mei: <<La domanda esplicita è la guarigione, che è abbastanza complicata da raggiungere perché il più delle volte sono situazioni che hanno bisogno di una cura continuativa, come se il ricovero significasse la chiusura e apertura di qualcosa.

Quando una persona arriva in reparto, porta la paura di non sapere cosa gli succederà. La domanda implicita è di far finta che il ricovero non ci sia mai stato, racchiudere il ricordo in una situazione dissociativa, come una parentesi aperta e chiusa della propria vita.

Un'altra paura è che si possa creare una storia di ricoveri andando avanti nel tempo.

Una persona che arriva per uno scompenso, all'inizio ha paura, ma questa paura passa conoscendola, soprattutto grazie agli operatori che forniscono tranquillità.

Un'altra domanda, ancora a livello implicito, difficile da accogliere, è la non guarigione (l'unica dimensione che il paziente ha trovato per continuare a vivere) oppure la richiesta di aiuto del paziente per lenire l'angoscia senza però togliergli tutto>>.

Dott.ssa Pasquali: <<Un paziente, una volta, chiese di venire in reparto. Teneva molto a sottolineare questa cosa, per mostrare che ha fatto un percorso che lo ha portato a chiedere aiuto>>.

Studentessa: <<Dal punto di vista degli operatori, vivere un contesto così forte con pazienti gravi com'è?>>

Dott.ssa Pasquali: <<Io all'inizio del mio percorso lavorativo ho attraversato vari servizi completamente diversi. È stata una mia scelta quella di lavorare in psichiatria e mi sono ritrovata in un SPDC. Dopo ho scelto di continuare. Comunque, credo che gli operatori possano cronicizzarsi come i pazienti. Questo rischio può essere contenuto attraverso la manutenzione continua del gruppo in cui è inserito>>.

Dott.ssa Satta: <<In questo lavoro non si può lavorare da soli, perché ci sono molti aspetti transferali e controtransferali e il gruppo deve aiutare in questo. Si può anche scegliere, ma dopo un percorso. Io sono stata allevata dalla psichiatria e arrivare in SPDC è un lavoro che è in continua discussione e questo è il senso del lavoro di équipe; il rischio, infatti, è di incorrere nella solitudine>>.

Dott.ssa Pizzoferrato: <<Questa è una cosa vera anche per me. A volte mi fermo a pensare a dei lavori che hanno a che fare con la felicità e mi chiedo chi me l'abbia fatto fare; però è vera questa cosa della possibilità di cronicizzarsi.

Secondo me non è unicamente correlata con la durata del tempo che si permane in un servizio. Anche dopo un anno si può essere cronicizzati. L'elemento fondamentale è la manutenzione. Sono vent'anni che mi trovo in questo servizio, motivata dall'aspetto della manutenzione, di far parte di un gruppo che, seppur con problemi, opera manutenzione del lavoro di équipe. Inoltre, operare in SPDC non è facile, è un elemento debole in una struttura forte che deve essere interessata ad accogliere e a utilizzare l'elemento debole e questo non succede in tutti i servizi. Mi preoccuperebbe andare in un altro posto e fare la valletta.>>

Dott.ssa Mei: <<Credo si possa operare in una sorta di specializzazione e poter anche cambiare in maniera favorevole. Io rimango in SPDC perché per me è un luogo dove posso continuare a cercare questo discorso del non capire. Più vado avanti e più mi sembra di non capire>>.

Prof. Neri: <<Il lavoro da voi svolto contribuisce a far diventare il periodo di ricovero come un momento di storia. Quando lavoravo io in reparto, la storia era "prescritta". Vorrei sapere se ho colto un punto reale>>.

Dott.ssa Pasquali: <<All'interno del reparto quello che proviamo a fare è comunque conoscere l'altro che si racconta. Viene fuori una vita al di fuori del momento del ricovero. Il reparto diventa quasi una seconda famiglia acquisita per quei momenti>>.

Dott.ssa Mei: <<Mi viene in mente che un elemento difficile da raccontare è quello dell'uscita dei pazienti. A volte coincidono i tempi sia dell'operatore che ha seguito il paziente sia i tempi di separazione, quindi sono sincronizzati>>.

Studentessa: <<Che rapporto c'è tra l'SPDC e un percorso di cura? Hanno ruolo nell'indicarlo o "spengono" la fase critica e basta?>>

Dott.ssa Pasquali: <<Una parte del lavoro degli operatori è proprio quello di mettere le basi perché fuori possa iniziare o proseguire la cura. Lavoriamo in stretto collegamento con i centri di salute mentale e, quindi, chiediamo direttamente a loro l'assegnazione e di venire a conoscere il paziente>>.

Dott.ssa Mei: <<Pensavo che un elemento difficile e articolato fosse l'uscita del paziente dal servizio. La preparazione delle dimissioni del paziente a volte non coincide con i tempi dell'operatore che lo segue e io, a volte, non mi sono separata. All'inizio c'è un affidamento e, ogni tanto, i miei tempi di separazione non coincidono con le reali dimissioni>>.

Dott.ssa Pizzoferrato: <<Un altro aspetto di questa fase della dimissione, con la relazione del curante ambulatoriale, è il tentativo, a volte difficile, di passare la conoscenza che si è fatta del paziente. Con cosa ci si è incontrati davvero. Passarlo ad una persona non è sempre facile e, a volte, anche qua c'entra molto l'aspetto personale: questa difficoltà di lasciare il paziente a qualcuno che non ha ancora avuto modo di capirlo. In qualche modo si cerca di garantire un tipo di distanza per un lavoro che poi si conclude>>.

Dott.ssa Satta: <<Il tema della relazione del paziente con l'SPDC potrebbe impegnare una lezione intera. È importante la misura della distanza nella relazione e c'è troppo da dire>>.

Studentessa: <<lo vorrei sapere come arrivano i pazienti al TSO>>

Dott. De Sanctis: <<Vi sono tutte le possibilità. Il più delle volte viene portato dai familiari, a volte lo porta la polizia, a volte viene portato con l'inganno nel centro o da un collega del CSM o da un medico di un'altra struttura; l'articolazione è delle più varie>>.

PUNTI CHIAVE

SPDC è un servizio inserito all'interno dell'ospedale e nasce quando in Italia cambia l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica con la riforma Basaglia.

Troviamo varie differenze tra il vecchio e nuovo modello ospedaliero

Manicomio:

- Il paziente veniva prelevato dal suo contesto e portato in ospedale (spesso molto lontano)
- Permanenza prolungata che, anche a causa delle distanze, comportava l'allontanamento del soggetto dalla sua vita quotidiana, dai suoi legami affettivi, dal lavoro, dal contesto sociale
- Perdita del senso di identità della persona, appiattimento, condizione di reale abbandono e mancanza di progettualità individuale
- Trattamento farmacologico in una visione in cui la malattia è centrale

Nuovo modello:

- Necessità che la cura avvenga nell'ambiente del paziente (servizi territoriali)
- Non evidenzia nella persona solo l'aspetto sintomatologico ma mantiene il contatto con altre caratteristiche dell'individuo
- Creazione degli SPDC, dove il paziente può essere inviato per una terapia intensiva in caso di acuzie che non possono essere trattate a livello ambulatoriale o domiciliare
- Restituisce o avvia un trattamento territoriale
- Tempo di permanenza nelle strutture limitato nel tempo
- Intervento maggiormente orientato alle necessità del paziente
- Degenza media nei SPDC di 10-12 giorni

Sorge la necessità di avere un contatto diretto con i pazienti (processo terapeutico) e la necessità di gestire l'organizzazione (setting). Sono due aspetti necessari e dovrebbero essere pensati come due facce della stessa medaglia. Setting e processo, infatti, fanno parte uno dell'altro. Il setting veicola aspetti del rapporto terapeutico (Bleguer).

Come riconoscere le tracce di una funzione o qualità psicologica nel trattamento dei pazienti in SPDC. Nell'ospedale Pertini, il reparto è situato nella palazzina centrale ed è molto ampio:

- 9 medici più il responsabile che si occupano del pronto soccorso
- 19 infermieri più la caposala
- 3 psicologi e un assistente sociale che si occupano di attività di reparto e non vi è netta distinzione tra i ruoli
- 2 psicologi specializzandi e 2 persone del servizio civile
- Pazienti tra i 18 e i 70 anni che arrivano al servizio dopo un'attenta selezione dal pronto soccorso (tra il V e VII municipio)
- Vengono inviati da altri servizi per mancanza di posto e poi gli vengono rinviati
- Patologie psicotiche, borderline, bipolari, depressive, antisociali, tentativi di suicidio, abusi di sostanza ecc
- Ricovero volontario o per TSO
- Reparto a porte chiuse; uscite e permessi regolati a seconda della condizione
- I pazienti vengono privati di oggetti potenzialmente pericolosi
- Prevenzione dei gesti autolesivi e delle fughe
- Ogni paziente avrà un percorso di ricovero personalizzato

Attività cliniche:

Il trattamento del paziente prevede:

- Conoscenza dell'anamnesi
- Prescrizione di una terapia farmacologica
- Individuazione di un assetto di assistenza infermieristica

I momenti strutturati sono rappresentati dalle riunioni.

La riunione è un'intersezione tra sintomo e crisi, dove vi è il racconto del paziente della propria vita e del suo disagio.

La **dimensione plurale** rappresenta l'aspetto importante in quanto, pur attenendosi alla singolarità del paziente e alla sua storia, implica, allo stesso modo, l'incontro con l'altro.

Vi è una riunione mattutina; al paziente vengono affidati due referenti: un medico e uno psicologo che svolgono colloqui individuali e familiari.

Per quanto riguarda la riunione serale:

- Si svolge alla fine della giornata verso le 18, dopo la visita dei parenti e prima della cena

- La funzione è quella di raccogliere la giornata
- Avviene nel salone del reparto
- Le sedie sono disposte in circolo per delimitare un ambiente di condivisione
- La porta è aperta, ad indicare continuità tra riunione e resto del reparto
- Si invitano tutti a partecipare (seppure a volte qualcuno non partecipa, ad esempio se in quel momento non può tollerare un tale incontro relazionale)
- Il conduttore ruota in base alla turnazione lavorativa
- Inizia con le presentazioni e si introduce la giornata di ciascuno; emerge quindi un tema più "caldo"
- Il conduttore, durante la riunione, perde un po' il ruolo di curante permettendo ai pazienti di relazionarsi

La riunione ha una serie di funzioni:

- Vedere i pazienti in maniera diversa, in relazione tra di loro e non solo con il conduttore
- Dimensione plurale, incontro con più di un'altro
- Rispecchiamento