

Appunti per una griglia di indicatori di qualità nel lavoro territoriale per la salute mentale

"Cosa abbiamo fatto noi per aprire l'istituzione? Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a questo "malato". Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone sapendo che, per esempio, avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel rischio del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere come un mestiere con dei rischi reali, io penso che l'istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto (ancora) il lucchetto. "
"Lezione agli infermieri", F.Basaglia,1976.

1. Alle fonti di alcuni concetti e parole (naturalmente, da dibattere).

Due premesse, che vi chiedo di condividere:

1. questa persona, questo utente non sarebbe di fronte a noi, se lui stesso e quelli intorno a lui non fossero già arrivati - con fatica - alla conclusione che da soli non ce la fanno,
 2. non farcela, non capire cosa (ti) succede e come ri-tornare sano, è molto spaventevole. Per quanta paura chi soffre possa fare agli altri, ciò non è niente rispetto alla paura che egli stesso ha.
-

"Esperienza, 'experience' per le culture di lingua inglese, è parola cruciale. E' vita che cresce su se stessa, che si stratifica evento su evento, sorpresa su sorpresa, dolore su dolore; e il risultato è la forma del sapere, è il sapere stesso. Senza esperienza non c'è sapere che resista al tempo."
Enzo Siciliano, recensendo un nuovo libro di Martin Amis, "La Repubblica" 3.01. 03.

“Quando un bambino impara a camminare ed a muoversi da solo i genitori lo lasciano salire su un divano o su una sedia, ma non farebbero lo stesso se l’obiettivo della scalata fosse il davanzale della finestra al terzo piano. Qual è il motivo? E’ semplice: è abbastanza facile che il bambino cada, e se cade dal divano, pur facendosi male, può tentare di nuovo; un volo da dieci metri invece, probabilmente porrebbe fine ad ogni ulteriore esplorazione. **Pare proprio che non ci possa essere un reale apprendimento in assenza della possibilità di errori ripetibili. Quindi se pensiamo che apprendere sia una cosa positiva, dobbiamo permettere che gli errori accadano.**” E.U.Von Weiszacker, “Perché dobbiamo apprezzare gli errori .”, in “SE” - Scienza Esperienza, febbraio 1987

“Il reale all’interno del quale si declina la pratica riabilitativa è costituito dall’insieme dei luoghi, dei tempi, delle relazioni che fondano la quotidianità. I tempi che scandiscono il vivere quotidiano, gli spazi della casa, del quartiere, della città, le relazioni quotidiane e banali. Potremmo dire che la Riabilitazione è la pratica dell’ovvio, il riapprendimento della banalità, la valorizzazione del ritmo che esiste fra gli oggetti ed il corpo che fra essi si muove, il rispetto per il rapporto fra tempo interiore e tempo sociale, l’integrazione di memoria e progetto, l’acquisizione della misura delle distanze fisiche e psicologiche, la conquista della consapevolezza dei diritti e del diritto alla consapevolezza.” . Benedetto Saraceno.

...“Ma l’ovvia scoperta della libertà cui lo psichiatra sembra essere giunto, presuppone in lui la conoscenza della **sua** personale libertà: il superamento cioè di un rapporto oggettivo con il paziente, nel quale non può vedere solo un isolato oggetto di studio o di analisi che gli si offre in una relazione alienante di servo-signore (si resterebbe sempre in un clima di pseudo-libertà alla Pinel), ma un soggetto in cui **può** riconoscere la **sua** personale soggettività e libertà.”

Franco Basaglia: “La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello “spazio chiuso”, considerazioni sul sistema “open door”. –1964.

“ A quanto pare non vi è fattore più efficace di un’altra persona per rendere un uomo più vivo al suo mondo, oppure per disseccare la realtà in cui egli dimora, con un’occhiata, un gesto, un’osservazione.” – Ervin Goffman – “Asylum”.

“ La libertà non è uno spazio libero,
libertà è partecipazione...”
Giorgio Gaber

“ Nella nostra epoca, l’esperienza della follia si compie nella calma di un sapere che, per conoscerla troppo, la dimentica.”
Michel Foucault.

“L’aspetto terapeutico del nostro lavoro è dunque vivere dialetticamente le contraddizioni del reale”

Franco Basaglia, in “Che cos’è la psichiatria?”

Gli operatori di Trieste al Réseau Internazionale di Alternativa alla Psichiatria del 1977:

“.....l’alternativa alla sanzione non può essere la semplice tolleranza della “follia”, ma l’imparare a sostenere l’incontro con l’altro, (incontro) che è reale e significativo solo se non separa la sofferenza in spazi ed ideologie; apprendimento che permette nello stesso tempo la non espulsione della diversità ed il riconoscimento della propria diversità.....Questo limite/verifica – costituito per i “malati” dalla presenza di altri, con il rifiuto della pausa del rapporto quando essi non possiedono più le regole per sostenerlo senza problemi – rappresenta l’unica possibilità per un incontro/confronto/riconoscimento tra i bisogni della persona che soffre ed i bisogni di quelli che continuano ad avere un rapporto con lui.....ciò significa **cercare di rendere possibile questo incontro, il rifiuto di organizzarlo secondo forme di socializzazione precostituite...**”.

AA.VV. - “Il Circuito del Controllo: dal manicomio al decentramento psichiatrico.” – 1978.

Le attitudini, scelte, metodologie - nel disegno che segue solo figuratamente alla periferia - concorrono **alla esperienza di un progetto**; un progetto, un vero e proprio percorso, che esiste e si sviluppa **attraverso** le relazioni che lo sostanziano.

Si danno, si possono dare, superamenti di quella incapacità ed impossibilità di condividere che le persone non riuscivano più a sopportare.

Una griglia per osservare **come** ci organizziamo e quali sono gli effetti dell’organizzazione che ci diamo (organizzazione che è, se non pienamente, moltissimo nelle nostre mani – soprattutto nei “dettagli”, come ad esempio le condizioni nelle quali ci incontriamo).

E’ uno sguardo che si rivolge al **come** facciamo le cose, è uno sguardo sul **metodo** attraverso il quale organizziamo le relazioni (tutte le relazioni) nel nostro lavoro, è uno sguardo sulle **condizioni** dell’incontro tra i tre soggetti/oggetti del nostro essere/lavoro (io, la persona che ho di fronte, i nostri rispettivi contesti e quindi: famiglia, équipe, e via via allargando).

Sono solo metodologie: hanno il pregio – come la deistituzionalizzazione ha dimostrato – di poter essere strumenti alla portata di tutti e di ciascuno.

**Conoscenza della persona,
della sua situazione,
della sua storia,
attraverso
esperienze condivise
(rischio /errori ripetibili e
non)**

**Spazi e tempi certi per un
confronto all'interno del
gruppo di lavoro.
Confronto fondato
sulle esperienze condivise
con l'utenza e
sulle competenze**

Organizzare il *fare insieme*.

Fare l'equipe.

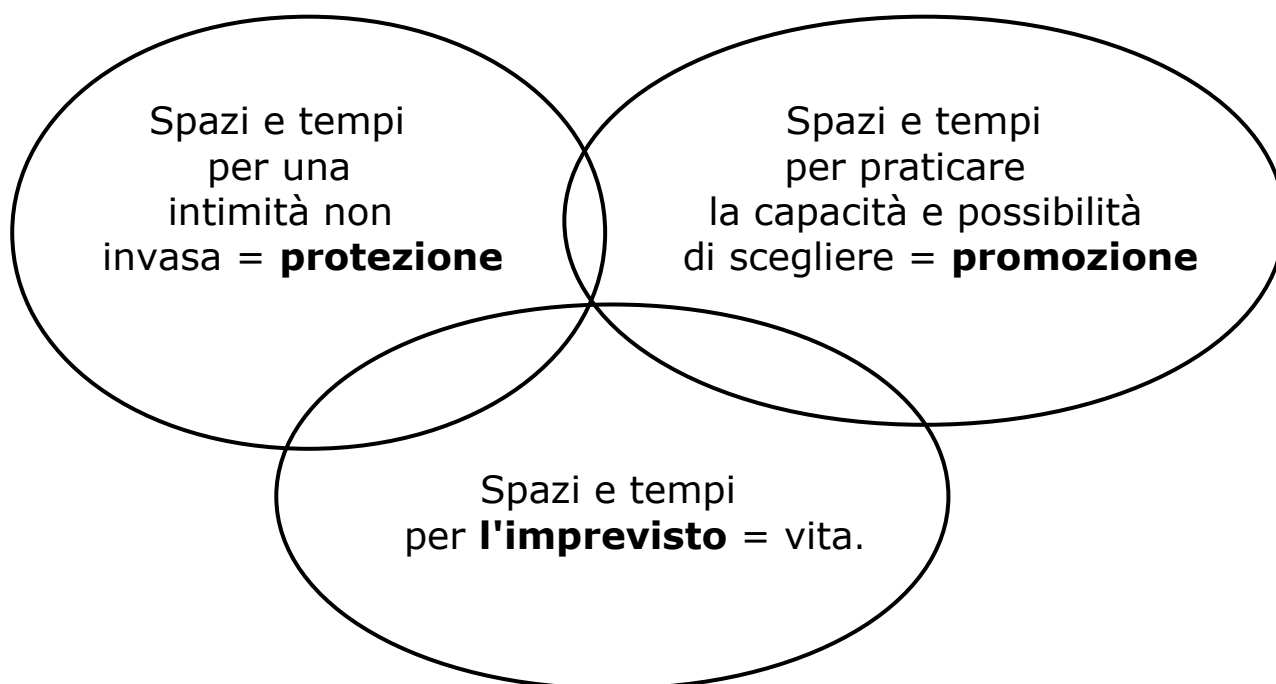
**Prende forma , si articola,
si può verificare anche collettivamente
il senso,
e valutare gli avvenimenti
di un progetto
per, del, con la persona, le persone.**

**Cercare, reperire,
convertire, attivare,
negoziare
le risorse necessarie.**

**Creare
" nuovi spazi sociali ".**

**Ricerca, contatto,
per una possibile implicazione,
di tutti gli attori possibili
(istituzionali e non)
che hanno giocato,
giocano o potrebbero giocare
un ruolo:
nella storia delle persona,
nel presente,
in prospettiva.**

Le quattro caratteristiche alla periferia si alimentano a vicenda e possono confluire al centro: un progetto praticato, che garantisca, a ciascuno ed a tutti:



2. Riconoscere le pratiche manicomiali.

A. Padiglione "cronici" di un ospedale psichiatrico. 1988.

Ai due lati di uno stretto ed oscuro corridoio si aprono le porte di dieci antiche celle di isolamento, utilizzate ora come camere individuali.

Le porte, di legno pesante e con doppie serrature, hanno una piccola finestrella.

Le mattonelle del pavimento sono quelle previste, bianco sporco e nere. I muri, scuri, di colore indefinibile.

In ogni stanza un letto ed un comodino di ferro, bianchi. Finestre con le sbarre.

Qualche porta è aperta, qualche stanza è vuota.

Una è perennemente occupata. Guardiamo dentro.

Una mano pende dal materasso. Al polso una cintura di cuoio. Del resto di un corpo si riesce solo ad immaginare che sia in posizione fetale, avvolto come è da un groviglio di lenzuola.

Il signor B. ha trenta anni ed è ricoverato da due.

La sua storia la si può ricostruire a spezzoni. Nessuno dell'équipe la conosce nella sua interezza, per quanto ciò sia possibile.

E' arrivato alla psichiatria alla morte del padre, avvenuta due anni dopo quella della madre. Finché i genitori erano in vita il signor B., handicappato psicofisico, ha vissuto senza uscire quasi mai di casa.

Qualcuno dice che è legato al letto perché lui stesso lo richiede, facendosi capire come può.

Altri dicono che comunque legarlo è necessario perché mangia le lenzuola e rischia di soffocarsi.

Qualcuno gli porta da mangiare nella sua "camera" e lo imbocca, senza slegarlo.

Altri lo slegano e si sforzano di farlo mangiare lentamente; talvolta credono di intravedere degli sguardi, dei gesti che forse vogliono dire qualcosa.

Una volta ho visto un'infermiera accompagnarlo al refettorio; tenendolo a braccetto, attraversando la lunga galleria (a vetri infrangibili) dove passano gran parte della loro giornata la maggior parte degli altri ricoverati. Alcuni infermieri però dicono che è meglio che mangi in camera sua perché gli altri gli fanno paura.

Il signor B. pesa circa 40 chili, non ha quasi più denti, e si muove con grande difficoltà.

Lo psichiatra responsabile passa nel servizio una mattina per settimana ed incontra gli infermieri in servizio (gli altri no, e comunque mai quelli del turno di notte), incontra poi nel suo studio alcuni pazienti, alla presenza di uno o due infermieri.

I conflitti all'interno équipe sull'atteggiamento da prendere nei confronti del signor B. sono latenti, raramente esplicitati in situazioni collettive in vista di una qualunque operatività: chi "fa" accusa gli altri di mettere i bastoni tra le ruote, di disfare al pomeriggio ciò che è stato fatto al mattino; chi fa solo quello che il mansionario e le abitudini dicono di fare, accusa gli altri di ingenuità, di pietismo, di carrierismo, ecc. ecc.... i conflitti si moltiplicano, i rancori si consolidano; ognuno si difende come può.

Cercando di capire, e di mettere in comune ciò che si sa del signor B., si scopre che i genitori possedevano una gioielleria, che erano ricchi, che B. ha ereditato, ma che essendo sotto tutela...

Un'infermiera "confessa" un episodio. Un giorno è uscita dal padiglione, con B. a braccetto, per una passeggiata nei giardini dell'Ospedale. Si è ritrovata, senza sapere bene come, a passare davanti il grande portone di accesso. Con un misto di coraggio e di irresponsabilità istituzionale ha varcato la soglia verso il fuori, e il signor B. con lei.

Hanno camminato in mezzo alla gente e, poiché non c'erano da parte di B. né segni di inquietudine né manifesta voglia di rientrare, quest'infermiera lo ha portato a casa di sua madre, che abita nei paraggi dell'ospedale. Pare, a quel punto, che il signor B. abbia esplorato l'appartamento e, vinto forse dalla stanchezza, dai ricordi, dalla malinconia, si sia allungato sul grande letto matrimoniale.

Sono poi rientrati all'Ospedale, così come se ne erano usciti.

In silenzio.

Per evitare :

- di non essere creduta,
- di essere accusata di andare oltre le sue mansioni,
- di essere accusata di essersi messa nell'illegalità (essendo B. in ricovero obbligatorio)
- di essere accusata di aver corso in maniera irresponsabile dei rischi gravi,
- di rinfocolare conflitti ed incomprensioni più o meno latenti équipe,

questo episodio non era mai stato raccontato e discusso.

Emerse poi che il tutore del signor B. era una sua zia, sorella del padre, che era venuta una sola volta a trovarlo e che era praticamente fuggita, per i sentimenti che la vista del padiglione e dei suoi abitanti gli aveva scatenato.

Qualcuno aveva fatto in tempo a intuire che questa zia poteva essere una persona disponibile.

Non era mai più stata contattata dal servizio.

Nel dibattito apertosi all'interno équipe nel corso della valutazione emerse che:

- era necessario verificare se vi erano un certo numero di iniziative concrete da prendere, senza addentrarsi per il momento nelle interpretazioni, o piuttosto nella valorizzazione di alcune impressioni a sfavore di altre. Ad esempio: era credibile che B. stesso facesse capire di voler essere legato, ma era anche vero che, se lasciato solo, slegato, nella sua stanza, rischiava di soffocarsi masticando e cercando di inghiottire le lenzuola;

- un progetto personalizzato non può che partire dalla storia e dalle risorse affettive, culturali, economiche della persona in questione, del suo contesto e del servizio a cui è affidato o si affida;

- spesso queste risorse possono apparire, e talvolta sono, veramente minime.

Le prime indicazioni di lavoro che emersero dal dibattito furono:

- * contattare la zia, a casa sua. Meglio se da parte del medico responsabile stesso.
- * cominciare, molto discretamente, a ricostruire con la zia la storia della famiglia e di B.,
- * verificare la disponibilità della zia, in quanto tutore, ad utilizzare il denaro di B. per progetti di riabilitazione (ginnastica, piscina, nuovi vestiti, alfabetizzazione, eventualmente un accompagnatore esterno équipe...)
- * verificare, magari in un secondo tempo, la disponibilità affettiva della zia (potrebbe B. accompagnato da qualcuno équipe, andare a mangiare da lei una volta? od andare a prendere un the in giardino, un pomeriggio? naturalmente per sapere se c'è un giardino occorre essere andati almeno una volta a casa di questa zia!).
- * non "dimenticarlo" nella sua stanza, e cercare di fargli fare più moto possibile,
- * osservare le reazioni di B. a qualunque novità propostagli e derivante dagli altri punti,
- * osservare le nostre reazioni, in quanto équipe, alle sue reazioni, discuterne,
- * dotarsi di momenti fissi e continui nel tempo, di confronto interno équipe,
- * informare la zia delle novità,
- *
- *
- *

Si osservò anche che la lista poteva essere virtualmente infinita, poiché ogni azione avrebbe potuto rivelare nuovi scenari ed attori, e risorse - anche su piani diversi da quello dell'azione. (Ecco che parlare di soldi con la zia, ci può far scoprire l'esistenza di un padrino di battesimo....).

In una riscoperta di un senso possibile la cui assenza era, ed è, la caratteristica fondamentale dell'istituzione totale, fuori o dentro le mura.

3. Ancora alcune note

E' ovvio che "condividere esperienze" ci compromette. Ed anche, in un certo senso, ci mette in condizione di vulnerabilità.

E, tanto quanto assumere il rischio ci può aiutare nella scoperta delle qualità, dei contenuti, dei messaggi che si manifestano nell'incontro, altrettanto ci espone ad aspetti di noi di cui potremmo essere poco consapevoli, e che possono essere difficili da accettare, e persino da guardare.

"Nel momento in cui lo psichiatra rinuncia a comprendere il malato e si limita a catalogarne il grado di "incomprensibilità", si mantiene inevitabilmente nel terreno di pregiudizi in cui **l'alienazione prende forma**. Ciò significa che per uscire da questa dimensione ed avvicinarsi al malato secondo un diverso approccio, lo psichiatra deve prima di tutto affrontare una lotta con se stesso per poter criticare dall'interno le motivazioni, le aggressività e le proiezioni che – come espressione della società di cui è il rappresentante – sono inevitabilmente presenti nel suo rapporto con il malato"

"Crisi istituzionale o crisi psichiatrica?" , 1967.

Alla "distanza" ed allo "incontro", Basaglia ha dedicato un'intensa attenzione. La pratica e le riflessioni su queste entità sembrano quasi (anche leggendo gli "Scritti" nella loro cronologia) le basi su cui poggiare quando poi si passa alla pratica delle istituzioni, alla loro negazione (pratica) attraverso la costruzione di condizioni perché l'incontro ci sia.

Scrive infatti Basaglia:

" Non c'è possibilità di comprensione psicologica di un individuo senza aver **vissuto** il modo in cui tale individuo ha concepito il mondo."

"Il mondo dell'«incomprensibile» schizofrenico." 1953

"Dobbiamo per prima cosa conoscere la "nozione di vita umana" (Minkowski), considerando che la "vita" in quel tanto che è "umana" ha in sé tutte le possibilità dell'essere e soltanto conoscendo tutte queste possibilità saremo in grado di stabilire un rapporto con l'ammalato e solo in questo senso l'«**incontro**» potrà avvenire. In tal modo il medico non può restare estraneo alla situazione che viene a crearsi: essa fa **partecipare nello stesso istante due individui l'uno dell'altro**, è una relazione che unisce la nostra esistenza a quella del soggetto che ci sta di fronte e solamente così potremo renderci conto del valore essenzialmente umano che si manifesta in un rapporto."

"Alcuni aspetti della moderna psicoterapia." 1954

"E' qui, nel mio costituirmi come "persona" che il mio corpo – aperto e vulnerabile – si staglia in mezzo agli altri ed alle cose. E' ora necessario che esso mantenga dall'altro e dalle cose una distanza sufficiente a permettergli di riconoscere nel proprio corpo la presenza dell'altro come propria alterità.....E' dunque necessario che (io) conservi per - vivere con gli altri – delle distanze, che crei degli intervalli perché la prossimità e la vicinanza con gli altri non degeneri in promiscuità, perché la presenza dell'altro non invada il mio spazio. Il mio corpo deve conservare la propria unicità e non essere pressato dalle cose se vuole comunicare con esse: altrimenti si troverebbe in esse imprigionato ed identificato. La possibilità di comunicare, di costruire una modalità di alterità, di creare un

dialogo, presuppone **una spazialità distanziata, un silenzio da cui nasca la parola, uno sguardo da cui nasca il vedere.**"

"Corpo, sguardo, silenzio." 1965.

Una distanza che, quando una persona arriva ad un Servizio (di salute mentale, ma non solo!), è data, già tutta lì.

Vuota.

Un'ipotesi che avanza è che sia necessario darle corpo: colori, densità, odori, interrogazioni, intuizioni. Che sia attraverso la scoperta di ciò che ci fa diversi che questa distanza diventa concreta, legittima, praticabile, superabile a volte, a volte no. Ma comunque, costitutiva.

Un vuoto, non negato ed apparentemente riempito dai ruoli - di malato e curante, di informazioni riferite a manuali diagnostici od a cartelle cliniche.

Al contrario, un vuoto che potrà riempirsi da sé, se non ci affrettiamo a riempirlo artificialmente.

Proprio un silenzio necessario perché nasca una parola, uno sguardo da cui nasca il vedere.

Parola e sguardo originali, propri di quel, e solo di quell'incontro; e, negli spazi sociali, di quei, e solo di quegli incontri.

"Cosa abbiamo fatto noi per aprire l'istituzione? Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a questo "malato". Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone sapendo che per esempio avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel **rischio** del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere **come un mestiere con dei rischi reali**, io penso che l'istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto il lucchetto. "

"Lezione agli infermieri," 1979.

Una griglia per comprendere e valutare la qualità, il senso, la direzione, l'articolazione nel quotidiano, del nostro lavoro, del metodo che cerchiamo di avere nell'esperienze di servizi **per** la salute mentale. Quattro filtri di osservazione come strumenti di migliore messa a fuoco della nostra capacità (di Servizi e di singoli operatori) di assumere i rischi della nostra professione.

Una griglia che aiuti a comprendere meglio, a cogliere i punti di incontro tra la mia personale ricerca di benessere e quella degli altri, attraverso le istituzioni che ci connettono.

Maurizio Costantino

Gennaio 2003