

Una giornata di Antonio Coslovich. Infermiere al C.S.M.

Il primo a venirmi incontro è Walter, alla ricerca della solita sigaretta. Poi Andrea, spinto dall'impellente necessità di farsi una doccia prima delle otto del mattino, privilegio negato dal sonnolento turno smontante notte.¹

Alla spicciolata arrivano tutti i colleghi del mattino. La notte è stata pacifica; rassicurato dalla notizia delle (forse) prossime dimissioni, Andrea non ha giocato con i fiammiferi, incendiando il comodino come due notti fa. Chi va all'ambulatorio in Distretto? Io e una collega.

Mentre ci prepariamo (farmaci e quaderno delle terapie, chiavi, telecomando per ritirare la macchina al parcheggio) Manuela ci ronza attorno, assillando con le sue richieste di aiuto - "Quando vado via di qua?" - "Mi darai una borsa lavoro?" - "Hai visto come sto bene oggi?" Ieri ha preso a forchettate ² in faccia una collega che cercava di rimediare ai suoi 42 kg per 1,80, imboccandola. "Internata" per sua volontà, in mancanza di meglio, dopo aver sabotato ogni tentativo di inserimento in comunità, siamo i suoi famigliari - terapeuti - aguzzini - amici. ³ Nessuno, a parte alcuni infermieri, le parla.

Le strade del Carso sono scorrevoli anche nell'ora di punta.

Ci rechiamo velocissimi a casa di Federico, è assolutamente necessario fargli la litiemia, prima che cambi idea, impegnando il Servizio in interminabili contrattazioni. L'ambulatorio in Distretto, condiviso con altri Servizi, offre uno strano contrasto, così istituzionalmente lindo e ordinato, con il caos perenne del Centro. Gli amici che ci vengono a trovare sono sempre gli stessi. Enea controlla preoccupato e diffidente le solite pasticche⁴, che poi forse dimenticherà di prendere. Alberto ha un problema con la doccia di casa, poi si passa a vedere⁵. Faccio due passi nei corridoi del Distretto. Mi sento trafitto da sguardi apprensivi: psichiatria resta sinonimo di pericolo, disordine; ci sono state proteste per la presenza dei nostri utenti, non sempre gradevoli e silenziosi. Ascolto l'obiettivo frastuono fatto di urla infantili, sbattere di porte, telefonate urlate nella cornetta: eppure tutto questo non desta la reazione fastidiosa di nessuno.

Dopo un'ora chiudiamo per fare visita ad una residenza⁶, Il gruppo di ragazzi ospitati si avvale dell'accompagnamento di collaboratori a termine per andare al lavoro o per le attività ricreative, ma la visita quotidiana è d'obbligo, per le

terapie e la continuità del rapporto. Uno è già al lavoro, una borsa lavoro in una cooperativa di consegna di pasti confezionati a domicilio. Roberto invece si aggira ancora in mutande nel consueto disordine della stanza. L'accompagnatore⁷ lo chiamerà all'ora di pranzo, e se necessario, lo porterà al lavoro. Maria, la ragazza, è in camera: il disagio si manifesta già da qualche giorno con i più fantasiosi guai fisici: oggi è la volta di un occhio, che non sopporta le lenti a contatto, chissà.

Passiamo a casa di una signora che ha un figlio Down, mentalmente molto ritardato. Anche la signora ha i suoi problemi in fatto di "voci" moleste, e prende neurolettici, ma soprattutto fatica ad occuparsi adeguatamente del figlio, specie quando sia lei che lui hanno problemi di salute generale, fisica. Il ragazzo segue già giornalmente attività ricreative riservate ai portatori di handicap, ma chi lo accompagna per tutte le altre necessità? E la signora? Noi, il Distretto? Le associazioni per l'handicap? Uno dei tanti buchi neri o difficoltà dei Servizi territoriali: si fa presto a scrivere un progetto, ma poi servono braccia e gambe, la fatica organizzativa.

Di passaggio a casa di Luigi, per somministrargli il long-acting, e impedire che finisca al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura⁸ alle undici di sera, fuori di sé, magari dopo essersi impasticcato. Ma non è facile. Neppure la casa è facile, uno dei casermoni popolari più degradati della città. Parcheggiamo nell'ampio cortile, costellato di auto sventrate, motorini dismessi, probabilmente rubati, cucine economiche che hanno fatto il loro tempo. Siamo spiati da due occhi spalancati, che hanno subito notato la *griffe* sulle fiancate della nostra macchina: sono gli occhi di una ragazza, seduta sul muretto: occhi affamati da tossica. Inconfondibili, non so perché. Mentre saliamo in ascensore, aggiornando la nostra cultura in fatto di graffiti pornografici, qualcuno sta percorrendo precipitosamente le scale in discesa: infatti, Luigi ci ha fregato, s'è dato, lasciandoci fessi a sorbirci le rimostranze della madre, più ambigua e rivendicativa che mai.

La doccia di Alberto funziona benissimo, anche troppo, nel senso che fa acqua da tutte le parti, e lo scaldabagno dev'essere oramai un bozzolo di calcare attorno alla resistenza. Parleremo con l'assistente sociale, la Dispensatrice di una Vita Decente, fin che durano i soldi, che arriveranno tra due mesi. La pensione di Alberto non concede lussi. Lo guardo, mentre si stropiccia le mani, sempre fredde.

Prossima tappa, la sede di un istituto per la formazione professionale⁹. Una signora da noi seguita insiste per sostenere l'esame finale di un corso che ha frequentato con grande contrarietà e difficoltà. Rifiuta una continuità

farmacologica, la continuità terapeutica è sul filo del rasoio. Il monitore del corso vuole sicurezze, teme scenate in corso d'esame, il fantasma del matto da "tutelare" riappare, è sempre dietro l'angolo. Si capisce che una rinuncia sarebbe gradita. Insistiamo invece perché la signora affronti la situazione. Saremo presenti, anche se non lo giudichiamo molto opportuno.

Di ritorno al Centro. Manuela è sul piede di guerra. La visita dai suoi non è andata bene. La prova generale di normalità è fallita¹⁰, i fantasmi di un antico rifiuto, chissà cos'altro ancora, residui cicatriziali che ricominciano a sanguinare. Gli occhi alla ricerca di qualcosa da colpire. Mi vede. Ci vediamo. - "Mi aiuti?" - "Mi dai una borsa lavoro?"

¹ **Centri di Salute Mentale.** Sono denominati secondo la via o il quartiere, in quanto storicamente radicati nel territorio (ogni Centro copre un bacino d'utenza media di ca. 60000 cittadini) garantiscono la bassa soglia d'accesso alle cure. Sono aperti dalle 8 alle 20, 7 giorni su 7, la notte forniscono l'ospitalità notturna con 8 posti letto ciascuno. Le persone vengono ricoverate, passano le giornate ad interagire con altre persone, più che "sotto osservazione", ricevendo, se è il caso, anche cure farmacologiche, che peraltro vengono spesso somministrate a domicilio. Il Centro funge da base organizzativa e sede, non esclusiva, per colloqui e consigli d'ogni genere atti alla prevenzione e alla cura dei disturbi mentali. In alternativa al SPDC vi si praticano i Trattamenti Sanitari Obbligatorii, che a Trieste, con una popolazione di 250000 abitanti hanno interessato nel 2002 35 persone, per un totale di 66 richieste. Le informazioni in dettaglio sul Dipartimento si trovano sul sito www.triestesalutementale.it

² **Rischio.** *Non si adopera alcuna forma di contenzione fisica, come cinghie, lacci, lenzuola, camicie, letti "attrezzati", stanzini:* a Trieste, per quanto riguarda chi opera nella salute mentale territoriale, pura triste archeologia. Non si adopera nei Centri, men che meno nelle residenze, neppure nel SPDC. La porta rimane sempre aperta, la limitazione della libertà di movimento, se necessaria in relazione alla tutela sanitaria di una persona che voglia lasciare inopportuno il luogo di cura o tenga comportamenti incongrui, potenzialmente dannosi, in quel momento, a sé ed agli altri, è praticata nel confronto tra persone, uniche "armi" la parola ed il comportamento, includendo ovviamente anche il presidio farmacologico, senza il quale la terapia del disturbo mentale sarebbe ancora cosa ardua. Ma l'unico vero deterrente contro la violenza è di renderla inutile, con una perenne, non facile, strategia dell'attenzione, dell'ascolto. E' la qualità di questa prassi messa in atto a Trieste a dettarne la peculiarità, e lo stato delle cose. E' anche l'unico punto fisso efficace per *inchiodare il servizio alla tutela della persona*, alla non reiterazione di risposte automatiche ed istituzionali, abitudini dure a morire e sempre pronte a ritornare. Occorre invece dimostrare che il servizio è "forte" non perché costringe qualcuno, interna, ma perché è costantemente attento, disponibile all'ascolto ed alla soluzione dei problemi; di conseguenza, l'atto violento diventa inutile provocazione, utile piuttosto a disvelare il problema, l'angoscia che ci sta dietro, a dire "ci sono". Parecchia gente che oggi vive nelle residenze, nelle comunità o a casa propria ha avuto un esordio con, ha o avrà

atteggiamenti aggressivi. Vive lunghi periodi di benessere in libertà. Nell'istituzione chiusa sarebbero mine vaganti, la contrapposizione violenta come unica alternativa alla catatonìa e all'abbandono. Tutto questo non vuol dire che rischi e pericoli non esistono più, ma sicuramente sono assai ridotti in condizioni di negoziabilità; abolita è la violenza che l'operatore farebbe a se stesso ogni volta che chiudesse una porta o peggio.

Tutto questo può richiedere anche l'impiego di task-force di operatori incollati per ore ad un'unica persona.

Tutto questo è certamente incompatibile con luoghi di cura di 20-40 posti letto con due infermieri "di guardia", o senza un adeguato supporto farmacologico ed ambientale; l'infermiere rifiuta così il ruolo di semplice guardiano/custode prendendosi una dose di rischio e responsabilità personali nella presa in carico del presente e del futuro della persona.

Tutto questo comporta presidi adeguati, sempre da chiedere, discutere, sottoporre a critica. Ma qualora permanga l'istituzione internante, l'ipocrisia del colloquio-ogni-quindici-giorni l'infermiera-le-darà-la-terapia, come dimostrare l'utilità di *tutto questo*?

³ **Ruolo degli infermieri.** Per meglio dire **molteplicità dei ruoli e valore della negoziazione e contrattazione dell'operato e del lavoro d'équipe.** Come infermieri, in Dipartimento, siamo quasi 160, tra psichiatrici, professionali, generici, specializzati. 4-5 colleghi costituiscono la media del turno nei centri, due alla notte con la facoltà di fare intervenire "un reperibile" (pronta disponibilità), che per espressa volontà degli infermieri, è sempre un operatore di riferimento del Centro, che conosce il "caso". 7 sono i tecnici della riabilitazione, 28 i medici, 7 gli psicologi, 10 le assistenti sociali, 14 gli operatori tecnici.

Non più erogatore di rigide e protocollari prestazioni l'infermiere diviene complice, amico, consigliere, ma anche colui che *ricorda* fatalmente la malattia ad ogni incontro, misura e pietra di paragone con la realtà, mediatore tra la persona sofferente e la sua difficoltà di stare al mondo, e del mondo a stare con lei. L'eterno lavoro di far convivere le componenti in questione, in una *molteplicità di ruoli*. Questo è possibile nel confronto ed intreccio dei vissuti personali, nel mettersi in gioco, nel riconoscimento, anche affettivo, tra le parti: io ti rispetto, "ti vedo", e tu capisci che ti sto aiutando. Questo espone al rischio del *paternalismo* o allo smarrimento di fronte al *carico di responsabilità* sul destino delle persone, al senso di colpa legato alla difficoltà di valutare la ricaduta immediata dell'intervento e le conseguenze a lungo

termine. E' il motivo per cui non si dà salute mentale territoriale senza un adeguato *lavoro d'équipe*: le capacità di ognuno al servizio di un lavoro comune non parcellizzato, come non può essere asetticamente uguale per tutti la risposta data a ciascuno; viste dal di fuori, molte scelte e prassi terapeutiche possono sembrare troppo disomogenee, e forse a volte lo sono: il confronto, per esempio nella riunione quotidiana di tutti gli operatori, serve alla continua, comune discussione.

Il rapporto con le persone va costruito prima, durante e dopo i momenti critici. *Contrattare, negoziare le scelte* terapeutiche implica la dignità della partecipazione alle decisioni, e la presa d'atto da parte di tutti che ci sono più rotte per un approdo positivo, tante quante le persone, spesso più propositive di possibili soluzioni di quanto uno dei tanti pregiudizi faccia pensare. Un rapporto pazientemente costruito è qualcosa che resta, e che pesa nei momenti difficili.

⁴ **I farmaci** sono quelli che si usano in psichiatria. Neurolettici, tradizionali o di nuova generazione, ansiolitico-sedativi, antidepressivi e stabilizzanti dell'umore. Il problema è la loro continuità in tempi lunghissimi, in presenza di effetti collaterali sgradevoli, o la loro appetibilità in termini di dipendenza. Sono argomento-chiave nella famosa contrattazione di cui sopra. Purtroppo l'assunzione di una terapia farmacologica è spesso necessaria anche per tutta la vita. È vero però, e dimostrato, che la messa in opera di programmi abilitativi come il lavoro protetto, attività culturali e ricreative, la *semplice* creazione di un adeguato clima affettivo riducono drasticamente l'impiego dei farmaci.

⁵ **Ruoli e mansioni** sono destinati ad essere superati; è corretto, ma assumersi un tale protagonismo e la responsabilità di scelte concrete nella vita delle persone implica la capacità di previsione e la dotazione di strumenti adeguati; questo riguarda la responsabilità, la formazione e autoformazione degli operatori, come la disponibilità economica ed organizzativa. Appartengono al bagaglio permanente dell'operatore il lavoro con i famigliari, attività che occupa un posto importantissimo nell'organigramma del Dipartimento con regolari incontri programmati, i rapporti con le istituzioni separate come il carcere, l'abilitazione al lavoro, ecc. così come le **competenze** occasionali, mirate maggiormente sulla capacità di reperire ed attivare risorse, che non sulle capacità specifiche. Tema intrigante del futuro è come *stratificare* queste

nuove abilità professionali, implementando l'efficacia delle prestazioni collettive e costruendo perfino le premesse per inediti riconoscimenti e ruoli professionali anche sul piano giuridico: pensiamo alla necessità che c'è in salute mentale di una figura che curi gli interessi delle persone con disabilità avendo cognizione di causa dei reali processi abilitativi, nel rispetto della libertà della persona: l'impegno è tale e di tale delicatezza che è impensabile rimanere confinati alla figura del tutore, nel quadro invalidante dell'interdizione, o delegare tutto all'assistente sociale.

⁶ **6 La presenza residenziale** è indispensabile alla pratica della salute mentale. Alcune residenze sono gestite direttamente dai CSM; sono normali appartamenti, spesso di proprietà o presi in affitto da utenti che convivono con altri utenti. Persone con difficoltà nel condurre un'esistenza quotidiana autonoma, nella dignità. L'investimento del servizio, in persone e mezzi, è calibrato sui bisogni nella loro evoluzione. Altre residenze sono di proprietà dell'ASS e gestite dal servizio Abilitazione e Residenze o da cooperative di tipo A (servizi alla persona) convenzionate. Alcune sono ancora situate all'interno del comprensorio ex-manicomiale. Molte attività di tipo abilitativo o ricreativo si svolgono presso il Politecnico - Centro Diurno, dove professionalità differenti operano e gestiscono laboratori (teatro, musica, tessuti/maglieria, serigrafia...)

⁷ La modalità operativa estremamente flessibile, nonché le arcinote ristrettezze istituzionali, hanno richiesto l'impiego di **risorse umane esterne**. Questi operatori sono stati destinati alla residenzialità, ai progetti speciali, che richiedono l'impiego massiccio di persone in un tempo più o meno limitato, agli accompagnamenti. L'infermiere resta come elemento di coordinamento, di collegamento all'unità operativa. Però, da un punto di vista strettamente infermieristico, il rischio di demandare parte significativa dell'attività, e la ricchezza che ne deriva, in termini di pratica e di conoscenza, e di continuità storica, a figure non professionalmente infermieristiche, qualcosa di analogo al fenomeno OSS/OTA in altre situazioni, è reale. Come mantenere e sviluppare la peculiarità, coordinare l'operatività di qualcosa di cui si rischia di perdere la presa diretta?

⁸ **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)**: 8 posti letto, è il pronto soccorso psichiatrico, situato entro le mura ospedaliere. E' altresì un termometro della *sofferenza* del lavoro sul territorio e della capacità di tenuta

della rete sociale attorno alla persona, come si vede dall'esempio illustrato nel racconto.

⁹ **Lavoro.** La differenza che passa tra ergoterapia e lavoro abilitante è la stessa tra il fare sedute di psicoterapia tra le mura di una clinica e aiutare le persone nel loro contesto di vita reale. Una linea di confine il cui superamento non è mai scontato. Nell'esperienza triestina i passaggi fondamentali sono stati la fondazione di **cooperative** per fornire un lavoro pagato a quanti provvedevano ai servizi di base dell'ospedale (pulizie, trasporti, giardinaggio, ristorazione) e **la riconversione di parte dei sussidi in aiuti economici all'inserimento: le borse lavoro**; in sostanza la fuoriuscita da un percorso tutto assistenziale per intraprendere una dignità di vita autonoma. Oggi la formazione e l'inserimento lavorativo sono componenti fondamentali dell'attività del Dipartimento. Le persone vengono aidate nel loro percorso formativo, e nella ricerca e mantenimento del lavoro. A tale scopo funziona un Ufficio per la Formazione e l'Inserimento lavorativo e vengono erogati degli assegni in denaro a sostegno delle persone nel loro percorso, le borse lavoro. Queste possono accompagnare la partecipazione ad un corso di formazione presso gli enti preposti (con i quali esiste una storica collaborazione ed uno scambio continuo), come la concreta pratica di lavoro in cooperative sociali o presso imprese private, associazioni, ecc.. Il loro andamento viene monitorato mensilmente dal suddetto Ufficio, composto prevalentemente dai referenti per l'inserimento di ciascuna Unità Operativa, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali che collaborano con pari dignità nel processo insertivo, che richiede una conoscenza non superficiale della persona da inserire, delle loro caratteristiche ed aspirazioni.

¹⁰ **La normalità** non esiste. Si fa presto a dirlo, tuttavia esiste il malessere della convivenza con la situazione esistente, data per normale da una serie di regole scritte e non scritte ma concretissime e mutevoli nel tempo e nello spazio. I nostri "clienti" hanno generalmente una grossa difficoltà a reggere questo continuo stress di adattamento che peraltro appartiene a tutti. Si tratta, con la più classica delle applicazioni del nursing, di aiutarli in questa fatica di vivere. Il concetto fondamentale è: non siamo qua solo per far accettare una cura, una determinata condotta che facciano aderire la persona ad un determinato contesto, ma per operare anche al cambiamento di questo contesto, sia esso ambientale, familiare, di scambio sociale in genere, che è spesso origine e conseguenza nello stesso tempo del disagio mentale. E' essenziale la lettura degli elementi di malessere e benessere del contesto stesso, **non per adattare**

una persona “fatta male” alla presunta normalità, ma per trasformare entrambi.

Epilogo. La passione, l’empatia, il coinvolgimento. Tutte chiacchiere già fatte mille volte. Niente di nuovo, il problema non è parlarne, è *farlo*. Ciò che può distinguere l’esperienza di ispirazione basagliana da altre valide sperimentazioni non meno avanzate, è che a Trieste *si è fatto*, il manicomio non esiste davvero più da decenni, è la realtà delle cose ad imporre nuovi progressi, a ingenerare critiche magari sanguinose e intransigenti, la critica è critica di un processo in atto, dal quale non si torna indietro, non espressione di dotti e pii desideri accademici. Certo, il lager può riprodursi, magari è dietro l’angolo, nei moderni ghetti delle case popolari, nelle case di riposo, nella solitudine del *morire di classe* che non è certo stato abolito per decreto legge, ma è sul terreno della libertà e visibilità che si gioca la partita con la malattia, l’esclusione, lo stigma. Non più “vergogna” nascosta.

Lorenzo Decarli dicembre 2003 fedrots@yahoo.it