

# Errepiesse

Rivista su una via italiana alla  
riabilitazione psicosociale



QUADRIMESTRALE

ANNO IV - N°3 - DICEMBRE 2010

# Sommario



## PRIMA PAGINA

- Andare a casa d'altri: si può?  
di Luisa Cremonesi, Francesco Caggio

## LA VIA ITALIANA

- Sofferenza nel disagio psichico  
di Valter Zambelli

## IL LAVORO E I SERVIZI

- Sulla cresta dell'onda 2  
di Carlo Scovino, Ines Marrocchi

## LE REGIONI

## RECENSIONI

NORME REDAZIONALI  
ARCHIVIO  
SCARICA LA RIVISTA

- Probabilità ed imprevisti nel gioco di una vita. Riflessioni semiserie dal gruppo danza presso l'ambulatorio Varenna  
di Valentina Tatonetti Pagliardini, Elena Consonni

DIRETTORE RESPONSABILE  
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE  
Consiglio Direttivo Società Italiana di  
Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)  
Sezione della Società Italiana di  
Psichiatria

Presidente: R. Roncone  
Past President: G. Saccotelli  
Presidente Onorario: L. Burti  
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M.  
Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M.  
Rabboni, B. Carpiello  
Vice-Presidenti: B. Gentile, A. Vita  
Segretario Generale: G. Corrivetti  
Tesoriere: C. Bellazzecca  
Coordinatore delle Sezioni Regionali: J.  
Mannu  
Consiglieri: L. Basso, A. Bellomo, F.  
Catapano, T. De Donatis, B. Ferrari, D.  
Labarbera, S. Lupoi, A. Mombello, M. Papi,  
F. Pesavento, P. Pisseri, M. Rigatelli, R.  
Sabatelli, D. Sadun, F. Scarpa, E. Tragni  
Matacchieri, C. Viganò  
Delegato S.I.P.: P. Peloso  
Revisori dei Conti: M. Peserico, I. Rossi,  
D. Ussorio  
Segretari Regionali  
Abruzzo: M. Casacchia  
Calabria: M. Nicotera  
Campania: G. Corrivetti  
Emilia-Romagna: A. Parma  
Lazio: J. Mannu  
Lombardia: M. Clerici  
Liguria: L. Gavazza  
Marche: E. Alfonsi  
Molise: S. Tartaglione  
Piemonte: G. Dallio  
Puglia : S. Leonetti  
Toscana : C. Rossi  
Triveneto: D. Lamonaca  
Sardegna: A. Baita  
Sicilia: D. Labarbera

SEGRETARIA DI REDAZIONE  
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International  
Congress SRL - via dei Contarini 7 -  
Milano -Registrazione Tribunale Milano  
n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono  
esclusivamente le opinioni degli autori.

*L'immagine in copertina, è stata realizzata  
all'interno del Centro Diurno della II Unità  
Operativa di Psichiatria dell'A.O. Ospedali  
Riuniti di Bergamo.*

# Andare a casa d'altri; si può?

di Luisa Cremonesi\*, Francesco Caggio\*\*

## Abstract

The effort of this study was to analyze the mode of operation of the home visit within the complexity of the therapeutic and rehabilitative mental health interventions.

You tried to compare all the professional and personal experience, deriving from daily work, with the evolution of thought and practice that occurred over the past thirty years in the mental health.

The home visit in its own right could be one of the operational decisions consistent with the intent of treatment, far more articulate than actions taken in past years.

From the "custodial" rigid and suffocating of psychiatric hospitals to the recovery of a voltage to care, ultimately, for slow and gradual development of a culture-rehabilitation therapy aimed at promoting and ensuring the integration of people with mental ill health in the context of its membership.

They identified the multiple meanings of living a home, the underlying emotional content, the dynamics of building relationships. All this in reference to the complex and problematic nature of the existential dimension psychotic trying to highlight all of the purposes, recipients and the issues related to intervention at home.

Such an intervention that involves the patient, family, institutions, the natural network, the world of work and leisure, it becomes an instrument of choice to operate in the context of the patient, try to reduce the frequent loneliness and help him find his own design skills of life.

## CHE COSA E' UNA VISITA DOMICILIARE?

### Premessa

L'esperienza condotta al Centro Diurno<sup>1</sup> è senz'altro stata importante per affrontare con maggior consapevolezza l'impegno che richiede l'intervento educativo attraverso le visite domiciliari: osservando le dinamiche del paziente, sia a livello individuale che nelle dinamiche di gruppo all'interno di una struttura (anche le mura fisiche possono aiutare a "contenere" le ansie dei malati e di noi operatori), è stata coltivata, su un livello esplicito e su uno più profondo, quella difficile capacità, da parte dell'operatore, di risonanza empatica con il soggetto al fine di rispettarne le difese e i tempi, pur rimanendo disponibile a costruire/ricostruire insieme un percorso di vita possibile e soddisfacente.

Racamier ricorda che: *"il paziente psicotico si può identificare solo con chi si sia prima identificato con lui"* [1]; il paziente ha, quindi, bisogno di sentire che nessuno lo vuole cambiare ad ogni costo. Per questo l'operatore deve agire in "punta di piedi", con cautela, sapendo che i gesti e le parole, se poco misurati, possono colpire ed essere dirompenti come oggetti concreti. L'avventura e la scommessa sta quindi nell'essere capace di mediare, di co-costruire con sapiente pazienza e attesa ponti e snodi metaforici e concreti tra il mondo interno del paziente e il mondo esterno: la persona, così, può essere sostenuta e ritrovare la fiducia in sé stesso, scoprire di essere ancora competente, sentire che la propria vita ritrova gradualmente senso.

---

<sup>1</sup>L'utenza seguita appartiene alle categorie delle sindromi schizofreniche, dei disturbi affettivi e dei gravi disturbi di personalità. L'équipe di lavoro era, ed è composta, da quattro educatori professionali, un infermiere professionale e uno psicologo; quest'ultimo è anche il responsabile del Centro. Fino a maggio 2000 il Centro Diurno si "confondeva" con il Centro Psico Sociale in quanto i servizi avevano la stessa sede e un'unica équipe. Successivamente, i due servizi si sono differenziati e, da allora, il Centro Diurno ha acquisito una crescente connotazione riabilitativa ed è sempre stato caratterizzato dalla forte presenza educativa

E' in questo orizzonte di "mediazione" che da circa tre anni si è presi e coinvolti in prima persona in un maggiore impegno nella direzione della "territorialità" con un impegno esclusivo (di due giornate) dedicato agli interventi individuali sul territorio<sup>2</sup>. La prima impressione, e come poteva essere altrimenti?, è stata quella di "smarrimento" legata all'entrare in un territorio del tutto nuovo, dove gli attori principali di quella scena erano l'operatore e il paziente, spesso senza altri intermediari.

L'impegno della "visita domiciliare" apriva, e apre ogni volta, tutto un "*mondo da esplorare*" al quale si può accedere solo se la persona vuole, se permette di farlo e se in quel momento è in grado di sostenere tale apertura e situazione, a volte del tutto inedita.

Non c'è un copione da seguire, ma ci sono due persone che intraprendono un percorso insieme: chi è l'operatore che varca una soglia di una proprietà che non è collettiva, ma assolutamente privata, con lo scopo di curare chi abita in quel luogo? Oltre ad essere un gesto intriso di *presunzione terapeutica*, potrebbe anche rasentare, in assenza di una dimensione di dialogicità problematica interrogante, l'onnipotenza!

Gli utenti hanno bisogno di essere gradualmente conosciuti, ma anche di conoscere chi si presenta come operatore; hanno bisogno di scrutarlo e capire se possono, per certi aspetti, incominciare ad aprirsi, a parlare di sé e/o di altro, di esprimersi, forse anche di tendere a voler comunicare.

Forse bisogna, ogni volta, ripartire da un tentativo teso ad un rapporto fondato sull'accettazione, il rispetto e sulla disponibilità reciproca; la risposta più semplice, ma non banale, che ci si può dare davanti "*al mondo dell'altrui casa e quindi dell'altrui mente*" è quella di cercare di incontrare il paziente stando con lui, di *sostare* con lui in uno spazio/tempo costituito *solo* per ascoltarlo e conoscerlo meglio. Non resta, all'operatore e al paziente, che mettersi in "gioco", un "giocarsi il tutto e per tutto" per non perdere la partita; eppure "mettersi in gioco" non è senza regole, strategie e tattiche. Chiede sapienza; sapienza rispetto a quella dimensione relazionale che permette all'altro di poter manifestare veramente chi è o vorrebbe essere o sta cercando di essere, senza paura di giudizi o conseguenze negative. C'è quindi, in gioco, la gestione della possibile "autenticità" dei due che sono accanto in una situazione che è potenzialmente ricca di novità da cogliere prima da parte dell'operatore (perché è lui che va a casa della persona, tra le sue cose, tra i suoi affetti) e quindi da parte dell'ospite.

E l'ospitalità porta con sé non poche, delicate variabili riferibili all'incontro con l'Altro; variabili che l'operatore deve pur governare, come ad esempio: il muoversi in un luogo che non si conosce, che non si sa se ostile o ospitale; le reazioni del paziente di fronte al modo di porsi; l'approccio altrettanto colmo di incognite con i genitori e i parenti. Entrando in casa altrui si apre la possibilità di poter osservare tanti aspetti della vita del paziente; dalla casa, al come la gestisce, la abita fino al cogliere il suo passato, perché il luogo dove si abita è sempre ricco di ricordi e di continue novità legate alla vita di ognuno; e ancora al fare qualcosa di concreto nella propria abitazione insieme con l'operatore se tutto va bene; e infine, ma non da ultimo, al vedere come si relaziona con i familiari, con i vicini.

Queste osservazioni "*in diretta, sul campo*" permettono di raccogliere tante informazioni su una parte di vita la più intima, la più nascosta che giustamente la persona ha il diritto di tenere per sé e magari di far conoscere piano, piano.

Per questo, per tutto questo va valorizzato il gesto (che rimanda a una nuova e/o ritrovata capacità di fare posto nella propria mente all'Altro) del paziente di aprire la porta, di accogliere l'operatore; è un aspetto ammirevole e commovente, un gesto di profonda, umanissima disposizione all'Altro, tanto più se chi apre la porta è in uno stato di bisogno, è confuso, ha un forte senso di solitudine, ha timore delle sensazioni e dispercezioni che sente..., eppure già nell'aprire la porta potrebbe iniziare a recuperare la disponibilità a ricevere l'Altro. Non a caso G.C. Zapparoli [2] ricorda che una

---

<sup>2</sup> Essenzialmente la tipologia degli utenti rientra sempre nei cosiddetti 'casi difficili', cioè situazioni per le quali si impone la presa in carico da parte del servizio pubblico.

necessità dello psicotico è “*il bisogno di non avere bisogno*”, cioè la negazione onnipotente della realtà dei propri bisogni per non restare disattesi e disillusi. Per salvaguardare il sentimento di sicurezza il paziente non entra in contatto con la realtà e crea l’illusione di non avere bisogni.

Per molti pazienti questo bisogno di ricerca attiva dell’isolamento è prioritario, con conseguente elevatissima fatica ad aprirsi ed affidarsi; altri, invece sono e restano in attesa di una presenza “sicura” che diventi empatica e significativa.

Allora, fra le altre attenzioni già evidenziate sopra, c’è quella di avere chiarezza del proprio ruolo e porre attenzione alle dinamiche, alle reciproche collocazioni che si creano osservando le chiusure, le difficoltà, le capacità residue, le aree legate ai bisogni, ai desideri, agli interessi personali, per pensare ad obiettivi concreti da raggiungere affinché la persona possa vivere meglio con sé stessa, riconciliata con un passato doloroso e protagonista attiva del suo presente.

La relazione con l’ospite che apre la porta all’educatore chiede che questi non si affidi al caso, pur disposto a “giocare” e “giocarsi”; chiede che sia consapevole del significato della “danza” che inaugura l’apertura della porta, mantenendo vigile e presente l’intenzionalità dell’intervento e del “colloquiare” con l’ospite. Ospite che, nonostante il malessere che non deve scoraggiare chi è andato in visita, può fare un cammino che lo porterà ad un cambiamento graduale. In questo cammino, l’educatore ha il compito di usare la categoria, il dispositivo della “quotidianità” in modo consapevole e finalizzato, tenendo le fila delle diverse, numerose “variabili di campo” che si vengono a creare.

Non si può certo incontrare il paziente quando capita, quando è libero e fare o proporre di fare delle esperienze casuali, estemporanee, frutto del caso. È come se ad illuminare ogni visita domiciliare ci dovesse essere un faro lontano che dà luce, ma anche al quale tendere, in modo che orienti lo stare insieme dell’operatore e del paziente.

Si è quindi chiamati a risolvere sul campo quella conflittualità studiata come inevitabile e riferita alla relazione asimmetrica fra operatore ed utente; empatia da un lato e la necessaria distanza emotiva dall’altro, al fine di scongiurare il pericolo di collusione con le parti più disfunzionali del paziente; incontro fra storie personali dell’operatore e dell’utente, con gli inevitabili movimenti di identificazione, proiezione, gelosie ed invidie, paure reciproche di confusione; incontro, ma non dimenticanza confusiva e intimistica, dunque dei due ruoli e dei compiti dei due, compiti di sviluppo per ambedue, ma su versanti, impegni e obiettivi diversi.

Tanto più allora l’intervento riabilitativo-educativo va inteso come un camminare con l’utente, né avanti né indietro a lui; ma un delicato affiancamento cercando di valorizzare consapevolezza e responsabilità personali da un lato, sofferenza e risorse altrettanto personali dall’altro; c’è la questione sempre attuale, sempre problematicamente aperta a rivisitazioni di senso “*dell’aver tatto*”.

Un altro elemento di estrema utilità e da tenere presente nelle visite domiciliari è la presenza dei familiari del paziente; in particolare la loro collaborazione al progetto di cura o la loro oppositività, sia esplicita che implicita; l’operatore che entra in casa è un intruso? E d’altro canto quanto i familiari riescono a dimostrare una presenza discreta, magari allontanandosi per lasciare spazio e tempo al loro congiunto? O, ancora, quanto invadenti sono, stando sempre presenti e vigili su ciò che si va dicendo o facendo non permettendo la creazione di una “*bolla d’intesa*”, seppur fragile fra ospite ed educatore? E inoltre, che aspettative hanno nei confronti dell’operatore: forse così elevate da pretendere dei facili cambiamenti nel paziente? Oppure che sguardo hanno, che occhi hanno sul paziente sull’operatore? Quanta fiducia o sfiducia comunicano silenziosamente pensando che qualsiasi tentativo di migliorare la situazione è vano? Oppure desiderano cercare una alleanza per avvalorare i giudizi negativi nutriti sul loro congiunto?.

C’è sempre il rischio che li si possa considerare come delle “mine vaganti” sia in senso positivo che negativo con il necessario richiamo ad essere chiari nelle comunicazioni, il meno ambigui possibile, di ascoltare il loro punto di vista, di considerarli e cercare una forma di collaborazione possibile in relazione alla precisa identificazione del soggetto-paziente, della sua specifica individualità.

Ritornando alla dimensione più individuale del paziente, un ulteriore aspetto da tenere in considerazione, perché può diventare materiale su cui negoziare e progettare con la persona, sono le aree funzionali di intervento, quali:

- la gestione della salute fisica e psichica;
- la cura del sé;
- l'autonomia abitativa;
- le relazioni, familiari, affettive e sociali;
- le attività produttive (lavoro) e attività socialmente utili.

Grazie ai precedenti momenti relazionali con l'utente stesso può diventare possibile affrontare la delicata fase di valutazione condivisa del profilo funzionale da cui si parte e questo al fine di ricercare quella indispensabile forma di collaborazione per decidere insieme da dove partire; quale possa essere l'impegno che la persona si sente di poter affrontare per migliorare la situazione di disagio che quotidianamente vive. L'impegno affiancato educatore-utente lungo una dimensione concreta del quotidiano può acquisire in tal modo una valenza specifica nel sostenere e perseguire un cambiamento atteso e positivo per entrambi.

### **Le prime visite domiciliari: considerazioni del “dopo”**

Il mondo delle “domiciliari”, se così si può chiamare, è un mondo a sé, dove ogni operatore che lavora ha un proprio approccio, una propria visione personale e professionale del paziente e dei propri strumenti operativi. Anche se ci fossero delle linee guida operative, utili per condividere ed elaborare i modelli di intervento di tutte le figure professionali, nelle visite domiciliari ci sono *comunque* sempre due persone, l'operatore e il paziente, chiamati a vivere personalmente il loro incontro nel “*qui ed ora*”.

Forse c'è una prima fase di “*timidezza*” e di “*curiosità*” per ciò che si va ad affrontare, qualcosa che sta fra la tenerezza per l'ospite e la presa in carico delle proprie paure...

Forse c'è sempre, un ciclo che si ripete “*fra alti e bassi*”: la paura di sbagliare, di essere invadente, di parlare troppo, di limitare la propria curiosità e quella del paziente. Si entra nelle case con cautela, rispetto e attenzione e infine si naviga come “*a vista*”,...nel senso che non si entra subito, ma è necessario? E' opportuno? Al di là di come si entra, forse l'obiettivo non è quello di dare giudizi o consigli, ma fare in modo che il paziente, insieme ai propri familiari, possa avere dialoghi privi di eccessivo coinvolgimento emotivo, in modo da riuscire ad esprimere le proprie considerazioni, troppo spesso sopite o non accolte, recuperando così una effettiva ed affettiva comunicazione.

Mano a mano che si incontrano i pazienti ci si rende sempre più conto dell'opportunità di conoscere la loro storia; accanto a quella raccontata negli ambulatori; una storia vissuta, quella per la quale la persona porta ancora i “*segni*” nella memoria, nel corpo e negli oggetti. Per questo forse l'utente può essere pensato come uno scrigno un po' da aprire, del quale si conosce spesso solo l'aspetto esteriore. D'altra parte per il paziente, un operatore è forse qualcosa da scrutare e da tenere a bada; quante domande abituali, di rito e personali che i pazienti possono fare per capire chi si è, che carattere si ha e che cosa si vuole! Può accadere quindi che il paziente, in occasione dei primi incontri, o si manifesti nel malessere più esplicito o aderisca a qualsiasi proposta gli si faccia.

E' accaduto che con una giovane di 24 anni, le prime visite domiciliari consistevano in un puro ascolto dei suoi deliri: una volta in casa, in piedi si parlava del tempo (fa freddo, fa caldo), e poi si stava a sedere sempre sulla stessa sedia della cucina dove sul tavolo era accesa una candela; offrendo il caffè iniziava poi a raccontare di quanti serial killer aveva consegnato nelle mani dei carabinieri del paese per evitare altre morti. Che possibilità si può avere di parlare se talmente urgente può essere il bisogno di dare voce a questa parte di sé? Solo dopo aver ascoltato questa storia “*altra*” ma piena di significato compensatorio, si è accresciuta la fiducia reciproca e la possibilità di riprendere ad esplorare insieme dimensioni più aderenti al piano di realtà.

Il luogo, la casa, a volte cara a volte odiata, rappresenta veramente ciò che siamo, le nostre paure, i nostri sogni, le nostre delusioni e illusioni e, infine, ciò che ci aspettiamo dal mondo. Ci sono case

molte pulite quasi non vissute, senza nessun capello per terra, con il lavandino lindo, neppure una tazzina del caffè e il pensiero va alla difficoltà per quel paziente di interagire con il resto della famiglia, di provare ad esprimere iniziative, di essere accettato negli sbagli, di essere capito nel malessere. E ancora abitazioni in cui non si osa appoggiare le mani al tavolo o il giubbotto sulla sedia, dove ci sono oggetti, indumenti, vettovaglie ammassate e non si intravede uno spazio libero: la confusione mentale della persona è letteralmente rappresentata da tutto il caos che la circonda e qualsiasi proposta operativa per cercare di dare un minimo di ordine può essere addirittura improponibile. D'altra parte va ricordato che è stato trattato ormai ampiamente il valore di sostegno, di "cura" di uno spazio avvertito e sentito come luogo dello spazio vissuto come possibilità di conoscenza, di incontrare qualcun'altro all'infuori di sé. *"Uno spazio fortemente normato, ma sostanzialmente anetico, rende impossibile l'incontro, il riconoscimento reciproco e l'origine della cura"* [3]. Ai muri e alle porte chiuse a chiave, ora si contrappongono case dove è possibile vivere e condividere.

Come testimoniato, andare al domicilio significa valorizzare l'esperienza di vita del paziente, i suoi luoghi comunque più significativi, provare a ridurre la frequente solitudine esistenziale, cercare di rivitalizzare il presente ed il futuro.

Ogni incontro può lasciare dei segni, delle "impronte" affinché egli possa ritrovare significato in ciò che sta facendo, possa ritrovare il 'senso della sua storia', spesso interrotto o perduto.

La posizione che si può prendere è di avere un atteggiamento non giudicante e assolutamente non direttivo, proprio perché il paziente possa essere messo nella condizione di sentirsi il più libero possibile di esprimere quello che è in quel momento.

L'educatore grazie alla sua professionalità dovrebbe essere il meno intrusivo possibile, accettare i silenzi del paziente, resistere alle provocazioni e assumere un atteggiamento che comunichi la propria "solidità" in ciò che sta proponendo nella relazione.

La domiciliarità è un incontro interpersonale che coinvolge molto sia l'utente che l'operatore, arricchendo la storia personale di entrambi. Dal punto di vista umano e professionale è un percorso tutt'altro che banale o scontato, continuamente minacciato da vissuti di onnipotenza o impotenza. I colloqui con gli utenti riportano sempre a ripensare quanto sia labile il confine tra "normalità" e "malattia"; quanto l'essere umano sia fragile, quanto tutto possa repentinamente e radicalmente cambiare. Allora non resta che avere una garbata e profonda cura nell'ascoltare e quindi nel "custodire" i deliri, le allucinazioni, manifestazioni di un modo tutto umano per difendersi da realtà troppo dolorose e complesse..

Tale modalità di entrare in relazione può essere la più efficace con i pazienti che rifiutano figure mediche, distanziano l'aiuto del servizio psichiatrico, ricercano l'isolamento.

Per loro si cerca, di essere "l'oggetto inanimato", cioè l'operatore che capendo il bisogno di stabilità dell'utente non gli propone stimoli e non gli fa richieste nella direzione di un cambiamento vissuto come prematuro o addirittura pericoloso.

Questo concetto, espresso da Zapparoli [4] mette in evidenza come lo psicotico, per le esperienze traumatiche subite e per la sua profonda sensazione di vulnerabilità, abbia bisogno di esercitare un controllo sugli altri, di difendersi dai cambiamenti che, anche se vantaggiosi, rischierebbero di compromettere la sua attuale sicurezza. Tale condizione è quindi favorita, soprattutto all'inizio degli incontri, dal fatto che lo psicotico possa mantenere l'educatore nel ruolo di "oggetto inanimato". Vivere l'operatore come inattivo o passivo, come una bambola da prendere o riporre, una radio da accendere o spegnere, fa sentire il paziente meno richiesto, minacciato e invaso.

L'operatore offre dunque una rassicurazione che può costituire il primo necessario tassello di un rapporto di fiducia, è in questa consapevolezza che risiede, che si deposita la sensazione o il vissuto di "essere da soli" e di cogliere il rischio di sentirsi troppo coinvolti emotivamente.

Il sentirsi coinvolti da dinamiche e vissuti del paziente, è una sensazione abituale, che, anzi qualsiasi operatore è opportuno che provi, proprio perché nell'incontro con l'altro siano coinvolte le rispettive individualità. Quando una persona ti comunica piangendo o urlando quello che prova, quello che lo attanaglia e gli blocca l'intera esistenza, si prova sofferenza, sbigottimento e una

intensa partecipazione. Certi racconti, certi rituali e certi silenzi coinvolgono così potentemente da lasciare una traccia, ed è giusto che sia così. Talvolta all'educatore può essere richiesto di diventare il "super amico" da parte del paziente o il "salvatore" nelle aspettative dei familiari. Bisogna, tuttavia, rinnovare gli sforzi per ricercare quel giusto equilibrio circa l'ottimale vicinanza al fine di salvaguardare la relazione di aiuto stessa.

Per questo l'educatore è chiamato ad un continuo confronto fra il proprio mondo e quello dell'utente lavorando continuamente sulla "giusta distanza" che ogni volta va riconcettualizzata, rivista e riesperita per comprendere cosa significa essere per il paziente e l'essere del paziente. Solo attraverso l'esperienza diretta, derivante dall'interazione con l'utente, diviene più possibile gestire le proprie emozioni al fine di esprimere poi dei comportamenti utili ad entrambi i protagonisti del rapporto, riducendo così i rischi di replicare frammenti di relazione simbiotica con agiti di sostituzione del paziente, oppure di inglobamento da parte dello stesso.

L'aiuto che si può e si deve ricevere, per comprendere e gestire le proprie emozioni e per sentirsi "accompagnati" nelle visite domiciliari, è dato dai confronti quotidiani con i colleghi dell'équipe a cui si appartiene la cui multidisciplinarietà aiuta a vedere le cose da varie angolazioni, così come anche ad ipotizzare diverse modalità di intervento, per poi cercare di individuare priorità specifiche per la singola situazione.

Nel cercare di declinare quotidianamente il proprio lavoro riabilitativo è essenziale poter vivere il senso di appartenenza ad un'équipe multidisciplinare capace di alimentare il dialogo al suo interno. Viceversa, si pensi al grado di tensione soggettiva, insicurezza, impotenza, qualora un gruppo di operatori sia caratterizzato da separatezza, individualismo, silenzi, assenza di confronto, ricerca solitaria di soluzioni.

Limitare e scongiurare, il vissuto di solitudine rispetto alla relazione duale con l'utente, trova appunto una risposta efficace nella profonda percezione di appartenere ad un'équipe di lavoro. Riuscire ad usufruire di un patrimonio comune di principi di riferimento esplicitati e di procedure via, via costruite nella pratica quotidiana. Allo stesso tempo poter contribuire all'aggiornamento continuo della progettualità complessiva del lavoro, oltre che a quella del singolo caso clinico.

Una delle più recenti definizioni di G. Ba inerente l'ambito della riabilitazione psicosociale è la seguente: *"L'insieme delle misure che consentono al malato di recuperare le capacità perdute, di sviluppare potenzialità latenti e di muoversi con agio nel proprio ambiente secondo norme sociali condivise"* [5].

Tale concettualizzazione evidenzia come l'agire riabilitativo sia rivolto alla persona intesa come soggetto attivo e partecipe alla propria cura e come l'attenzione venga focalizzata sulle risorse prima ancora che sulle "mancanze/deficit". Recuperare è un movimento all'indietro che pure riporta e alimenta il presente, perché nella psicosi il desiderio si annulla e si perde la capacità di pensare ad un progetto e di credere ad un cambiamento possibile.

Riabilitare è "ritrovare un senso", "ritrovare una tensione verso...", "stiamo facendo questo insieme, perché..." è "ricercare speranza e fiducia".

Davvero nell'incontro con le persone sofferenti si avverte come il tempo sia il tempo della solitudine, di un'attesa che può essere infinita e sfinita, della speranza spenta che si fa noia. Da qui l'utilità di un delicato lavoro di ri-animazione, al fine di ravvivare le attese soggettive, le speranze, all'interno di un percorso condiviso di parole e di gesti.

Allora anche le visite domiciliari possono concorrere a ricreare relazioni di fiducia verso sé e verso il mondo, ritrovando il "giusto ritmo interiore", in modo da rendere ancora affrontabile quasi desiderabile la realtà che "sta là fuori", quella irriducibile realtà che nessun delirio potrà mai piegare del tutto.

### **TRE VISITE DOMICILIARI: esempi di percorsi non sempre lineari<sup>3</sup>**

#### **Una visita domiciliare andata bene**

##### **-esserci per l'Altro, esserci con l'Altro-**

*Da qualche anno ho iniziato a seguire Luca, un giovane paziente psicotico, che in seguito alla malattia aveva manifestato chiari e gravi segni di chiusura relazionale: non usciva di casa, riceveva visite solo dalla madre e passava tutta la giornata a letto o seduto sul divano. Gli facevano compagnia il fumo delle sigarette e i ripetuti caffè che beveva.*

*Aveva un passato professionale da orafo e continuava ad essere una persona estremamente intelligente. Lo scompenso psicotico aveva tumultuosamente cambiato la sua vita, rendendolo vulnerabile a qualsiasi stimolo.*

*Erano alquanto frequenti e profondi i vissuti di interpretatività e di persecuzione rivolti nei confronti del mondo e delle persone che lo circondavano. Tutti erano responsabili di ciò che gli stava accadendo di negativo, si sentiva “perso”, e aveva la penosa percezione che la vita gli stava sfuggendo di mano. Usciva solo quando doveva recarsi in ambulatorio per i colloqui mensili con il medico del C.P.S.*

*Il mio intervento domiciliare era centrato sul fatto di conoscere meglio il paziente, di favorire una minima apertura relazionale ed esplorare le aree vitali, le abitudini, gli interessi.*

*Il primo anno di conoscenza lo abbiamo passato io nell'ascolto, lui nel raccontare ripetutamente l'episodio scatenante l'esordio del malessere: un incidente stradale che lo aveva lasciato in balia di un profondo senso di colpa nei confronti della persona ferita.*

*A volte la sua angoscia era incontenibile e quindi diveniva veramente impossibile, come educatrice, pensare di fare alcun tipo di proposta; forse il fattore più importante della relazione di aiuto consisteva proprio nell'apertura da parte dell'utente nel condividere il proprio vissuto con qualcuno.*

*La madre non gradiva le mie visite domiciliari e in più occasioni, in presenza del figlio, ha tentato di screditare la mia professionalità. Luca mi ha sempre difesa, tutelata, assicurandomi attraverso una sorta di comunicazione riservata circa il fatto che la madre era “esaurita”.*

*Non ho mai visto amici o parenti che frequentassero la sua casa e questo era motivo di comprensibile tristezza per l'utente. Questi pensava che quando si sta bene tutti sono presenti ed amici, ma quando poi una persona inizia “ad andar fuori di testa, gli stessi spariscono, hanno paura, non capiscono e nella migliore delle ipotesi aspettano che tu torni come prima”.*

*Luca poi ha iniziato a coinvolgermi nell'arte dei maestri orafi e a mostrarmi le creazioni da lui realizzate: anelli, braccialetti, orecchini, tutti oggetti molto originali e di valore! Questo aspetto della sua vita passata gli mancava molto ed il riuscire a recuperarlo in parte grazie al ricordo, sembrava ridurre in lui la sofferenza derivante dalla perdita di quel periodo. Rievocare la gratificazione soggettiva sembrava sostenerlo nel riviversi comunque protagonista della sua vita, senza però poi trovarne stimoli sufficienti per tornare a rischiare nell'immediato presente.*

*Piano piano che la fiducia aumentava nella nostra relazione, Luca ha accettato alcune mie piccole considerazioni relative alla cura di sé. Il giovane si tagliava più spesso le unghie delle mani, si cambiava i vestiti e prestava più attenzione anche ai propri capelli.*

*Dopo queste iniziali, ma importanti aperture, Luca che si era sempre “limitato” ad accogliermi nella sua abitazione-rifugio, ha accettato di uscire di casa facendo percorsi, vie, itinerari da lui scelti; io mi limitavo a camminargli accanto. Non percorrevamo strade troppo affollate, dovevamo rigorosamente camminare sul marciapiede, io davanti e lui dietro; a volte bisognava stare sul lato destro della strada, a volte sul sinistro, in base ai suoi “schemi mentali”. Non sono mai entrata direttamente in merito a queste sue esigenze, poiché le accettavo come forme di difesa dal mondo; e poi l'importante era camminare insieme, sfondare la porta della chiusura relazionale.*

<sup>3</sup> Il testo delle tre visite portate come “esempi” è in corsivo perché si lascia parlare “l'esperienza diretta”.

*Gradualmente ha accettato di affrontare argomenti che aveva lasciato in sospeso: la casa trascurata, il lavoro che avrebbe voluto tanto riprendere senza però mai riuscirci e gli amici, che non vedeva più.*

*Sempre con grande gradualità Luca aveva anche accettato di chiedere il riconoscimento dell'invalidità civile, proprio perché era riuscito a rendersi consapevole che viveva in uno stato di disagio e di malessere tale da impedirgli di condurre una vita in cui riusciva da solo a soddisfare i suoi bisogni. Il giorno della visita alla Commissione Medica preposta, come concordato con lui, mi presento a casa sua e lo trovo molto pallido, con un colorito del viso verdastro... Mi confida di aver vomitato tutta la notte a causa della tensione e della paura per dover affrontare l'appuntamento. Dopo avergli chiesto se se la sentiva, si mostra coraggioso spinto dal desiderio di liberarsi da quel impegno, per poi tornarsene a casa.*

*Durante il tragitto stava in silenzio, rispondendo solo se sollecitato dalle mie domande. Solo una volta mi ha chiesto se lo avrebbero trattato bene. Sembrava che il tempo non passasse, anche a causa del traffico intenso. Per ridurre la tensione che avvertivo ho iniziato a parlare di argomenti un po' più superficiali, provocando però in lui una reazione contrariata. Avevo sortito l'effetto di aumentare il nervosismo, tanto da arrivare a rispondermi in modo piuttosto brusco. A quel punto io l'ho ripreso fino ad esclamare: "Guarda che non sono tua sorella". E lui: "Eh si ...e allora chi sei?". "Sono un'educatrice". "Educatrice di chi? Di cosa?". "Sono una persona che può accompagnarti in questa visita, che prova ad aiutarti e ad esserci nell'affrontare da solo certi impegni. Tu mi hai chiesto di venire e io ci sono, anche in queste cose. So che è difficile questo momento per te e lo capisco".*

*Smettiamo entrambi di parlare. Restiamo così in silenzio. Io ripenso a quanto ci siamo appena scambiati; mi autocritico per ciò che ho detto e che avrei potuto dire, sperando di non aver peggiorato la situazione e lui...non so! Spero che abbia capito il perché e il senso della mia presenza in questa giornata; provo empaticamente a pensare/sentire quanto possa essere difficile ammettere di avere tanta paura nell'affrontare un incontro con i membri di una commissione da cui ricevere una valutazione di invalidità civile! Di fronte al suo "attacco" ho provato a ridefinire le distanze insite nel mio ruolo educativo. Continua a guardare fuori dal finestrino ma non sembra senta il bisogno di controbattere qualcosa rispetto a quanto sono riuscita a dirgli. Forse il mio intervento ha arginato la sua ansia.*

*Arrivati negli uffici, Luca, tornato a parlarmi in maniera più sollevata, mi chiede consigli su cosa dire e come dirlo. Lo rassicuro dicendo che non sarebbero state domande troppo personali e che quello che aveva già pensato di dire è adeguato. Aggiungo che se lo avesse desiderato sarei rimasta fuori dalla porta ad aspettarlo, oppure se avesse voluto sarei potuta entrare ma con un atteggiamento di 'presenza passiva'.*

*Preferisce che entri anch'io quando l'assistente sociale lo invita ad accomodarsi. Dopo le prime presentazioni un membro della Commissione si rivolge a Luca chiedendo in merito alla mia presenza. "Chi è la signorina, sua sorella?" Luca stesso risponde. "No, no, non è mia sorella. Lei è un'educatrice che mi ha accompagnato, che in questo momento mi sta sostenendo; lei mi conosce e con lei ce l'ho fatta ad uscire di casa dopo tanti anni..."*

*Questa affermazione così chiara e così improvvisa mi ha fatto piacere, non solo per un certo grado di soddisfazione personale, ma perché ha voluto significare che i contenuti dei nostri incontri erano stati capiti, accettati, ed erano diventati un aiuto efficace.*

*Il modo con cui Luca ha risposto mi ha confermato lo spessore della nostra relazione, di come eravamo riusciti a sostanziare le giornate passate insieme, da dove entrambi eravamo partiti e dove eravamo riusciti ad arrivare.*

*Nel viaggio di ritorno il tempo è volato, non ricordo neanche quello che ci siamo detti... Luca era stanco ma sollevato, così anch'io con lui.*

*Era stata una giornata intensa. Forse per lui un altro tassello verso il recupero della fiducia circa la possibilità di "contare su qualcuno", oltre che di sentire la possibilità di affrontare l'ignoto e di potercela fare. Per me, la conferma di come una relazione di aiuto possa effettivamente acquisire*

*una valenza di efficacia nel perseguire cambiamenti utili per una persona in difficoltà nel cavarsela nella vita.*

### ➤ **Considerazioni**

Anche in seguito all'aneddoto appena raccontato si può dire che il percorso per incontrare Luca sia andato bene.

Il percorso che è stato fatto insieme ha dato dei risultati, in termini di lenti ma continui passaggi evolutivi, a partire dalla maggiore consapevolezza della propria condizione, connotata da bisogni, limiti, potenzialità e risorse.

Per questo, e in questo, che l'educatore può rappresentare una delle opportunità che il malato ha per "venire fuori" da una situazione "stagnante", è un'alterità che si fa vicina per ri-educare competenze che si credevano perdute, per gestire paure che forse non sono così paralizzanti, una volta iniziata la loro condivisione.

C'è un comprensibile vissuto di soddisfazione quando il paziente riesce a superare delle difficoltà sapendo che può avere una base sicura, che non è solo in tale impresa. È importante recuperare così il vissuto di essere protagonista della propria storia personale, rivivendo episodi di gratificazione, facendo anche spazio a momenti di aiuto.

Si verifica allora una doppia soddisfazione: per il paziente che si è sentito "interprete, attore" di quel momento e per l'operatore che ha visto andare a buon fine il proprio contributo.

Le paure di Luca sono evidenti elementi difensivi. In primis il luogo che lo circonda: mentre la casa è un rifugio, la strada, il paese, il mondo diventano fonte di panico. Come ricorda E. Borgna "*nel modo di vivere lo spazio si rispecchia la soggettività*" [6]; la soggettività dell'utente era talmente frantumata che il suo corpo, il suo IO rischiavano di perdersi nello spazio del mondo, nell'estraneità. Da qui l'esigenza di conservarsi, di tenere sotto controllo, di decidere quale via percorrere, in che modo, con chi e quando.

Luca, inoltre, nella sequenza comunicativa "chiave" dell'andare insieme alla visita, ha, probabilmente voluto segnalare che in quel momento non si stava cogliendo appieno il suo bisogno.

M. A. Tacchini ricorda come il paziente "*può essere ambivalente per entrare in contatto con noi: ci vuole vicino ma poi ci scaccia, ci gratifica e ci insulta, ci illude e ci disillude, ci trasforma da "oggetti inanimati" a "oggetti animati" sulla base dei propri bisogni*" [7]. Anche Luca ha proposto la stessa dinamica: cercando di trasformare l'educatore da oggetto inanimato (avendo bisogno di essere rassicurato) in oggetto animato (cioè appunto attivo nei suoi confronti). Egli volendo essere aiutato ad emanciparsi e ad attuare un cambiamento della sua condizione, può aver avvertito chi lo avrebbe dovuto aiutare come colui che, invece, non riusciva a comprendere tale bisogno di modificare "quella" situazione diventata ormai insostenibile.

Luca ha anche richiamato l'educatore all'esser-ci e allo stare in sintonia con lui quando nel rispondere in malo modo ha fatto capire che non gli interessava ciò che accadeva nel mondo. Egli doveva fare i conti con la sua malattia e tutte le conseguenze anche quel giorno, appunto presentandosi davanti una Commissione sanitaria.

E' nel riuscire a mantenere il proprio ruolo di educatore, forse soprattutto quando, in questo caso è stato esplicitato l'impegno nel "sentire" la fatica che stava provando e quindi a riconoscerla apertamente alla persona; ma anche attraverso l'affermazione che non era solo, che lo si sosteneva.

Forse ci si è vicendevolmente aiutati; Luca nel chiedere all'educatore di essere ancora più empatica e l'educatore nel riconoscere le sue difficoltà ma anche e soprattutto nel ribadire la propria fiducia nelle altrui capacità..

Forse tutto questo è accaduto perché ci sono stati, fra le altre variabili, una "giusta distanza" e il palesarsi di un conflitto...

### **Una visita domiciliare conclusasi catastroficamente**

**-esser presi da..., esser manipolati..., esser sedotti..!?-**

*Alessia è una ragazza di 25 anni che ho conosciuto quando, a seguito di un ennesimo fallimento personale avendo interrotto gli studi nel liceo artistico della propria città, aveva accettato di*

*frequentare il corso di disegno organizzato dal Centro Diurno di Treviglio, quale appunto proposta terapeutico-riabilitativa.*

*La malattia era apparsa a 19 anni manifestandosi con deliri strutturati, allucinazioni visive ed uditive. La gravosità della psicopatologia aveva richiesto anche un intervento coatto quale primo provvedimento terapeutico da parte del servizio pubblico territoriale.*

*In effetti Alessia ha sempre rifiutato la sua condizione, e pur sentendosi invasa dalle esperienze definite da lei stessa “paranormali”, ha sempre provato a “farcela da sola”.*

*La paziente esprimeva il bisogno di produrre un mondo delirante compensatorio rispetto ad una realtà di vita via via sempre più contrassegnata da frustrazioni, solitudini, fallimenti.*

*La presa in carico dell’utente si è sempre rivelata ardua anche a causa del carattere simbiotico della relazione con la madre e l’apparente assenza e marginalità della figura paterna.*

*Anche l’avvio dell’intervento domiciliare è stato “determinato” dall’utente stessa. La paziente, infatti, avendomi già conosciuta al Centro Diurno aveva iniziato a telefonarmi, chiedendomi come stavo, come procedevano le attività, che cosa facevo e se avevo voglia di incontrarla al bar, semplicemente per bere un caffè.*

*Cercando di comprendere tali richieste, anche legittime ma prive di un contesto, una cornice dove collocarle nel suo percorso di cura, sono stati fatti più momenti di approfondimento in équipe.*

*Ho ancora presente la fatica delle prime domiciliari. Alessia era arrabbiata con il mondo intero, doveva comandare, decidere, esprimere la sua “onnipotenza”. Ad esempio, se non mangiavo il biscotto che mi aveva preparato sul tavolo si offendeva moltissimo e iniziava a farmi domande sul mio peso e sulle mie abitudini alimentari. A lungo ho dovuto attendere e faticare prima di guadagnarmi un significato sufficientemente rassicurante all’interno della relazione educativa. Dapprima ho svolto le domiciliari esclusivamente in cucina, per poi accedere al giardino, a passeggiate nelle vie del paese e, progressivamente, a visite mirate (mostre d’arte). Lo stesso bisogno di proporre temi deliranti nel tempo si è ridotto, a favore di dialoghi consueti ed inerenti la vita quotidiana (acquisti, estetista, libri, programmi televisivi, ecc.).*

*Altrettanto frequenti sono stati i movimenti bruschi e ripetuti dell’utente fra la posizione di ritiro e quella di reinvestimento soggettivo verso obiettivi più emancipativi. Sempre grazie alla necessaria gradualità Alessia è infine riuscita a canalizzare le tante risorse verso uno dei nuclei di investimento: il lavoro. È stato attivato un tirocinio presso una Cooperativa Sociale di inserimento lavorativo dove eseguiva lavori artistici (candele, piccoli quadri) e con l’aiuto economico dei genitori ha realizzato delle mostre personali.*

*Ma quando lei si sentiva frustrata, o non sentiva che poteva fare e disfare in base a ciò che voleva, riaffioravano i floridi deliri e l’immobilità. Era la fase in cui iniziava qualche piccola iniziativa nuova, come il nuoto, un nuovo corso di disegno e basta, rifiutava tutto, tutto era troppo stupido e insignificante per lei e la sua “grandiosità”.*

*Una domiciliare che si è conclusa male è avvenuta quando, presentandomi all’appuntamento per andare insieme in un colorificio a comprare il materiale per dipingere, lei propone l’ennesimo ripensamento, avendo già provveduto all’acquisto con la madre.*

*Le propongo un iniziale silenzio, per poi esprimerle un disaccordo motivato dal fatto che quell’incontro era stato desiderato tanto da lei, quale nuova ripartenza per riprendere a dipingere a casa, in taverna, come qualche mese prima.*

*Inoltre, la invito a riflettere sulla sua discontinuità, su come agiva con le persone, su come certe decisioni anche legittime andassero motivate, spiegate e non agite e basta. Volevo arginare, contrastare la sua onnipotenza!*

*Giungo infine a progettarle comunque l’uscita al colorificio. Anche se un po’ contrariata, sembra accettare.*

*In macchina, l’utente ripensa a quanto le ho perentoriamente detto e inizia ad alzare la voce dicendo che non si aspettava di essere ripresa da me, che si è risentita molto, che non era il caso che io mi arrabbiassi e che lei poteva scegliere liberamente cosa fare o non fare.*

*È un fiume in piena di osservazioni. Non ha sopportato il fatto che io la potessi trattare così e dirle che nella vita gli impegni e i programmi che si fanno vanno anche rispettati. Mi comunica proprio che si è sentita sgridata e trattata come una bambina. Probabilmente in fondo mi avrebbe voluto dire: “Ma come ti sei permessa di trattarmi così, di riportarmi su un piano di realtà per me non ancora sostenibile?”.*

*Uscite poi dal colorificio e rientrate a casa, si ammutolisce e per congedarmi mi saluta in maniera fredda.*

### ➤ **Considerazioni**

Questa è una domiciliare evidentemente critica in quanto è stato messo troppo a rischio il rapporto dell'educatore con la paziente. E' stato osato troppo, non considerando, in quel giorno, due variabili: la vulnerabilità del bisogno di onnipotenza di Alessia e la potenza della relazione simbiotica con la madre.

La prima va sempre riconosciuta, comunque contenuta, proprio per sottrarsi al rischio di un “braccio di ferro” tanto impossibile quanto dannoso. L'atteggiamento simmetrico dell'educatore ha creato in lei un vissuto di inadeguatezza difficilmente sostenibile.

Come operatore è stato poi sottovalutato la simbiosi, il forte legame delle due donne non pensando che la paziente potesse non essere pronta per permettersi di fare in autonomia una scelta che riguardava la sua attività artistica, senza pensare al rischio reciproco di perdersi e di abbandonarsi nella diade madre-figlia.

Zapparoli [8] ricorda che il paziente schizofrenico può avere, al riguardo, necessità diverse, secondo l'entità del deficit strutturale della personalità e la fase dell'intervento terapeutico in atto. Diviene fondamentale il bisogno di mantenere una fusionalità, di oscillare con ambivalenza tra due poli costituiti da "vicino alla mamma" e "lontano dalla mamma"; progredire sino ad una dipendenza parziale; infine, tendere verso una maggiore autonomia. In particolare, fusionalità significa non idoneità all'autoconservazione. In tale caso qualsiasi stimolo che si configuri come attacco al legame simbiotico rappresenta una minaccia alla sopravvivenza, suscitando opposizione ed aggressività.

È quello che è accaduto in questa domiciliare in cui si è forzato un po' il cammino verso la “normalità”, senza attenermi a stimolazioni corrispondenti alle potenzialità attuali della paziente.

Un ulteriore elemento che mi ha spinto a intervenire in maniera sostitutiva nei confronti di Alessia potrebbe essere individuato nella eccessiva consuetudine della relazione che ci univa (ed unisce) da anni. In effetti, dopo alcuni anni di interazione sul campo e nel quotidiano, può essere elevato il rischio di una riduzione della capacità di lettura della situazione del paziente.

È una sfida professionale quella di non cadere nell'abitudine dell'incontro per non smarrire la potenziale profondità delle informazioni racchiuse in un gesto o in una frase dell'utente; riuscire a riattualizzare la domanda ad ogni incontro: “Oggi che cosa mi vorrà dire il paziente, quale messaggio riesce e vuole comunicarmi?”.

Nella relazione educativa, di fatto in continua evoluzione, non bisognerebbe mai fermarsi su ciò che si è già ottenuto, mai dare per scontati passaggi evolutivi emancipativi, mai dimenticare che l'utente potrebbe vivere movimenti ambivalenti fra spinte evolutivi e fasi di regressione.

Un incontro conclusosi con delusione può essere utile sia per l'operatore che per l'utente perché offre la possibilità di riflettere insieme su quanto è accaduto, in modo da rimettere a fuoco i bisogni più autentici dell'utente da un lato e la proposta relazionale dell'operatore dall'altro.

Una domanda: come recuperare la “giusta distanza”? Quanto è rischioso esser pensati come “amici” dai pazienti? E quanto il “desiderare” che accada una svolta che non ci deluda? E allora, il lavoro da fare, è sempre sulle proprie aspettative di operatore.

### **Una visita domiciliare sospesa**

**-non essere voluti ; che scacco! Non essere ascoltati: che solitudine impotente-**

*Una visita domiciliare sospesa riguarda la decisione di un paziente di non voler più essere seguito da me.*

*Egli apparteneva ad una famiglia molto problematica, in cui la madre era seguita dal CPS, il fratello minore manifestava atteggiamenti delinquenziali e il padre, per motivi di lavoro, era sempre assente.*

*A causa della concomitante struttura psicotica della personalità e di una scarsa dotazione cognitiva, Marco era riuscito a difendersi dalle proprie difficoltà e fallimenti passando le intere giornate al computer scaricando file di musica.*

*La madre si riteneva l'unica persona in grado di guarire il figlio, la sola in grado di capirlo e quindi dimostrava nei confronti di qualsiasi operatore sanitario una chiara diffidenza e una palese insoddisfazione per qualsiasi proposta riabilitativa.*

*A ciò alternava una profonda rabbia per l'inadeguatezza di Marco ad una, non troppo velata, tendenza alla delega totale. Con Marco se si progettava poco, nel tentativo di rispettare i suoi limiti (anche cognitivi) non si era fatto abbastanza e si sottovalutavano le capacità del figlio; se si progettava troppo non si teneva in giusta considerazione il bisogno di supporto del figlio.*

*L'obiettivo globale a cui l'intervento domiciliare con Marco doveva concorrere, nasceva dal bisogno di organizzare meglio il suo tempo per evitare che la noia e l'apatia potessero impoverire maggiormente il suo già deficitario livello funzionale. Le visite servivano inoltre per avere aggiornamenti sulle dinamiche familiari in continuo cambiamento.*

*La conoscenza di Marco mi ha consentito di rilevare il tratto del carattere mite e remissivo del giovane, accanto alla insidiosa difficoltà di auto valutare correttamente sia i suoi bisogni che le modalità per soddisfarli. Ciò lo esponeva a continue esperienze di fraintendimento e frustrazione tanto in ambito familiare che sociale. Solo ponendo una specifica attenzione a tali difficoltà si riusciva a individuare e delimitare meglio delle aspettative personali perseguibili.*

*Ad esempio, Marco non era mai riuscito ad esprimere il problema dell'eccesso di peso, quindi non aveva nemmeno mai esplicitato il desiderio di dimagrire, ma riportava un malessere vago di gambe gonfie, sonnolenza, cefalea, pesantezza. Insieme siamo arrivati alla scelta di frequentare la palestra del Comune di residenza per svolgere attività fisica.*

*Dopo tre mesi Marco inizia a confidarmi alcuni momenti critici da parte della madre, inerenti il costo eccessivo della palestra. Il giovane stesso si sentiva confuso. All'incontro successivo mi informa che non sta più facendo sport perché ha una forte otite e forse era meglio interrompere la domiciliare perché si sentiva la febbre.*

*Da lì ci sono stati due incontri in cui Francesco si è sottratto agli appuntamenti e probabilmente chi era in casa non apriva. Quando per telefono gli ho chiesto come stava, lui timidamente e un po' imbarazzato, mi ha detto che non era un bel periodo in quanto stava tanto male fisicamente e che non voleva "attaccarmi l'influenza".*

*Inutile evidenziare come in realtà tali argomentazioni fossero una scusa per sospendere i nostri incontri.*

### ➤ **Considerazioni**

Il significato di sospendere è: "interrompere rinviando ad altro tempo" ed in realtà è quello che è accaduto. La madre visto la troppa vicinanza dell'educatore ha avuto il bisogno di allontanarlo dal figlio e di sminuire tutto quello che di nuovo si stava realizzando.

Di questa domiciliare forse si legge, in filigrana, il vissuto di tenerezza nei confronti di un ragazzo fragile che, non sapendo come agire, respinge la presenza di un aiuto, ricorrendo alla preoccupazione che il suo malessere potesse fare del male anche all'Altro. Ecco così che il raffreddore diviene una sorta di protezione per sé ("Non puoi venire non perché non è possibile, ma perché sono ammalato") ed anche per l'operatore ("Non voglio che anche tu ti ammali, rinviando"); ma qual è il livello di credibilità? Ogni volta è una sfida.

La difficoltà irrisolvibile per la persona derivava dalla "conflittualità" fra il desiderio di interazione con l'educatore da un lato e l'altrettanto coinvolgente percezione che la presenza dello stesso in quella casa non era gradita. In effetti, mentre il paziente avrebbe continuato le visite domiciliari, la mamma gli proponeva pareri critici, considerando gli incontri come una perdita di tempo.

Come educatori allora ci si può sentire impotenti di fronte alla scelta di Marco, ma anche consapevoli che bisogna pur accettarla altrimenti si sarebbe contribuito ad incastrare la persona in una condizione ancor più radicale di scelta: fidarsi più di sua madre o fidarsi più dell'educatore. L'educatore deve saper reggere anche l'eventualità che non tutto ciò che viene progettato, sarà poi possibile attuare; riuscire ad esprimere la capacità di stare in attesa che si creino gradualmente condizioni più sfruttabili.

Allo sconforto, al vissuto di non essere stata utile, di non poter continuare il proprio lavoro si può lasciare posto ad una visione più ottimistica: il paziente stesso aveva chiesto qualcosa, cioè aveva bisogno di una persona capace di attendere.

I tempi degli interventi operativi, delle riprogrammazioni in équipe, delle verifiche dei risultati, spesso non corrispondono con i tempi del paziente e del suo contesto familiare.

E per tempi del paziente si intende non solo il trascorrere del tempo ordinario fatto di secondi, minuti, ore e giorni, ma il tempo del vissuto, quello che difficilmente si quantifica perché è soggettivo, interiore.

A. Giannelli [9] riprendendo il pensiero di Minkowski afferma che nell'uomo normale c'è abitualmente un sincronismo tra il tempo oggettivo (esterno) e quello soggettivo (interno); ma già quando vengono vissuti dei sentimenti intensi, tale sincronismo viene meno, per cui sembrano eterni un incontro d'amore o un momento di paura. In caso di importante disturbo psichico entrambi i modi di vivere la dimensione del tempo viene sovente sconvolta.

A maggior ragione, dunque, i tempi dell'intervento riabilitativo non sono i tempi dei pazienti.

Un altro elemento da tener presente rispetto alla complessità di questo intervento sospeso è dato dallo scarso livello di adesione al programma di cura da parte dei familiari. In effetti, è stato fin dall'inizio difficile far comprendere loro il senso complessivo delle visite domiciliari, a causa dell'elevato livello di disfunzionalità dell'intero nucleo. Si intende accennare alle caratteristiche individuali di entrambi i genitori (la madre definibile come emotivamente instabile; il padre come egocentrato); la presenza di un fratello con tratti antisociali; crescenti difficoltà finanziarie; conflittualità con le rispettive famiglie di origine. La somma di tali fattori ha senz'altro concorso ad interpretare tutti gli interventi, compreso quello educativo, come spesso fattori ulteriormente disturbanti, se non addirittura intrusivi rispetto all'equilibrio naturale della famiglia, che pertanto non doveva essere modificato.

Solo dopo aver effettuato alcuni incontri presso il Centro Psico Sociale con Marco ed i familiari, è stato possibile riprendere una attività domiciliare ritardata su aspettative più realistiche e condivise.

Forse va ripreso il filo non sempre dipanabile di "chi parla" quando viene chiesto un intervento; chi si sostituisce a chi; quali giochi di copertura del bisogno o di eventuali desideri si sovrappongono e si intrecciano?

## **LA VISITA DOMICILIARE SECONDO ALTRE FIGURE PROFESSIONALI**

Per approfondire il significato che ha e può avere la/una "visita domiciliare" sono state effettuate delle interviste semi-strutturate a due educatori professionali, a due infermieri professionali, a un tecnico della riabilitazione e ad un'assistente domiciliare seguendo la serie di domande di cui sotto.

*"1) Se tu dovessi spiegare che cos'è una visita domiciliare che cosa diresti?"*

*2) Dove si colloca e cosa pensi della visita domiciliare come modalità di intervento in ambito psichiatrico?"*

*3) Che cosa osservi del paziente, dei familiari (se presenti) e della casa?"*

*4) Secondo te che cosa rappresenta o può rappresentare "la casa" per il paziente?"*

*5) Ti invito a ricordarti una visita domiciliare andata bene e cosa significa per te andata*

*6) Parlami di una visita domiciliare andata catastroficamente male e di una sospesa.*

*7) Cosa ne fai dei contenuti delle informazioni e osservazioni che ricevi durante una visita domiciliare?"*

*8) Quali sono secondo te le differenze tra una visita domiciliare condotta rispettivamente da un infermiere professionale, da un educatore professionale e da un tecnico della riabilitazione?"*

9) *Parlami di una visita domiciliare che ricordi con piacere, con maggior soddisfazione personale e professionale*”

Ciascun operatore, a partire dal proprio vertice di osservazione derivante dalla differente formazione e dalla specificità professionale, ha evidenziato la complessità di tale modalità di lavoro, ma subito anche la fruttuosità di tale coinvolgimento relazionale, quindi dalle interviste emergono alcuni elementi comuni comprovanti, in sintesi, l'importanza di interventi di riabilitazione psicosociale prossimi al territorio di vita del paziente.

In particolare si riportano, di seguito, alcune considerazioni in cui elemento cruciale è il “rapporto con gli utenti”.

- *L'atteggiamento verso la complessità della malattia mentale.* Fondamentale è coltivare e preservare un notevole “rispetto” per l'individuo malato. Ciò attraverso il riconoscimento della funzione protettiva e difensiva del delirio; mediante la ricerca continua e poi il riconoscimento dei bisogni della persona; la valutazione della condizione esistenziale e funzionale del paziente alle prese con la profondità del conflitto fra dipendenza ed autonomia; provando ad affiancarsi alla persona al fine di superare le sue richieste impossibili a favore dell'espressione di aspettative più realistiche. Il paziente, riconosciuto soggetto nella sua alterità, acquisisce potenzialmente e poi di fatto un ruolo di “progettista” e di “coprotagonista” del proprio percorso di cura. Può divenire possibile quella relazione duale in cui l'operatore non lavora più per lui ma con lui. Addirittura, come già espresso, passare così dalla presa in carico alla proposta relazionale dell'aver cura.
- *La tensione attiva e positiva nel lavorare secondo il modello della psichiatria di comunità.* Si ribadisce la scelta di provare a declinare la ricerca della salute mentale a partire dall'importanza dell'ascolto, della necessità di relazione con il paziente, di andargli incontro nel suo ambiente di vita quotidiano. In questa prospettiva, la visita domiciliare può costituire una delle mappe più fedeli per orientare un buon lavoro riabilitativo, volto appunto a mantenere e migliorare l'integrazione della persona nella rete relazionale di appartenenza. Tale modalità di lavoro offre opportunità esclusive di scambio tra due persone, ma anche allarga l'incontro con il mondo della famiglia. In definitiva, all'operatore viene di fatto richiesto di muoversi nel territorio, inteso quale insieme di luoghi, di incontri, di fatti che il paziente ha creato nel divenire della sua storia personale.
- *Il valore della “progettualità terapeutica”.* La modalità di intervento della visita domiciliare non può delinarsi in termini “naïf” e di improvvisazione. Se interpretata ed attuata secondo i principi suddetti, acquista una sorta di potenza di cambiamento per cui diviene indispensabile che si collochi all'interno di un vero e proprio pensiero di cura. Tale progetto di salute mentale, a sua volta per essere elaborato prima e messo in atto poi, richiede che ad esso vi si dedichi un gruppo di lavoro costituito da molteplici competenze professionali.
- *Il lavoro in équipe.* Come espresso in precedenza viene riproposta l'importanza di appartenere e di lavorare in un'équipe multidisciplinare. Tale assetto organizzativo, qualora funzionante, garantisce la massima raccolta e condivisione delle informazioni; l'espressione aperta ed il contenimento ottimale dei vissuti dei singoli operatori; la condivisione più efficace possibile delle valutazioni e delle progettualità potenzialmente più utili degli interventi. Come è stato ripetutamente sottolineato nelle interviste da un lato emergono specificità proprie di ciascun profilo professionale, ma subito viene evidenziata la necessità che la stessa non debba essere interpretata in modo fisso e rigido. Ciò in quanto viene indicata alla base di qualsiasi intervento la ricerca di una relazione autentica e pertanto significativa con il paziente. Tale priorità forse può ridurre il rischio di interpretare in maniera fissa il proprio ruolo all'interno dell'équipe; in effetti, bisognerebbe tendere alla vicinanza più autentica con l'utente, senza pretendere di averne la titolarità e tanto meno l'esclusiva. La presenza dell'educatore in un gruppo di lavoro impegnato a promuovere benessere psicofisico può acquisire significati specifici e di collaborazione. I primi fanno riferimento, ad esempio, ad un ruolo potenzialmente meno minaccioso ed intrusivo che

l'educatore può far vivere all'utente a differenza del medico (si pensi al non detto, appunto sotteso, ad ogni incontro fra una figura sanitaria ed il paziente). È come se l'educatore indossasse appunto una "giacca" più idonea a facilitare l'avvio della relazione, l'ascolto empatico. In riferimento al piano della collaborazione, la figura educativa, per sua formazione professionale, dovrebbe ritrovare nella modalità di lavoro di gruppo il terreno più congeniale, facilitando così una migliore gestione delle dinamiche interne, per favorire prassi di lavoro più condivise.

- *Gli esiti degli interventi di domiciliarità.* Le cosiddette "visite domiciliari" possono andare "bene, male, essere sospese" a seguito di un insieme complesso di variabili, che riguardano sia l'utente che l'operatore. Esse vanno dal momento della valutazione dei bisogni (con quali lenti si prova a guardare l'utente ed il suo contesto di appartenenza) al come si pensa di trattare tali bisogni e alle fasi di negoziazione del progetto riabilitativo. Molto dipende anche dall'individualità che l'operatore esprime con l'utente, dalla capacità e qualità di "essere" singoli operatori e di saper lavorare nella propria équipe di lavoro.

Per quanto riportato finora, la "visita domiciliare" viene confermato come strumento connotato da un elevato livello di dignità terapeutica.

L'andare concretamente nel mondo dell'utente, non un "far visita al paziente", può concorrere al riconoscimento della soggettività della persona, così come a restituire speranza. Ciò in modo da rendere di nuovo possibile un reinvestimento di fiducia sia verso le proprie capacità sia rispetto al piano di realtà.

## CONCLUSIONI

Il lavoro finora condotto ha cercato di evidenziare quanta strada teorica e pratica sia stata percorsa a partire dall'Ospedale Psichiatrico per arrivare alla Psichiatria di Comunità. Quest'ultima quale disciplina che "ha cura" della persona sofferente attraverso l'offerta di interventi che rispettino, per quanto possibile, il diritto di continuare a vivere nel proprio contesto di vita.

Come ricorda il Piano della Regione Lombardia l'obiettivo per promuovere la salute mentale è quello di sviluppare *"una psichiatria di comunità che operi in un contesto ricco di risorse e di offerte, con programmi di cura improntati a modelli di efficacia e valutabili, in un territorio concepito come un insieme funzionale ampio, non rigidamente delimitato, con la possibilità di integrare diversi servizi, sanitari e sociali, pubblici, privati, non-profit, e di collaborare con la rete informale presente, in una reale apertura alla società civile"* [10].

Questo obiettivo ha rappresentato il punto di riferimento per la definizione di un modello gestionale e organizzativo che possa promuovere una maggiore responsabilizzazione rispetto ai percorsi di cura per i soggetti affetti da disturbi psichici gravi, e possa permettere un utilizzo più appropriato delle risorse disponibili.

È stato importante ripercorrere l'evoluzione che ha consentito di ribaltare una psichiatria massificante, autoritaria, fatta di automatismi istituzionali a favore di un'assistenza psichiatrica protesa a recuperare la centralità della persona. Ancora, aver approfondito il processo di superamento di una psichiatria rinunciataria, immobile ed impaurita, verso l'emergere di una prassi terapeutica dinamica, coraggiosa, pronta a rinnovarsi. Una psichiatria delle passioni, ascoltate e provate continuamente ogni volta che si privilegia l'incontro tra un operatore ed un paziente, sia al primo impatto di conoscenza, sia nello svolgersi di una storia relazionale.

Se molto è stato fatto, forse la sfida attuale consiste proprio nel perseguire la massima professionalità nella promozione della salute mentale a partire dalla persona che soffre, scongiurando scelte univoche in senso organicistico.

Un modo di fare psichiatria che prevenga lo sradicamento totale dell'individuo, promuova il superamento dello stigma, il recupero di speranza e desiderio, sostenga possibili spinte emancipative.

Possono conferire interesse e passione a tale stile di lavoro principi generali quali:

- democraticità dell'intervento, ponendo attenzione alle fasi di ascolto, negoziazione, responsabilizzazione;
- ricerca di una stretta corrispondenza dell'offerta di intervento ai bisogni professionalmente valutati, a livello individuale e di contesto di appartenenza;
- capacità effettiva di rispondere ai bisogni materiali che spesso accompagnano la malattia mentale oltre che a quelli simbolici;
- impegno nell'evitare nuovi ghetti che disegnano aree di incurabilità e mancanza di speranza, alle quali corrispondono poi purtroppo soggetti reali e operatori destinati ad occuparsene.

Come i servizi psichiatrici sono usciti dall'ospedale, anche le pratiche di cura sono uscite dagli studi per andare incontro ai bisogni, sempre più effettivamente intercettati, degli utenti, al fine di trovare risposte concrete innovate ed efficaci.

Fra queste, le "visite domiciliari" diventano strumenti elettivi per operare nel contesto del paziente. La pratica delle "visite domiciliari" andrebbe quindi coltivata e resa sempre più presente e praticata in relazione al modello di lavoro della 'presa in carico'. Tutte le figure professionali che costituiscono un'équipe integrata andrebbero ampiamente coinvolte, con una crescente responsabilizzazione degli educatori e dei tecnici della riabilitazione, con una sorta di riconversione anche dei profili funzionali degli operatori infermieristici.

In questa ottica della "prossimità", dell'"accanto", una buona prassi di riabilitazione psichiatrica non può non incontrare tensioni e istanze educative perché l'efficacia degli interventi sia piena: ormai sia la psichiatria che la pedagogia hanno abbandonato la veste di discipline dal carattere sorvegliante o punitivo e ora sono promotrici dell'ascolto del soggetto da curare e/o educare, restituendo allo stesso la capacità di affermare: "Io desidero, quindi voglio e forse potrei...".

Al pari della sfida terapeutica nel suo complesso, anche l'attività specifica educativa dovrebbe essere protesa nella ricerca della combinazione giusta per riaprire spiragli di speranza individuale e familiare. Ciò nell'aiutare il paziente a ritrovare i suoi progetti, le sue motivazioni, le sue decisioni; obiettivi ben diversi dall'innestare nella persona le nostre valutazioni od i nostri programmi.

Agli operatori della cura, e quindi anche a quelli della psichiatria, ma non solo!, non resta che un continuo interrogarsi in una posizione di sintesi dei contributi provenienti anche dalle discipline pedagogica, psicologica e sociale, per offrire risposte consone al bisogno espresso dai malati nel tentativo di coglierne la non mai finita complessità.

**Il presente lavoro è tratto, con relativa sintetica revisione, dall'esercitazione finale "La visita domiciliare nell'area riabilitativa psichiatrica" di Luisa Cremonesi ai fini della laurea triennale in Scienze dell'Educazione, relatore Francesco Caggio.**

\*Educatrice professionale, Centro Diurno - Area Riabilitativa Psichiatrica – Azienda Ospedaliera di Treviglio.

\*\*Pedagogista, consulente e formatore nei e per i servizi di cura, collabora con l'Università Statale di Milano-Bicocca.

## **Bibliografia**

- [1] Racamier P.C., *Il genio delle origini*, Cortina Raffaello, Milano, 1996.
- [2] Zapparoli G.C., *Terapia integrata dei disturbi schizofrenici*, Manilio Bordi © 2005 sul Web.
- [3] Rabboni M., *Etica della riabilitazione psichiatrica*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- [4] Ceroni B., Zapparoli G.C., *La psicosi e il segreto*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987, pag. 210-217.
- [5] Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli Milano, 2003.
- [6] Borgna E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano, 1992, in M. Rabboni, Residenzialità. Luoghi di vita incontri di saperi, Franco Angeli, Milano, 2003, pag. 36.
- [7] Tacchini M.A., *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*, Masson, Milano, 1998.
- [8] Zapparoli G.C., *La psichiatria oggi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1998.

- [9] Giannelli A., *Tempo: biografia, storia, clinica*, in M. Rabboni, Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi, Franco Angeli, Milano, 2003, pag. 101.
- [10] D.g.r. 17 maggio 2004 – n. 7/17513 “*Piano regionale triennale per la salute mentale*” in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 BURL – 2° Suppl. Straordinario al n. 24 – 10 giugno 2004.

# Sofferenza nel disagio psichico

*di Valter Zambelli\**

## **Abstract**

A nurse tries to tell their own work experience in the field of psychiatry, not only from the aspect of professionalism, but also looking for those nuances typical of human existence that give meaning to our existence. I wanted to write something that would serve the people, I wanted to write something that come to people but I also wanted to write something that was humble, that does not offend anyone, that anyone could read and do not feel belittled in his own being, but rather would recognize and draw comfort.

*“Per me c’è il dolore perpetuo e l’ombra, la notte dell’anima, e non ho voce per gridare”[1]*

*Antonin Artaud*

Volevo scrivere qualcosa che servisse alla gente, volevo scrivere qualcosa che arrivasse alla gente ma volevo anche scrivere qualcosa che fosse umile, che non offendesse nessuno, che chiunque potesse leggere e non sentirsi svilto nel proprio essere ma piuttosto potesse riconoscersi e trarne conforto.

Lavorare in psichiatria e confrontarsi quotidianamente con il malato grave può essere pesante ma offre spunti di riflessione su molti argomenti spesso trascurati o lasciati in secondo piano.

Solitamente parlare di psichiatria vuol dire parlare di eventi gravi che entrano nella nostra vita tramite i media, i quali enfatizzano l’evento mostrandoci un taglio negativo del disagio psichiatrico.

Psichiatria non è solo quello, anzi, di solito è proprio il contrario. Il paziente psichiatrico, spesso è la vittima di tutte una serie di angherie e soprusi, da cui lui stesso, per salvarsi, cerca di uscire inventandosi un mondo parallelo dove poter vivere.

Essere malati in psichiatria, ancora oggi, significa essere emarginati: certo i manicomi sono stati chiusi ma la cultura ed il tessuto sociale sono rimasti fermi, quasi congelati all’inizio del secolo scorso.

I pazienti sono persone e come tali hanno delle grandi ricchezze da mostrare.

Ogni persona è un universo da scoprire e da valorizzare e così è per i malati psichiatrici. Difficile è trovare la chiave d’accesso a questo universo; regola che vale comunque anche nelle relazioni tra persone sane.

Vorrei concentrarmi sulla sofferenza del paziente psichiatrico perché spesso non la si coglie. Quando ci troviamo di fronte ad una persona giovane, ammalata di una patologia organica classica, per esempio una gamba rotta, non impieghiamo molto a capire che soffre; soffre per il dolore fisico, le ossa rotte; soffre perché deve dipendere da qualcuno per svolgere tutte quelle attività che svolgeva autonomamente prima dell’evento traumatico; soffre perché costa ma non produce reddito; soffre perché non può scegliere ma deve sottostare a qualcuno che sceglie per lui. Sono alcune delle sofferenze che balzano subito agli occhi, evidenti. A livello emotivo, un paziente di questo tipo alimenta subito sentimenti positivi di solidarietà e di vicinanza, perché percepiamo, capiamo, la sua sofferenza. Ora, di fronte al nostro giovane paziente psichiatrico, che non ha gambe rotte da mostrare ma anzi di solito le muove molto bene per recarsi al bar o dal tabaccaio, che sentimenti ci alimenta, cosa ci smuove nella pancia vedere questo giovane uomo seduto tutto il giorno su una panchina ad aspettare la sera? Sicuramente non un sentimento di empatia o di vicinanza al suo soffrire, anche perché non vediamo dolore ma, piuttosto, quasi con invidia, una sorte di benessere che piacerebbe anche a noi. Questo modo superficiale di pensare potrebbe essere

tollerato, se espresso dall'uomo della strada ma sicuramente non deve essere l'approccio degli addetti al lavoro, degli operatori. In psichiatria gli operatori, non solo devono affiancare il malato per il raggiungimento del suo benessere ma devono essere sul territorio, nel contesto socio-culturale che vivono, agenti di cambiamento culturale per giungere a sfatare e distruggere quel modo discriminante di pensare e di agire ancora oggi latente nella gente comune e non solo. Occorre ridare al malato psichiatrico la dimensione di malato da vivere all'interno della società malata che l'ha generato.

Dobbiamo essere consapevoli che tutti abbiamo dei pregiudizi: non è negandoli che li abatteremo ma è solo riconoscendoli e smascherandoli che potremo tentare di non lasciarci influenzare più del dovuto da essi.

Dolore e sofferenza sono ben presenti nei portatori di disagio psichico e se facciamo uno sforzo riusciremo a vedere anche più dolore del paziente con una gamba rotta.

Avere venti anni e non riuscire ad alzarsi dal letto per paura della giornata da vivere non deve essere affatto piacevole, avere venti anni ed avere nella testa una radio accesa tutto il giorno che ti impedisce di ascoltare quello che vorresti sentire ma ti copre di insulti in continuazione, probabilmente non è una bella compagnia.

Questo *ascoltare-sentire* fa paura un po' a tutti perché è di difficile intuizione.

Faccio molta fatica a capire cosa può essere il tormento delle voci in testa che insultano te e tuoi cari, così come faccio fatica a capire che un paziente neghi di aver bisogno di qualcosa perché ha paura poi di restare deluso o perché una volta risolto quel bisogno teme di vederne comparire un altro che magari non potrà risolvere; nega oggi di avere bisogno perché così non dovrà niente a nessuno, intanto non si nutre o non si lava e si lascia andare in uno stato depressivo angosciante.

Mi rendo conto di non trattare niente di nuovo però mi sembra anche che questi argomenti (dolore sofferenza angoscia) siano poco discussi nell'ambiente di lavoro, molte volte sottovalutati, spesso addirittura negati.

Parlare di dolore e di sofferenza, in ambienti di pazienti cronici, non è piacevole per nessuno e non nascondo che la paura è sempre presente. Paura di ciò che non si capisce o di ciò che non si riesce a spiegare.

Gli operatori sono esseri umani e si giocano in prima persona con tutto il loro bagaglio culturale ed emozionale nella relazione terapeutica con il malato. Spesso fianco a fianco per anni.

La paura che gira nelle nostre menti nei confronti dei malati mentali e della malattia mentale è di vario genere. Una è sicuramente quella del "posso diventare così anche io", oppure "mio figlio potrà essere così", quindi qualcosa che riguarda il mio divenire o il divenire dei miei cari.

Un'altra è quella che riguarda le diversità, cioè tutto quello che reputo diverso da me, quindi da conoscere e da capire. Non abbiamo la cultura della curiosità, dello scoprire l'altro e le sue ricchezze. L'approccio con l'altro, anche sano, è sempre diffidente, titubante e soprattutto pieno di pregiudizi. Quindi operatori e gente comune hanno queste paure quando si accostano al mondo della follia: la paura del divenire e la paura della diversità.

Non ci sarebbe niente di grave se tutti noi avessimo consapevolezza di ciò che siamo e di ciò che pensiamo. Il problema sorge quando siamo convinti di essere esenti da paure, da dubbi e da pregiudizi e ci avviciniamo all'altro con un universo di dogmi, di regole fisse in cui gli altri devono riempire una casella e se non rientrano in quella che noi gli abbiamo pre-determinato vengono eliminati o allontanati.

Sono convinto che se si vuole migliorare la vita dei pazienti psichiatrici ci si deve dedicare molto alla cultura. Dobbiamo riuscire a ri-raccontare tutta la psichiatria con occhi diversi, dobbiamo incominciare ad entrare nelle scuole con i nostri pazienti e farli parlare per far sentire cosa dicono, cosa pensano e cosa vivono. Dobbiamo lavorare fuori dalle strutture sanitarie ed arrivare alla gente comune.

Un concetto che mi è capitato sotto gli occhi in questi giorni ma che era già in giro nella mia testa è quello di malattia come *incapacità*. RICOEUR[2].

Incapacità non solo di *fare* ma incapacità di *essere*.

Leggere il disagio psichico attraverso questa lente ci permette più facilmente di intuire la sofferenza.

Come la gamba rotta, costringe ad una serie di incapacità sia nel fare- autonomia personale nel lavarsi, spostarsi- sia nell'essere, riconoscersi, raccontarsi ed accettarsi: incapacità, nota bene, temporanee, perché una volta aggiustata la gamba e fatta la dovuta riabilitazione il nostro soggetto tornerà quello di prima; così la patologia psichiatrica crea una serie di incapacità che minano il concetto di ben-essere e di salute nel soggetto interessato.

Ho parlato di disagio psichico, di psichiatria, di paziente psichiatrico ma non ho citato con precisione nessun nome di patologia o di diagnosi psichiatrica perché per il discorso che sto facendo è poco significativo. Sono convinto che sia poco importante definire con precisione di quali patologie sto parlando perché credo che la sofferenza, il dolore ed il male tocchino un po' tutti, malati e, perché no, anche i sani. E' meglio riflettere chiudendo meno porte possibili per spaziare e poter vedere anche oltre. Le diagnosi, come tutte le definizioni pre-confezionate, hanno molti limiti, tendono ad incanalare il pensare e l'osservare impedendo, ogni tanto, di andare oltre ciò che è *l'apparire*.

Vorrei tornare sul concetto di incapacità perché mi sembra nodale, la malattia come *io non posso*, per ogni *non posso* che ci viene in mente c'è una sofferenza.

Incapacità di essere, in psichiatria è molto presente, se si pensa anche solo alla legislatura prima del 1970 (Legge Mariotti 1968, Legge Basaglia 1978), in Italia, dove al paziente psichiatrico venivano tolti tutti i diritti civili e politici. Egli non esisteva nemmeno come persona giuridica. La capacità di essere gli era preclusa. Oggi la legislatura è migliorata e tutela il paziente però la malattia esiste ancora ed invalida il paziente spesso immobilizzandolo in situazioni assurde.

*Essere*, non è così scontato *essere*, la percezione del sé disgregata a volte impedisce al paziente di *essere* e quindi non si trova o peggio ancora non si riconosce. Però una volta risolta la fase acuta della patologia il paziente può ritornare ad *essere* se stesso e ri-conoscersi in quel sé che prima non vedeva. Drammatico e angosciante perdere il proprio *sé stessi*. Che sentimento ci dominerà, una volta rientrati da questa *assenza*; cosa ci guiderà nel cammino della *esistenza* se non sappiamo neanche chi siamo? Questo che spesso subiscono i pazienti è un viaggio pieno di straziante inquietudine. Coloro che riescono a capirlo non sempre riescono a raccontarlo. Antonin Artaud è uno di quelli che è riuscito a farci arrivare qualcosa di questa devastante solitudine, ma chissà quanti non abbiamo sentito gridare nel silenzio.[3]

Da sani non ci accorge di quante cose facciamo, oppure ce ne accorgiamo ma con una connotazione negativa, correre a destra e a sinistra per fare mille cose che non ci portano da nessuna parte. Il chi siamo è spesso dimenticato perché troppo presi dal fare. Basta pensare ad un banale raffreddore ed è sufficiente per farci vedere quello che non possiamo più fare ed in quel frangente, con una sofferenza minima, riconosciamo i nostri limiti.

Capacità, potere e limite possono aiutarci a vedere i volti della sofferenza, del dolore e del male nel portatore di un disagio psichico e non.

E' scontato che gli altri ammalati, quelli non della psichiatria, possano presentare gli stessi disagi. Solitamente però sono in grado di verbalizzarli e/o sono già considerati dall'assistenza classica. E' più facile vedere la sofferenza dove i nostri occhi sono abituati a vederla.

Ero partito per parlare della sofferenza specifica del malato psichico ma strada facendo mi sono reso conto che non è così semplice e scontato

Qualcuno, mi pare Esquirol, ha definito la sofferenza psichica con queste parole: *il dolore mentale esprime il confronto con le passioni estreme, con l'insostenibile esistenziale*.

Sono parole che raccolgono e riassumono la complessità e la grandezza della sofferenza del paziente psichiatrico, spesso in bilico tra l'essere considerato un santo o uno scarto deviato della società.

Sarebbe bello poter svilupparle per tentare di coglierne il significato e collocarlo nel concreto della nostra quotidiana attualità.

Mi piace quella definizione perché, pur non sapendo cosa precisamente intendesse con passioni estreme e l'insostenibile esistenziale, mi dà subito la percezione di qualcosa di grande e di non facile intuizione.

Passioni estreme, tutte quelle sofferenze, tribolazioni del corpo e dello spirito che accompagnano gli esseri umani lungo il cammino della propria esistenza.

Il confronto con le passioni, una continua ed eterna ricerca nelle sofferenze dello spirito, quella peculiarità degli esseri pensanti e sofferenti.

Estreme passioni quindi, non quelle per i francobolli o per la squadra del cuore, ma quelle dedicate ai grandi temi dell'esistenza umana; il senso, il significato di una vita, di un *essere* sulla terra con un motivo, un perché.

Quindi grandi lacerazioni interiori che arrivano a spaccare il cuore e la mente in cerca di un perché che forse non si troverà mai e che forse non c'è.

L'insostenibile esistenziale è il pensiero di sempre. Credo che ognuno di noi abbia pensato almeno una volta al perché della sua esistenza, al suo motivo del suo essere nel mondo.

Il dolore mentale, la sofferenza psichica diventano chiavi di lettura dei grandi temi della ricerca, del confronto, di sempre dell'uomo. Permettono all'uomo di vedere, intra-vedere, nella propria anima l'essenza della propria esistenza.

Forse, certe culture, dove il folle, è considerato il prescelto dagli dei, l'illuminato, non sono proprio così barbare e primitive come a volte le intendiamo: hanno una lettura diversa della follia.

La sofferenza ha infiniti volti: vederli non è facile e non è piacevole.

La sofferenza è indice di dolore, di *malessere* e fa paura.

Vivere nella sofferenza è faticoso.

Non mi stupisce se tentiamo di evitare le situazioni di sofferenza, qualcuno ne tollera meglio alcune e qualcun altro ne tollera meglio altre.

Ho un amico, coetaneo, sposato, bella persona e brillante carriera professionale. Un giorno, mentre si recava al lavoro, è stato investito da un'automobilista distratto. Ne è uscito distrutto, coma e danni fisici irreversibili. Parla a stento, non è più autosufficiente in niente. Per andarlo a trovare a casa sua, dove sono stato accolto centinaia di volte, devo armarmi di tutto il mio coraggio perché vederlo così ridotto mi uccide. Non sono stato capace di accettare la sua nuova condizione d'essere tra noi e quindi vederlo mi devasta l'anima, sto male per molto tempo e scatena grossi sensi di colpa perché non sono al suo fianco e non aiuto sua moglie a vivere questo disagio.

La sofferenza personale di questo mio amico deve essere enorme, la sofferenza della sua famiglia deve essere altrettanto grande ed è istinto di tutti evitare i grandi dolori, specialmente se ne abbiamo già di nostri.

La sofferenza ci circonda, ovunque volgiamo lo sguardo c'è sofferenza.

E' difficile accendere la televisione e sentire buone notizie, le tragedie, i morti ammazzati, gli incidenti sul lavoro, i grandi disastri ambientali, questi fanno notizia. Quasi tutto quello che i mass media ci propongono è dolore e sofferenza. In parte ci siamo corazzati per far fronte a tutto questo e in parte preferiamo vederlo perché è un po' meno nostro, è ancora un poco distante.

Penso che non ci sia una spiegazione al perché la gente soffre; credo che raccontare e condividere possa aiutare ad alleggerire certi pesi che gravano nei cuori di molte persone.

Mi sono accorto che accogliere i genitori dei pazienti può essere molto faticoso ma allo stesso tempo può fornire una ricarica energetica. Quando un genitore si libera da ciò che ha dentro, ho svariate possibilità di intervento. Prima di tutto, stare fermo, non fare o dire niente; poi posso dire la mia, ciò che penso o ciò che provo, posso immagazzinare tutti i dati che il genitore mi fornisce che mi aiutano a capire il paziente o a farmi un quadro più ampio sulla famiglia e, una cosa importante, mi viene riconosciuto un ruolo, che può essere solo quello dell'oggetto inanimato, con la sua importanza, oppure qualcosa di più attivo nel caso diventi referente per quel nucleo familiare.

Ascoltare, accogliere, condividere e accettare sono atteggiamenti che possono alleviare le sofferenze. Se non abbiamo spazio mentale ed emozionale per accogliere/accettare l'altro, sarà impossibile sostenerlo ed aiutarlo nella sua sofferenza.

Mentre tento di scrivere queste cose, sto leggendo vari autori che hanno già scritto sulla sofferenza. Non avevo l'arroganza di essere il primo ma mi sono reso conto che sono finito in un oceano piuttosto agitato e vedo isole a destra e a sinistra, ma ogni isola mi mostra altro oceano e via di seguito, continuo a girare in questo infinito scoprire, non credo troverò la terra ferma molto presto.

Tristezza, una parola che racchiude un mondo. Il tempo, lo spazio, la memoria sono contenuti nella tristezza e da essa modificati, alterati, resi sconosciuti ai nostri soliti mezzi di percezione. Ecco allora che per poter percepire, la tristezza, per poterla intuire dobbiamo chiedere aiuto ai poeti, animi sensibili che ci aiutano a descrivere e a decifrare ciò che tutti noi cogliamo in modo confuso e non sappiamo fare arrivare all'altro.[4]

Poeti, filosofi, pittori, cantanti e scrittori sono stati e, lo sono tuttora, i narratori, gli amplificatori dell'umano sentire.

Il tempo, quello dell'orologio, quando si è tristi sembra che si fermi, rallenta, tutto si dilata e sembra immobile. La soggettiva percezione del tempo, quando si è tristi, è rallentata ed il semplice tirar sera può diventare una tragedia. Contrariamente, quando siamo felici, il tempo vola. Sei con gli amici, ti stai divertendo ecco che la giornata vola, la percezione del tempo è, ancora alterata ma stavolta corre via veloce.[5]

Pensiamo, per un attimo, a Giacomo, vent'anni, psicotico, chiuso in una moderna struttura residenziale che non ha niente che vedere con i vecchi manicomi ma che lui vive come una prigioniera. Le porte sono aperte ma proprio non ce la fa ad uscire, ha paura. Ci sono molte attività ma si sente incarcerato, non partecipa a niente. Resta tutto il giorno in camera, nel suo letto, sotto le coperte, tirate su, in cima, fin sopra la testa. La sua giornata quanto sarà lunga? Il rimedio per lui è soltanto il dormire. Quando dorme sta bene, non sente le voci, non pensa alla mamma ed al papà che l'hanno messo lì, gli operatori non gli rompono le scatole, non sente l'angoscia che lo divora. Giacomo vorrebbe dormire tutta la vita per ovattare la sua sofferenza.

Anche per noi, la tristezza non è una cosa sconosciuta, anzi, tutti nella vita abbiamo avuto almeno un momento di sconforto, più o meno motivato, e tutti abbiamo cercato la strada più veloce per dimenticarlo perché ci procurava dolore, sofferenza.

Ricordiamoci di questi momenti di grande tristezza, tentiamo di ricordare in che modo siamo riusciti a modificare quello stato d'animo sofferente ed angosciante. Abbiamo trovato un motivo per andare avanti, sì; abbiamo avuto la fortuna di poterci raccontare a qualcuno che ha ascoltato noi e la nostra tristezza e ci ha permesso di continuare a relazionarci con il mondo che ci era intorno. In quel frangente c'era qualcuno vicino a noi che ha ascoltato il nostro grido di sofferenza e non è scappato ma ci ha capiti e ci ha accolti: ci siamo sentiti accettati con il nostro dolore e ciò ha consentito di elaborarlo, di trasformarlo e di digerirlo.

Il paziente psichiatrico è in una condizione di tristezza quasi permanente. Non solo: se tenta di raccontarsi, quasi nessuno lo capisce e, tanto meno, lo accetta. Tante volte mi è successo che il paziente non mi dicesse ciò che pensava per paura di farmi stare male. Era un gesto d'amore nei miei riguardi. Per il malato, che ha vissuto un passato orribile, che vede un futuro tragico, il presente è spesso inesistente per cui neanche si relaziona neanche, perché niente ha senso, ancor meno parlare di sé.

Scrivere queste cose serve a me perché ciò è da stimolo per il mio lavoro. Spero potranno servire un domani a chi le leggerà e spero che possano contribuire ad alleggerire il peso dei pregiudizi che grava sulle spalle di tutti i portatori di una sofferenza psichica, siano essi depressi, borderline, psicotici, schizofrenici, bipolari o, semplicemente, stanchi.

Più leggo libri di dottori famosi, più mi rendo conto che il difficile non è parlare della malattia psichiatrica, descrivere i sintomi, il modo di fare diagnosi, il modo di comportarsi di un paziente, no, la cosa difficile è tentare di rendere l'idea di cosa vuol dire *essere* ammalato di-in psichiatria.

L'essere, riuscire a cogliere il peso angosciante, indicibile di una *esistenza* negata[6] perché incompresa e incomprensibile, perché non rientra negli stereotipi imposti e riconosciuti da una società resa sorda dal troppo rumore, così presa dal correre che non è più capace di ascoltare il silenzio di chi urla nella solitudine.

Si possono raccontare i deliri e le allucinazioni *vissute* dai pazienti ma far capire la loro sofferenza, quando sono in queste condizioni, credo che sia impossibile. Non basta ascoltare con le orecchie bisogna avere voglia di andare oltre ciò che si sente ed ascoltare con il *cuore*, ascoltare con *l'anima*, ascoltare anche quelle parole che vengono dette col silenzio. A volte, il non dire parla più di tante parole. Queste sono le cose difficili, possiamo usare tutte le metafore e i paragoni che vogliamo, ma la sofferenza del paziente sarà sempre e solo una cosa, la sofferenza del paziente.

Spero non sia un azzardo ma credo che la sofferenza psichica sia un dramma esistenziale. E' una cosa che travalica l'umano pensiero e perciò da sempre incomprensibile ai più. Così come alcune opere d'arte sono comprese da pochi, e questa cosa non offende e non svilisce nessuno, così quella ricca diversità celata dietro una maschera di follia è accessibile solo a qualcuno. Un qualcuno che non detto che sia il più bravo o il più intelligente ma è un qualcuno che in un determinato momento, e forse solo in quel momento, è riuscito ad intuire, a guardare oltre a ciò che gli occhi e la ragione di solito si fermano a vedere.

Esistono poesie, quadri ed altre opere d'arte eseguite da artisti con trascorsi di ospedali psichiatrici. Erano folli ma sono riusciti ad inventarsi dei canali per far *vedere* il contenuto dei loro *sogni*, per far *ascoltare* una parte del loro *sentire* e renderci partecipi del loro dolore o della loro gioia.

Una grande sofferenza è anche quella legata alle allucinazioni ed ai deliri che spesso accompagnano i pazienti. Quando penso alle patologie che danno, provocano la dissociazione dell'io, cioè tutte quelle condizioni dove le pazienti o i pazienti, si vedono a pezzi, si percepiscono smontati nel fisico e nella mente, non capiscono più dove sono loro e dove è il non loro, sento di provare paura solo ad immaginarmi nei loro panni per un istante. Vedere la propria immagine nello specchio e non riconoscersi come se stessi ma percepirsi come estraneo e magari come nemico credo sia profondamente angosciante e credo sia ancora di più in fase di remissione della fase acuta della malattia, avere la percezione di queste situazioni. In certe esperienze schizofreniche la perdita della unità o di finitezza del proprio io mettono a nudo i pazienti; non privano loro solo dei vestiti ma, a volte, tolgono loro la pelle, per cui hanno percezioni amplificate di ciò che potrebbe essere il normale dolore. Non avendo più pelle il dentro è fuori ed il fuori è dentro ed il dolore del mondo diventa il loro dolore, sentito nel corpo privo di pelle. Basti pensare come si percepisce il dolore attraverso una escoriazione, immaginiamo un corpo scorticato.

Immaginare è un modo per tentare di percepire, di vivere sensazioni che a noi "normali" sono negate, anche a me che scrivo. Mi baso su racconti di pazienti e di esperti del settore che in qualche modo sono riusciti a raccogliere questi dati e a farceli arrivare.

Di fronte ad un paziente psicotico, con un mondo di deliri e allucinazioni che lo permea, lo invade e lo sovrasta, è per me difficile vederci un furbo o un manipolatore. Non credo che non ci siano i pazienti furbi e manipolatori ma credo che non si trovino tra i pazienti psicotici. Può capitare di avere la sensazione di essere manipolati e con taluni bisogna stare attenti che ciò non avvenga ma è più frequente che l'operatore o il familiare manipolino il paziente.

Fino ad oggi, ho sempre offerto il mio ascolto a tutti i pazienti con cui ho condiviso un minimo di cammino, sia in centro diurno e sia in comunità. In dodici anni sono stato aggredito due volte, la prima da un paziente ubriaco che voleva litigare e l'altra da una paziente grave, schizofrenica e costantemente delirante a cui avevo invaso lo spazio fisico. Non voglio dire con questo di essere bravo, però sono convinto che se riusciamo a costruire con il paziente una buona relazione, sincera, empatica e di accoglienza, anche se matto come un cavallo, il nostro paziente farà di tutto per non nuocerci. Con pazienti allucinati, in preda a visioni del maligno, mi è capitato che mi consigliassero di mantenere una certa distanza fisica da loro perché in quei momenti poteva essere pericoloso essere troppo vicini. Questo è sicuramente un gesto d'amore, di protezione; un gesto che ci può far

capire che quel paziente è sì allucinato ma in qualche modo, per non si sa per quale ragione, ci vuole un po' di bene e tenta a modo suo di dirlo.

Non ho incontrato molti pazienti furbi, di quelli che facevano finta, anche perché se uno arriva in un centro residenziale, dove vive ventiquattro ore al giorno per cinque o sei giorni alla settimana, ha il suo bel lavoro a fingere e le *maschere* non si riescono a portare per molto.

Quando una persona arriva a farsi chiudere in un centro residenziale, un luogo dove deve rispettare regole, orari e persone mi viene difficile pensare che stia fingendo, che si sia messa in quella situazione per trarne profitti materiali.

Forse in dodici anni ne è passata una di persona così ma si è fermata poco, perché quando uno esce con un gruppo e torna da solo perché è andato a sbrigare commissioni personali, oppure tutti i giorni esce dalla struttura per andare, autonomamente, in giro, non delira, non è allucinato mi sembra ovvio che dopo due osservazioni-richiami prende e si toglie dai piedi perché capisce da solo che quello non è il suo posto. Intorno a lui gli altri non fanno finta e condividere le giornate e gli spazi con la follia non è sempre piacevole.

Proprio l'altra sera, durante la somministrazione serale della terapia farmacologica, ho avuto un simpatico colloquio con un paziente. Era stato apparentemente bene tutto il giorno, avevamo giocato a calcetto, era uscito a fare un giro in paese ed aveva eseguito con cura tutto quello che doveva fare. Sembrava sereno e a posto. Quando è venuto a prendere la terapia serale e mi ha detto: "...prendo le compresse al posto delle gocce perché le gocce mi fanno vedere il cervello a colori, mentre è grigio, grigio e bianco." Un attimo di esitazione e poi gli ho risposto che magari un po' di colore nel cervello non fa male, vedere il mondo non tutto grigio ma avere anche dei colori potrebbe essere piacevole. Lui ha insistito: "no, no, il cervello è bianco e grigio, hai presente le cellule del cervello? Sono grigie." Si è alzato ed è arrivato alla porta, si è fermato e si è girato. "le gocce mi lasciavano un brutto sapore in bocca..." (Per un attimo mi sono rilassato stava dicendo cose che intuitivo chiaramente.) "...e poi mi alzavo al mattino con quelle due vu (v) nel cervello che mi davano fastidio..." Non capisco di nuovo, sono costretto a chiedere chiarimenti. "... quelle due vi formano un rombo sul cervello, mezzo rombo, tu devi completarlo, mi dava parecchio fastidio, con le compresse non le ho più e sto meglio."

Un colloquio così è abbastanza normale. Questo è durato cinque o sei minuti, facile da gestire, spontaneo. Ho dovuto solo impegnarmi per essere certo di avere sentito le parole giuste. A volte si è distratti, non si ascolta e si dice che il paziente delira, è meglio essere sempre molto concentrati e chiedere spiegazioni se non si è sicuri di aver capito bene.

Per fortuna io faccio solo l'infermiere e non ho il dovere di interpretare o decifrare ciò che questo discorso o voleva dire. Il mio compito è osservare ed ascoltare per cogliere il grado di benessere o di malessere dei pazienti. E' chiaro che dopo un discorso del genere non posso dire che sta bene, ma non posso dire nemmeno che sta male. Posso solo riportare ciò che ho sentito in cartella e fare in modo che il medico sia informato sulla cosa.

Può esserci sofferenza in una persona che ci parla così?

Vuole essere un modo per comunicare o è un modo per manipolare l'ascoltatore-operatore o è un regalo che il paziente ci fa?

Noi che ascoltiamo queste comunicazioni, che sensazioni, che sentimenti proviamo?

Emozioni, sentimenti, passioni e vissuti: un'insieme di fremiti che fanno di un uomo una persona.

Quando il paziente racconta queste cose che lui vive sulla sua pelle, è fondamentale accoglierle ed accettarle, così come ce le espone. Non sono da mettere in discussione, o fare quali supposizioni. Occorre al momento, nell'immediato, mantenere la calma, non far trasparire stupore o sgomento, astenersi dal giudicare, non ridere, non strabuzzare gli occhi ma riuscire a mantenere l'autocontrollo sufficiente per far capire che ci siamo, che la questione non ci turba. Bisogna essere sereni anche di fronte alle "vi" che abbiamo nel cervello; se riusciamo a fare ciò, il nostro paziente non avrà timore di raccontarci altre esperienze simili e uscirà dalla stanza con un peso in meno sul cuore.

Questo, credo, sia il senso del mio lavoro, almeno uno dei sensi del mio essere in psichiatria: alleggerire il peso che i pazienti devono sop-portare.

I nostri sentimenti sono importanti, quello che noi viviamo è importante perché noi siamo lo strumento principale del nostro lavoro.

A volte la paura entra dentro di noi, una paura che si insinua nei nostri pensieri e nei nostri cuori; una paura lenta ma inesorabile e soffocante, la paura di impazzire, divenire come i nostri pazienti.

Non dobbiamo pensare di essere esenti dalla follia, sarebbe sciocco e forse vorrebbe dire che anche noi siamo tra quelli che giudicano la follia come qualcosa di cui avere paura e da cui prendere le distanze. Saremmo, cioè, portatori di pregiudizi.

E' lecito avere paura ma se si è inseriti in una buona équipe abbiamo lo spazio ed il tempo per depositarla, non tenerla dentro e neanche portarla a casa. Capire e prendere consapevolezza delle nostre emozioni, conoscerci e comprendere i nostri limiti, dovrebbe far parte della formazione degli operatori della psichiatria. Spesso siamo esposti in prima linea con i pazienti, con i famigliari e tra colleghi e trovarsi nudi in certe situazioni non è facile, ci vorrebbe sempre a portata di mano nel bagagliaio del nostro sapere una copertina per ogni imprevisto. Creare una intelligenza contingente in grado di formulare risposte adatte a tutte le variabili che ci si possono presentare.

La sofferenza del paziente che delira c'è, non si può negare, forse non si può quantificare, ma non si può sicuramente negare.

Certo se fossimo un popolo del centro Africa, il soggetto che delira non sarebbe folle e neanche emarginato ma sarebbe collocato nella capanna al centro del villaggio e chiamato quotidianamente a dirci cosa gli dei vogliono farci sapere. La sua sofferenza prenderebbe un valore positivo e forse non sarebbe neanche più tale e tutta la gente del villaggio sarebbe probabilmente contenta di interagire con lui. Non ci sarebbero sentimenti negativi nei suoi confronti e lui potrebbe raccontarsi per ciò che è, senza essere costretto a mentire per relazionarsi con le altre persone. La sofferenza del paziente che delira non può raccontarsi per quello che è ma deve inventarsi un modo per poterlo fare e raccontare ciò che vive. Forse per questo qualcuno usa droghe con effetti allucinatori? Se io racconto ad un mio amico che vedo i marziani che mi stanno portando via, egli probabilmente penserà che sono matto. Se mi trovo invece con un gruppo di amici e con loro uso droghe con effetti da sballo, tipo acido, e tutti vediamo e sentiamo cose bizzarre, io mi potrò raccontare per qualche minuto o per qualche ora come tutti gli altri, sarò normale nella stravaganza del gruppo. Non è un caso che molti pazienti abbiano fatto o facciano uso di droghe, chi come anestetico della sofferenza e chi come modo per essere diversamente-normale in un gruppo. Qualcuno sarà stato prima tossico e poi matto, qualcuno sarà stato prima matto e poi tossico e qualcuno sarà stato tossico e matto nello stesso tempo.

Lo scorso anno il Festival di Sanremo è stato vinto da Cricicchi con una canzone dedicata al disagio mentale, *ti regalerò una rosa*[7]. Una canzone molto bella, la storia di un amore tra , un paziente psichiatrico chiuso in manicomio e una donna, non ho capito se anche lei è una paziente. Con una canzone, Cricicchi, ha fatto più di mille libri di psichiatria, perché è entrato direttamente in casa degli italiani ed ha fatto vedere, sentire come anche i portatori di disagio psichico possano amare, provare sentimenti, cioè esistere e soffrire.

*\*Infermiere presso il C.R.A. Bonate Sotto A.O. Treviglio Bg.*

## **Bibliografia**

[1] Artaud A., *Il Pesa-Nervi (1925-1927)*, in a cura di H.J. Maxwell e C. Ruga fiori, Al paese dei Tarahumara e altri scritti, ed. it.

[2] Aversa, Bettetini, Bidussa, Ciminale, D'Agostino Trevi, De Benedetti, De Masi, Drewermann, Ferracuti, Gullotta, Iannotta, Lingiardi, Michelini-Tocci, Ricci, Ricoeur, Ripa di Meana, Trevi, *Il male*, Raffaello Cortina Editore, 2000.

[3] Elias N., *La solitudine del morente*, il Mulino Intersezioni, 1985.

- [4] Borgna E., *Malinconia*, Saggi Universale Economica Feltrinelli
- [5] Borgna E., *Come se finisse il mondo*, Saggi/ Feltrinelli 2006
- [6] Borgna E., *L'arcipelago delle emozioni*, Campi del sapere/ Feltrinelli 2001
- [7] Cisticchi S., *Centro di igiene mentale un cantastorie tra i matti*, Mondadori, 2007

# Sulla cresta dell'onda 2

*di Carlo Scovino\*, Ines Marroccoli\*\**

## Abstract

This article presents the project “*Sulla cresta dell’onda 2*” designed by the CPS zona 3, zona 4, zona 6 and SPDC of Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze – directed by Prof. Claudio Mencacci – of AO Fatebenefratelli of Milano.

The project intends to promote a new approach on mental health and it represents a good opportunity to share different daylife moments (such as clearing, preparing meal, etc) with the Italian Military Navy.

Before sailing from Chioggia to Ancona – from 23 to 27 August 2011 – the staff is programming one activity per month to build the group. This kind of activity begins in January until July (such as sailing across the river Ticino, across the Lake of Colico, a meeting with a member of WWF regarding the environment we are going see during the sailing, etc.).

To monitor the project the staff is using the WHQOL Test in its brief version.

To promote the project are going to be planned two public events in collaboration with Provincia di Milano, Amnesty International, Comune di Milano, some actors of Zelig, etc.

For the International Day on Mental Health – 10 October – as stated by WHO, is planned a public event where all the patients are going to tell their opinion/emotion about the adventure (since the beginning - before and during sailing). In that occasion is going to give out a written report and it is going to be shown a video on all the project.

*“.....Su Nave Italia si diventa equipaggio, si accoglie chi è diverso, si condividono regole per imparare a convivere, aiutare, essere aiutati, riscoprire che la vita è una sorprendente avventura dalla quale nessuno deve sentirsi escluso”.*

Questo progetto continua un percorso che il Dipartimento di Psichiatria e Neuroscienze, diretto dal Prof. Claudio Mencacci, ha già intrapreso da almeno 4 anni che è quello di costruire percorsi e azioni innovative che possano favorire l’inclusione sociale, ridurre (l’auto)isolamento e contrastare lo stigma. Noi crediamo che la salute mentale abbia bisogno di mettersi con altri saperi e di condividere i progetti di cura con gli interessati e con la sua rete (e laddove non presente attivarsi per costruirla).

L’ipotesi antropologica che sta alla base delle nostre azioni, e di conseguenza all’interno di questo progetto, è un’antropologia che promuove tutta la persona, ne riconosce l’unicità e l’irripetibilità e crede in un progetto esistenziale fino all’ultimo giorno.

Scrivendo Husserl che non ci può essere una sospensione del proprio mondo, una messa tra parentesi del proprio schema di riferimento interno senza un particolare modo di sentire (*einfihlung*) [1]. Ogni particolare forma di sentire nasce dalla capacità di stupirsi, dal fatto meraviglioso che noi viviamo con e negli altri, sentiamo il loro soffrire e tutta la loro vita che li conforma nel presente, nel loro percepire, vedere, udire e che si accorda con la nostra.

Sarà inoltre posta molta attenzione alla comunicazione (linguaggio, senso e significato) e parafrasando A. Cargnello “.....è sul piano verbale che si realizza nella sua piena autenticità l’incontro.....col mondo dello psicotico e del parapsicotico.....” [2]

A. Canevaro a proposito della comunicazione afferma “.....Crescere nel gesto e nella voce scandiva la forza di un intervento educativo rivolto a soggetti che hanno bisogno di ricevere racconti, di percepire vicinanza, di poter raccontare storie e vissuti, di condividere percezioni e cognizioni, in una relazione simmetrica in cui chi aiuta è anche aiutato dall’altro.....dunque..... farle risuonare nell’empatia del contatto..... Unire alla velocità del linguaggio..... la lentezza paziente di un’azione che cura selezionando tasselli di vita, ricombinando prospettive di dialogo.....” [3]

L'idea di questo progetto/avventura, appare nel nostro Cps nel 2008 quando giunge nel nostro servizio il notiziario di ClubItaca (un servizio del privato sociale rivolto a persone con una storia di disagio psichico e con la finalità di sostenerle nello sviluppo della propria autonomia sociale e professionale) dove compare un articolo sul Brigantino Nave Italia - sul quale si erano imbarcati alcuni soci del Club.

Nella seconda decade di luglio 2009 al cps di zona 4 viene offerta la possibilità, da parte di ClubItaca, di partecipare all'imbarco sul brigantino, nella prima decade di settembre. Di lì a poco vengono individuati sei utenti (tre donne e tre uomini) accompagnati da un educatore prof.le e dalla coord. Infermieristica.

Quest'esperienza ci ha stimolato a ideare un progetto nostro e al rientro a Milano abbiamo chiesto, e ottenuto, al Direttore del nostro Dipartimento (che è anche il direttore scientifico del progetto) l'autorizzazione a partecipare al bando di selezione per la campagna imbarchi 2010 coinvolgendo anche il Cps di zona 3 di via Settembrini, 32 per un totale di 7 utenti, 4 operatori (3 educ. prof.li, una coord. inferm., una tirocinante Univ. degli Studi di Milano). E' stata un'esperienza umana e professionale molto impegnativa ma ricca di stimoli e partecipazione.

Per realizzare la propria *mission* la Fondazione tender to Nave Italia mette a disposizione un grande veliero armato a brigantino-goletta condotto da un equipaggio della Marina Militare, quale strumento principale per realizzare una metodologia educativa straordinaria per efficacia, capacità di incidere sui processi formativi, abilitativi, riabilitativi, dedicati a bambini, ragazzi, adulti, anziani in situazioni diverse di disagio fisico, psichico, familiare o sociale.

A settembre 2010 abbiamo ripresentato la nostra candidatura per la campagna imbarchi 2011 e il nostro progetto è stato selezionato (ottenendo una valutazione molto alta da parte del loro Comitato Scientifico) tra circa un centinaio di richieste pervenute.

Nasce così "*Sulla cresta dell'onda 2*".

In questo progetto saranno coinvolti operatori di 3 cps - di zona 3, di zona 4, di zona 6 e del SPDC che e nello specifico sono: 3 educatori professionali (di cui uno in qualità di capo progetto), 2 infermiere prof.li, una coord. inferm., 1 infermiere prof.le del SPDC dell'Az. Ospedaliera Fatebenefratelli. Inoltre saranno presenti 1 tirocinante dell'Univ. Statale di Milano - CdL in Educazione Professionale - e 2 operatori video/informatici.

La ragione di un simile meticciamiento di saperi e professionalità, pur nella specificità dei ruoli, consentirà di trasferire un modello di intervento nuovo all'interno di alcune pratiche che talvolta appaiono troppo ripiegate sui limiti posti dalla macro organizzazione a discapito di una presa in carico che deve sempre tener presente l'intenzionalità, il *cure* e il *caring*.

Mettere, e non confondere, i sapere può contribuire ad aprire nuovi sguardi sulla malattia mentale e come afferma E. Borgna "*.....considerare l'esperienza psicotica come una realtà umana che non possa essere semplicemente ridotta all'area categoriale della "malattia", implica il cambiamento radicale di atteggiamento nei confronti del paziente e del contesto ambientale in cui il paziente si viene a trovare.....*" [4]

Gli obiettivi del progetto sono: imparare il rispetto di regole condivise, riscoprire le proprie risorse, contribuire al miglioramento della qualità e stile di vita.

Per far sì che l'esperienza dell'imbarco possa essere misurabile e trasferibile è stato individuato il test WHOQOL nella sua versione breve per la valutazione della Qualità della Vita (validato e riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) e verrà (auto)somministrato - prima, durante e dopo l'imbarco.

Tale strumento valorizza la percezione soggettiva dello stato di salute individuale consentendo di autovalutare la malattia anche da una prospettiva che abbia un impatto sulle relazioni sociali, sulle attività lavorative e sulle condizioni socio-economiche.

Sin dall'avvio del progetto verrà creato un portfolio che raccoglierà gli "oggetti" che consentiranno ai beneficiari di raccontare l'esperienza.

Il portfolio è uno strumento di documentazione che implica una scelta e una selezione di materiali che possono essere *rappresentativi* della "storia" del soggetto, consentendogli di ricostruire in

“prima persona” l’esperienza, di rievocare i passaggi più significativi per se stesso e il gruppo di cui ha fatto parte.

Questo progetto intende consentire ai beneficiari di fare esperienza di condivisione in una situazione di normalità e al contempo rendere visibile e dimostrabile che la malattia mentale non è necessariamente un limite per affrontare un’avventura sul mare.

A bordo si deve tollerare uno spazio ristretto, si deve vivere a stretto contatto con l’altro e insieme si deve collaborare per raggiungere un obiettivo comune e condiviso. Ciò facilita la comunicazione e stimola a riconoscere potenzialità relazionali sconosciute.

La risorsa gruppo a bordo si rivela fondamentale: si apprendono comunicazioni chiare e precise, il confronto con gli altri ridimensiona eventuali vissuti di inadeguatezza, l’allenamento a governare le proprie emozioni insegna a superare gli inevitabili conflitti stimolando la nascita di eventuali legami di mutuo aiuto.

Attraverso le attività pre-imbarco e l’imbarco vero e proprio si stimolerà il livello di autostima, la capacità di *coping* dei partecipanti.

Attraverso la strutturazione di un percorso progettuale condiviso si intende promuovere quelle abilità/competenze relazionali, che la malattia mentale sembra aver messo da parte, al di fuori del contesto più propriamente istituzionale.

Inoltre si intende “far parlare” i cittadini utenti che utilizzano i servizi psichiatrici e fornire un’immagine della salute mentale positiva e sorridente.

Di seguito si fornisce una breve descrizione del progetto:

### **Fase preliminare**

Prima dell’imbarco vero e proprio verranno organizzate attività pre-imbarco a cadenza mensile (gita a Bellagio, prove di vela a Colico, gita sul Ticino, un incontro con un rappresentante del WWF sulla flora e la fauna dell’area marina che attraverseremo, ecc.). Questi incontri serviranno per costituire il gruppo, costruire il clima e avvicinarsi all’acqua. Verrà anche realizzata una simulazione d’imbarco almeno 15 gg prima per consentire a tutti i partecipanti di “toccare con mano” la nave dove si imbarcheranno e avere un primo approccio con l’equipaggio della Marina Militare.

La partecipazione alle iniziative pre-imbarco è necessaria e obbligatoria per tutti, perché questo ci consentirà di giungere alla partenza pronti ed accessoriati per affrontare il viaggio, bello ma impegnativo.

### **Attività a bordo**

Verrà redatto un diario delle attività (che sarà consegnato almeno una settimana prima al Comandante) affinché anche i membri dell’equipaggio siano informati e, se lo desiderano, possano partecipare.

Al mattino, dopo le attività di *corvé* (pulizie delle cabine, aiuto in cucina, ecc.), verranno realizzate i seguenti laboratori: laboratorio di nodi, costruzione di un segnavento artigianale, lezione sulle andature, salita al primo pennone, ecc. .

Dopo pranzo si prevede la possibilità di un piccolo riposo pomeridiano e al risveglio verranno organizzate le seguenti attività: giochi di Kim (utilizzo dei 5 sensi), attività di pesca – se possibile -, lezione di carteggio e sulle andature, sudoku, preparazione del diario di bordo, preparazione del materiale video/fotografico, ecc. .

La sera verranno organizzati dei giochi a squadre quali un cruciverbone, il musicchiere, una caccia al tesoro, l’osservazione delle stelle, ecc. .

Il calendario delle attività verrà monitorato in itinere per le eventuali modifiche.

Ci imbarcheremo a Chioggia martedì 23 agosto e sbarcheremo ad Ancona sabato 27 agosto.

### **Reclutamento degli utenti**

Appena ci hanno comunicato che il nostro progetto “*Sulla cresta dell’onda 2*” era tra quelli selezionati, abbiamo iniziato a pensare quali persone potevano essere interessate ad una simile

esperienza. L'unica indicazione obbligatoria – stabilita a priori dal capo progetto - è stata che i pazienti fossero in carico agli operatori che poi si sarebbero effettivamente imbarcati.

La fascia d'età interessata è 28/60 anni, equamente suddivisi per genere.

Il loro disagio afferisce alle seguenti aree: insufficiente livello di autostima, difficoltà nella gestione/governo delle relazioni umane.

### **Conclusioni**

Per la realizzazione di questo progetto abbiamo ricevuto donazioni liberali da parte di singoli e di privati.

Ci sembra utile segnalare che tutti i beneficiari partecipano con una quota individuale – compatibilmente con le loro risorse economiche - sia ai costi relativi al progetto che a quelli relativi alle attività pre-imbarco. Inoltre sono in fase di organizzazione 2 eventi pubblici di promozione del progetto, in collaborazione con la Provincia di Milano, il Comune di Milano, Amnesty International, il Circolo Filologico, alcuni attori di Zelig, ecc.

Prima dell'imbarco vero e proprio verrà organizzata una conferenza stampa.

Verrà realizzato un incontro pubblico aperto a tutta la cittadinanza in occasione della Giornata Mondiale sulla Salute Mentale lunedì 10 ottobre 2011 dove saranno presenti i protagonisti dell'esperienza. In quella occasione verrà distribuito un *report* sulla genesi e lo sviluppo del progetto e verrà proiettato un video.

“*Sulla cresta dell'onda 2*”, pur nella sua specificità e singolarità, dimostra che quando la passione umana, la professionalità, i saperi e le competenze si incontrano e si mescolano i primi a beneficiarne sono gli utenti e loro reti (famiglia, amici, partner, vicini di casa, ecc.).

Per ultimo vogliamo sottolineare che quando gli Enti preposti alla *cure* e alla *care* sono in grado di attivare ciò che esiste nel territorio circostante e nell'area metropolitana (pubblico, privato, volontariato laico e cattolico, terzo settore, ecc.) emergono risorse e competenze che possono contribuire ad una migliore qualità della vita di tutta la comunità.

Costruire e trasmettere conoscenza, a partire tanto dall'esperienza quotidiana quanto dalla riflessione teorica, continua ad essere il terreno sul quale ci confrontiamo costantemente cercando di tenere in adeguata considerazione i numerosi e veloci cambiamenti (organizzativi, umani, relazionali, ecc.) che dovremo affrontare. La riflessione sul “fare pensato” e sulla “riflessione per meglio fare” continua ancora...[5]

\* Co-Responsabile Riabilitazione/Risocializzazione U.O.P. 55, Educatore Professionale in servizio c/o Cps zona 4 viale Puglie, 33 DSM AO Fatebenefratelli Milano

\*\* Coordinatrice Infermieristica in servizio c/o Cps zona 4 viale Puglie, 33 DSM AO Fatebenefratelli Milano

### **Bibliografia**

[1] Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura*, Einaudi, Torino, 1965.

[2] Cargnello D., *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano, 1996.

[3] Borgna E. , *I conflitti del conoscere*, Feltrinelli, Milano, 1986.

[4] Canevaro A. , *La relazione d'aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, Roma, 1999.

[5] Rabboni M. (a cura di) *Sapere e saper fare. Costruzione e trasmissione di conoscenza in riabilitazione psicosociale*, Pacini Editore, Pisa, 2005.

# Probabilità ed imprevisti nel gioco di una vita. Riflessioni semiserie dal gruppo danza presso l'ambulatorio Varenna<sup>a</sup>

di *Valentina Tatonetti Pagliardini\**, *Elena Consonni\*\**

## Abstract

Sometimes a player in Monopoly game takes some chance cards, with opportunities or obstacles; in the same way this could happen everyone in life. The difference is what we decide to do, our reaction in front of the possibilities of life: to go beyond, to stop, to looking for a help, etc. In this group of dance, our attempt is to try this experience with our bodies, to manage within a relationship, to identify the problem, to overcome it, to seize the opportunity for improvement. Through a dance, that takes care.

## Tira i dadi: RISPONDI A CIÒ CHE ACCADE, OGNI AZIONE IMPLICA UNA REAZIONE

Il nostro “giocare”<sup>b</sup> all'interno del gruppo offre la possibilità di sperimentare come niente di ciò che noi facciamo quotidianamente sia fine a se stesso e di come qualsiasi cosa provochi un cambiamento, anche impercettibile, in ciò che ci circonda. Sperimentare fisicamente amplifica molto la possibilità che la nostra azione comporti un cambiamento nell'altro; ma per portare una trasformazione nell'altro e in noi è necessario qualcosa in più: una conoscenza di noi stessi e il sapere cosa vogliamo trasformare di noi stessi; saputo questo bisogna poi volerlo. L'ineluttabilità dell'interazione con l'altro, con gli oggetti, con il tempo e con lo spazio, le sue conseguenze “comode” e “scomode” comportano la *probabilità* di modificare attivamente ed intenzionalmente il mondo in cui siamo ed il rischio di trasformarlo in qualcosa che non ci piace più.

L'importanza di diventare consapevoli di questo nostro potere rappresenta l'onore ed onere dell'essere protagonisti della nostra storia e di tutto ciò che essa comporta, la necessità di non essere spettatori del nostro percorso e di uscire dalla condizione di chi subisce per diventare attori. Attori che non sono soli con se stessi, ma che colgono la presenza di uno sguardo esterno, con cui relazionarsi e da cui ricevere indicazioni utili a “ri-vedersi”, all'interno della propria “commedia umana”. Ogni nostro gesto, parola, passo riceve una risposta dall'altro: intenzionalità e responsabilità, potenzialità ed *imprevisto*, che sono elementi fondamentali per ricostruirsi e per potersi muovere tra i casi della vita: le nostre caselle del gioco!

Quello che cerchiamo nelle persone è anche la loro bellezza e la bellezza la si vede in un corpo, in un movimento, in un individuo che decide cosa vuol fare o non fare, che non fa a caso, ma che sceglie. Risulta bella, perché armonica: una presa o una danza contact<sup>c</sup> tra due persone, quando entrambi sanno dove hanno il corpo e dove è il corpo dell'altro, quando sanno quanto sono forti e

---

<sup>a</sup> Attivo da quattro anni, il gruppo è composto da pazienti dell'ambulatorio VARENNA, Istituto per la prevenzione e la cura della depressione e dell'ansia dell'A.O. “Ospedali Riuniti di Bergamo”.

<sup>b</sup> “Giocare” al gioco del teatro, in altre lingue la medesima parola ci riporta anche ad una similitudine di senso: to play, jouer, spielen.

<sup>c</sup> Stile di danza contemporanea, dove i danzatori sono sempre in contatto, tra di loro o col pavimento.

cosa possono fare e cosa no. L'armonia e la bellezza fanno stare bene. Belle sono le persone quando danzano in modo potente con il loro corpo, quando si rendono conto di quanto potente possa essere un loro gesto o la loro presenza; quando sanno ciò che hanno in potenza dentro di loro e che può uscire quando vogliono. Quando questo avviene c'è qualcosa di miracoloso, come guardando "I prigionieri" di Michelangelo; l'uomo e la donna, che si hanno dentro in potenza, vengono fuori e ed è semplice, con il corpo è semplice, non facile; semplice, naturale.

### **Passa dal via: TORNA AL PUNTO DI PARTENZA E PROVA A CAMBIARE DIREZIONE**

Cosa succede quando proviamo a cambiare direzione? Quando un *imprevisto* mi fa cambiare direzione? Quando tentiamo di cambiarla e perché? Se l'altro me la fa cambiare trattenendomi con attenzione e cura, la mia direzione sarà decisa non a caso e la scelta del movimento più consapevole; provandolo fisicamente questo risulta evidente.

Camminare ed improvvisamente rendersi conto che non è quella la direzione che vogliamo seguire, che il nostro obiettivo è localizzato altrove. Accorgerci che stiamo procedendo per inerzia, per abitudine, perché stiamo, più o meno consapevolmente, scappando da domande che possono spingerci a riflettere su cos'è che stiamo veramente cercando. Un elemento fondamentale del gruppo danza è il "perché": perché si cambia direzione? Per esigenza, per volontà? Per necessità? Per obbligo? Per decisione? A noi interessa come e perché si cambia direzione, il come e il perché dei passaggi da una situazione ad un'altra; come nello spettacolo "Warum warum"<sup>d</sup> di P.Brook, summa del cosa e di come si fa il teatro, il perché.

Quali *probabilità* ci pone di fronte un cambio di direzione?

*Paura* di cambiare direzione perché non si sa cosa ci riserva la novità, timore di modificare il nostro percorso perché non vogliamo perdere chi o cosa sappiamo esserci su quello vecchio.

*Necessità* di cambiare direzione quando è l'unico modo per uscire da uno stato di malessere, quando altrimenti si rimarrebbe incastrati in un "qui ed ora" difficile da vivere, da abitare, da gestire. Necessità di modificare la direzione di fronte a numerosi e diversi ostacoli, nei quali continuiamo ad inciampare perché non li vediamo per tempo, perché facciamo finta di non vederli, perché non siamo nelle condizioni di vederli.

*Decisione* di cambiare direzione perché qualcuno ce lo suggerisce o perché qualcosa ci costringe a farlo. Cambiare direzione per evitare qualcuno o qualcosa. Ma soprattutto cambiare direzione perché lo vogliamo, perché scegliamo di modificare la nostra meta, di cambiare il nostro obiettivo perché noi siamo cambiati e/o perché le condizioni si sono trasformate. Azione e reazione: qualcosa attorno a noi si modifica e noi anche, di conseguenza. Perché ci siamo resi conto che qualcosa è diverso e, di fronte a questa consapevolezza, non possiamo fare finta che tutto sia come prima... come prima di una caduta, prima di un disagio, prima di una malattia. Allo stesso tempo, diventa fondamentale la consapevolezza che cambiare obiettivo non vuol dire fallimento né accontentarsi, bensì "ricominciare" all'interno di un contesto nuovo, realmente "nostro". "Soltanto chi lascia il labirinto può essere felice, ma soltanto chi è felice può uscirne"[1].

### **Sei arrivato sulla tua casella: PUOI COMPRARE UNA CASA**

Il gruppo di danza può essere visto anche come spazio di incontro e di relazione. In quest'ottica, assume particolare importanza il valore prossemico dello spazio: il suo valore comunicativo, simbolico ed antropologico. Deve essere infatti compito dei conduttori quello di riflettere su come "l'impegno di cura e di riabilitazione passi anche attraverso una discussione sui luoghi dell'agire riabilitativo" [2]: luoghi che devono essere di transito e di incontro, che vanno resi significanti dalla presenza di emozioni e di vari stili relazionali nel rapporto operatore – utente. Allora ci si dovrebbe innanzitutto chiedere che cosa sia realmente in grado di connotare uno spazio come luogo di cura e di riabilitazione. Se si pone come definizione di spazio quella di "spazio geometrico", ossia insieme

---

<sup>d</sup> Trad: "Perché perché". Peculiarità di questo gruppo è che è anche artistico, dimostra quanto l'arte sia curativa.

di elementi coesistenti in un certo ambito ed ordine, allora possiamo definire come luogo uno spazio antropologicamente connotato, identitario, storico e relazionale; come non – luogo, uno spazio privo di senso, di possibilità di movimento e del costruirsi di relazioni, uno spazio solitario e rigidamente immutabile. “Un luogo è dunque uno spazio abitato e vissuto; diventano luoghi abitati gli spazi fatti propri, costruiti attraverso lo sguardo delle persone che li vivono – abitano”[2]. E all’interno di un luogo di incontro, come dev’essere quello in cui si fa riabilitazione, lo spazio vissuto si definisce come spazio di una quotidianità che, per quanto possa apparire banale e ripetitiva, è in realtà il terreno di fondazione di ogni struttura di senso nella vita di ciascuno. Il luogo del lavoro riabilitativo è da pensare allora come uno spazio innanzitutto abitabile, all’interno del quale è possibile per ciascuno esserci da solo ma anche insieme agli altri, implicante pertanto l’interazione, con tutte le *probabilità* che essa offre. Ecco quindi che, all’interno del gruppo, si alternano proposte da sviluppare in autonomia, in cui ciascuno è invitato a lavorare con e su se stesso; e stimoli al lavoro di coppia o di gruppo, in cui ognuno è chiamato a fornire il proprio contributo nel senso della costruzione di un qualcosa che rappresenti, al di là dei possibili *imprevisti*, l’esperienza personale e grupppale allo stesso tempo.

Ogni partecipante, durante lo svolgimento dell’attività, è sollecitato ad “esserci” secondo la propria individualità, ad occupare una parte dello spazio trasformandola nella “propria porzione” attraverso un gesto, un movimento, un’azione, un suono che lo rappresenti nel qui ed ora. A tutti, di fatto, è richiesto di vivere il tempo ed abitare lo spazio dell’incontro.

### **Stai fermo un turno: PERDI O GUADAGNI TEMPO?**

Altro tema fondante è quello della temporalità con le sue scansioni, essenziali in un luogo riabilitativo, in quanto restituiscono al paziente, dopo un *imprevisto*, la padronanza cognitiva, operativa ed esistenziale dello stare nel tempo. L’importanza di aiutare il paziente a recuperare un rapporto adeguato con il tempo è evidente tanto quando “si pensa alla persona all’interno del proprio contesto sociale e quindi alla sua capacità di rispettare i tempi in alcune occasioni sociali, di arrivare in orario in vista di appuntamenti e impegni, di essere regolare nei ritmi di vita nel caso si abbiano legami e relazioni”[3]; quanto quando si guarda al soggetto come capace di vivere in modo adeguato il proprio rapporto con la temporalità. Perché questo accada è necessario innanzitutto che ognuno sia in grado di cogliere il tempo mentre scorre ed il modo in cui esso trascorre, che sia capace di scoprirne i ritmi e li rispetti. Diventa pertanto senz’altro utile lavorare sul e con il ritmo quale contenitore capace di definire il movimento del soggetto, in grado di dare un inizio ed una fine ad un’azione all’interno di uno spazio; è possibile pensare al ritmo come ad una rassicurante scansione del tempo, che si ripete costantemente uguale a se stesso; oppure come ad un fastidioso impedito che proibisce di riempire liberamente il tempo. Si parla quindi della *probabilità* di riappropriarsi del tempo dell’orologio, ma anche di un tempo vissuto, cioè di un tempo interiore, che è necessario conoscere e comprendere, dal momento che la percezione del tempo influenza l’essere di una persona all’interno del luogo di riabilitazione. Si passa pertanto dal tempo oggettivo ed uguale per tutti i partecipanti del gruppo, al tempo rallentato della depressione, a quello accelerato del disturbo d’ansia, molto spesso collegato all’aumento della velocità nel respiro e localizzato, da chi lo sperimenta, nel petto. E’ questo soltanto uno dei numerosissimi esempi di come il corpo entri in gioco nell’espressione di vissuti profondamente soggettivi e di come, attraverso il corpo, si possa accedere agli stessi.

### **Vai in prigione: COSA FAI PER USCIRE DAL VINCOLO DELLA DIPENDENZA?**

Appare interessante la definizione suggerita, proprio durante lo svolgimento dell’attività, dai componenti stessi del gruppo, che parlano della dipendenza come di una “sgradevole sensazione, legata alla paura radicata di non credere a noi stessi”<sup>e</sup>. Ecco che allora, in quest’ottica, una persona

---

<sup>e</sup> Riflessione di uno dei partecipanti al gruppo.

diventa dipendente da qualcosa o da qualcuno nel momento in cui non dispone di strumenti adeguati per costruire la fiducia in se stessa, per credere di potercela fare da sola a partire dalle proprie risorse e dalle proprie abilità come elemento essenziale per iniziare a lavorare su di sé, per ricostruire ciò che si è “rotto” e per edificare o ri-edificare quelle strutture interiori necessarie, ma che, di fatto, non si possiedono.

“Cercando di fare tutto quello che faceva felici gli altri, si è costruita una dipendenza con queste persone e quindi dipendevo da loro. Il non dipendere da altri ora fa paura perché non sono mai stata sola con me stessa”<sup>e</sup>. Espressioni come queste fanno pensare ad un circolo vizioso di dipendenza, che non ha a che vedere con il rispetto dell’altro e di sé; si tratta di un appoggiarsi uno all’altro, creando una casa-castello molto pericolante, senza basi solide, con i muri a ridosso uno dell’altro, con la precarietà di poter cadere continuamente nel momento in cui l’altro si sposta o non c’è più. La dipendenza da qualcuno o da qualcosa può assumere valori e significati differenti, a seconda dei contesti e delle situazioni personali. Si può dipendere da qualcuno in risposta ad un bisogno di sicurezza che si ha l’esigenza di soddisfare al di fuori di sé.

La *probabilità* di essere in un centro, l’*imprevisto* di avere un centro: “Ho avuto paura di trovare il centro”<sup>e</sup>. Il giudizio e la paura di sbagliare condizionano fortemente i comportamenti e la vita delle persone che hanno attacchi di ansia o di panico, il non essere all’altezza della situazione o non essere abbastanza per gli altri portano ad un’insoddisfazione e ad un malessere costanti: “...è ingombrante essere al centro di situazioni, dove magari fai fatica, perché ti senti giudicata”<sup>e</sup>. Durante il gruppo di danza guardiamo spesso gli altri fare e siamo guardati. E proprio all’interno di questo contesto, abbiamo potuto sperimentare diversi modi di costruire case con i nostri corpi; case che volevano essere solide ma che, di fatto, non sempre poi si dimostravano tali; case all’interno delle quali ognuno era parte essenziale (qualcuno la porta, qualcun altro il tetto, qualcuno il pavimento...) ed in cui lo spostamento di “un pezzo” implicava una modifica del “tutto”. Abbiamo così avuto modo di sperimentare la presenza dell’altro e del suo corpo in rapporto con il nostro, la sua influenza su di noi – e viceversa -, il suo esserci come limite e come risorsa, a seconda dei singoli e dei contesti.

In alcuni casi si può scegliere di dipendere da qualcosa perché non si hanno a disposizione altre forme di gratificazione, sviluppando dipendenza in risposta ad un’incapacità di rispondere altrimenti al proprio bisogno di provare delle sensazioni piacevoli e/o di far fronte al vuoto che caratterizza il proprio mondo interiore; come chi, all’interno del gruppo, ha costantemente bisogno dell’approvazione degli altri e, in qualche modo, prova anche un po’ ad adeguare il suo esserci e la sua danza agli sguardi degli altri. Ancora, è possibile dipendere da qualcuno perché la dipendenza “facilita” le scelte rispetto ai percorsi da intraprendere, perché, delegando ad altri la responsabilità di decidere rispetto a questioni cruciali, si solleva se stessi dagli oneri del dubbio. Oppure, si può dipendere da qualcuno nel tentativo (...o nella speranza?) di non evolvere mai, perché l’autonomia comporta soddisfazioni, ma anche tante fatiche. Nel gruppo danza non c’è possibilità per la dipendenza: vengono invece studiati il legame, il sostegno e il contatto, tanti modi di essere legati, di sostenere, di essere in contatto quanti ne possono trovare e immaginare i componenti del gruppo. Altrettanto significativo è tentare di capire cosa vuol dire essere circondati da persone che dipendono da noi. Essere il punto di riferimento per qualcuno che, in qualche modo, ha bisogno di noi può muovere vissuti differenti, sempre variabili a seconda delle circostanze. Essere importanti per qualcun altro potrebbe far sentire la persona utile o addirittura necessaria, al punto che il soggetto finisce per attribuire un senso e per compiere alcune scelte di vita proprio in funzione di “colui che dipende”, traendone gratificazione. Oppure, funzionare da punto di riferimento potrebbe essere un peso per la persona, che finisce per rimanere vincolata a qualcuno che non può essere lasciato solo. Va senz’altro considerato il fatto che quest’ultimo aspetto porta con sé tutta una serie di vissuti legati al senso di colpa da un lato e alla frustrazione di una “mancata libertà” dall’altro. Appare allora evidente come ogni situazione di dipendenza sia accompagnata dall’esistenza di una relazione e, pertanto, dalla presenza di almeno due persone, di due soggetti che necessariamente interagiscono e che rispondono l’uno all’azione dell’altro. Di nuovo, si è di fronte alla questione

“azione – reazione”, che costantemente viene sperimentata nell’ambito di questo gruppo: la risposta di uno dipende dall’azione del primo, che, a sua volta, risponderà in base allo stimolo ricevuto, all’interno di uno scambio comunicativo che si costruisce man mano che l’interazione procede. La conditio sine qua non, però, deve essere che la relazione non diventi sinonimo di soffocamento dell’autonomia di ciascun individuo coinvolto, pena la compromissione dell’autenticità dello scambio relazionale stesso.

### **Occupi la casella di qualcun altro: E’ DAVVERO UN TUO AVVERSARIO?**

Ciascuno è diverso, fatto di tante dimensioni. Sembra difficile considerarle tutte, ma è importante farlo se si vuole capire veramente l’altro, se ci si vuole relazionare.

Per capire l’agire dell’altro, infatti, è importante considerare i vari aspetti della sua personalità, i fattori che caratterizzano l’ambiente in cui è nato e cresciuto, in cui ha vissuto, le persone con cui ha interagito...tutti elementi che, in un modo o nell’altro, hanno plasmato il singolo, portandolo a diventare così come si pone nel "qui ed ora" del gruppo e della vita. Se quindi è vero che, per natura, l’uomo è "animale sociale" e ha bisogno degli altri, altrettanto egli sarà, per natura, individuo complesso...non complicato, bensì complesso. E questo perché, oltre a ciò che fa parte del patrimonio con cui nasce, egli è anche frutto di ciò che è diventato a fronte degli *imprevisti* che ha incontrato nella relazione con gli altri. Emerge con chiarezza l’importanza di questo aspetto quando si pensa alla dinamica di "azione-reazione": l’altro, all’interno del gruppo, non è mai solo e, in quanto "parte di un tutto", da quello stesso tutto verrà influenzato, emergendo in tutta la sua complessità. La risposta ad un’intenzione proposta da qualcuno attraverso il corpo sarà quindi estremamente variabile, ovvero complessa, a seconda di numerosi fattori, interni ed esterni, che intervengono su ognuno dei partecipanti.

Diverse sono le possibili risposte comportamentali, così come estremamente differenti possono essere i bisogni individuali: unicità e non ripetibilità di ciascuno; alla richiesta di ognuno va data una risposta differente e specifica, poiché ognuno è individuo a sé, ciascuno è Persona. In modo particolare, all’interno di un ambito come quello della riabilitazione psichiatrica l’individualizzazione dell’intervento è tra le condizioni essenziali per una buona riuscita dello stesso: la costruzione di un percorso terapeutico – riabilitativo, di qualsiasi tipo esso sia, non può infatti prescindere dal considerare, prima di tutto, le caratteristiche personali dell’individuo che si ha di fronte. Si parla di “progetto individuale” proprio per sottolineare l’importanza di modulare gli elementi che lo costituiscono sulla base delle peculiarità della persona cui esso è rivolto.

Il gruppo può essere, per ogni partecipante, una delle *probabilità* per lavorare sul proprio obiettivo riabilitativo e il compito etico e clinico (i due concetti di “etica” e di “buona pratica clinica” sono anche in questo caso sovrapponibili) dell’operatore è quello di coglierlo per arrivare ad una nuova situazione, che possa essere ritenuta soddisfacente e “migliore” dal paziente in primis. D’altronde, non avrebbe alcun senso da un punto di vista clinico, né sarebbe lecito sul piano etico utilizzare, nel trattamento riabilitativo, dei progetti identici a valere per tutti: vorrebbe dire non solo ignorare il principio di tutela della soggettività rendendo il paziente un “oggetto omologato” non distinguibile dagli altri, ma anche attuare un progetto che non può risultare davvero utile per il paziente, poiché non è “tagliato su misura” per lui né tiene conto delle sue caratteristiche personali.

Tenendo conto di questo, è possibile pensare all’attenzione come ad un elemento fondamentale all’interno di ogni contesto relazionale, intendendo l’attenzione come “interesse nei confronti dell’altro”, rispetto a ciò che l’altro dice e a ciò che in prima persona agisce. Solo se prestiamo attenzione a ciò che l’altro è e al modo in cui si pone, infatti, siamo in grado di agire una risposta coerente con quanto sta succedendo all’interno dello spazio e del tempo della relazione. Soltanto se mi interesso al movimento dell’altro e al suo coreografare il proprio vissuto nel “qui ed ora” posso tentare di comprenderne i bisogni e le intenzioni.

Accanto all’attenzione al e per l’altro all’interno del contesto della relazione, risulta poi altrettanto importante l’interesse che ciascuno può rivolgere a se stesso. Quali sono i miei bisogni e come

posso fare per soddisfarli e, quindi, per stare bene? Quali sono le mie reali risorse? Da dove posso partire per ricostruirmi all'interno del mio percorso?

Ascoltarsi con attenzione diventa fondamentale per poter ripartire da se stessi, per scoprire quali fondamentali si hanno a disposizione su cui ri-edificare il proprio esserci.

## **Hai vinto: USA LA TUA RICCHEZZA**

Man mano che andiamo avanti in questa ricerca sulle persone e sul loro disagio; che andiamo a pensare e costruire esperienze fisiche, che possano coinvolgere, influenzare e cambiare atteggiamenti, stati d'animo e forma mentis, ci accorgiamo di quanto ogni persona sia ricca di risorse, quanto basti poco per innescare circoli virtuosi di ascolto di sé, di attenzione, di amore di sé, di consapevolezza. Ci rendiamo conto di quanto la danza, che è qualcosa che non si vede, di cui non rimane un risultato se non nel corpo, nel cuore, negli occhi e nei pensieri di chi la fa e la guarda, sia necessaria per vivere meglio. È qualcosa che ha a che fare con il giocare bene le *probabilità* che si hanno a disposizione, ha a che fare con il coraggio, la fiducia nell'altro, il rispetto dell'altro. Con la bellezza e la grazia. Con ciò che si ha.

Partire da ciò che c'è anziché focalizzarsi a priori su ciò che manca è uno dei principi fondamentali della riabilitazione psichiatrica. *L'imprevisto* di partecipare ad un gruppo danza costringe a partire da quello che si è e da quello che si sa fare, pare all'inizio non essere in grado, non poter, non saper fare, si scopre in realtà che si hanno risorse inesauribili. Specifichiamo il senso della danza, che si pratica nel gruppo: non una tecnica codificata da altri nella quale inquadrarsi e quindi non sentirsi in grado, ma un'espressione del proprio movimento, del proprio essere attraverso il corpo, il riconoscimento e l'accettazione di questo; si è in grado di fare tutto con l'attenzione e con la pratica. Essere attenti a sé stessi e agli altri, rimanere concentrati, esercitare il proprio essere e la relazione con l'altro sono elementi necessari per fare il gruppo danza e vogliamo sottolineare il "fare", come qualcosa di concreto, che ha un esito, una fabbricazione, una costruzione. Punto di inizio della strutturazione di ogni percorso riabilitativo dovrebbe essere, infatti, l'analisi di ciò che è "sopravvissuto" all'insorgere della malattia e al suo manifestarsi, mettendo da parte, per un attimo, ciò che l'individuo non è più capace di fare (o di fare come prima). Quando si parla di riabilitazione psichiatrica, infatti, si vuole intendere "...un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause dell'inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare le proprie risorse e capacità in modo da acquisire più fiducia in se stessa e aumentare il livello di autostima, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia"[4]. Di fatto, essa può essere considerata un metodo di trattamento avente come scopo fondamentale l'attivazione di tutti quei processi di cambiamento volti ad "aumentare il potere contrattuale della persona, le sue possibilità di scambio di risorse ed affetti, il suo senso di responsabilità verso se stesso e verso gli altri." [4] L'agire riabilitativo dovrebbe pertanto pensare alla persona come soggetto partecipe e presente alla propria cura, in cui l'attenzione è focalizzata sulle risorse prima ancora che sulla malattia, pena lo scivolamento in un approccio puramente assistenzialista. Nel gruppo danza il risultato appartiene al praticante, nel senso di colui che mette in pratica e anche chi esercita gli elementi per poter danzare: l'ascolto, il provare e riprovare, l'equilibrio, la forza ecc; ma appartiene anche agli altri partecipanti del gruppo, vedere un cambiamento in un altro, sentire e provare quello che prova l'altro è un regalo e un risultato, che si riceve nel gruppo.

"È vero, se non fai non puoi ottenere risultati né positivi né negativi, quindi se vuoi risultati tuoi devi praticare", dice una partecipante.

Partecipazione, presenza e potenziamento delle risorse sono tutti e tre elementi fondamentali del lavoro all'interno di questo gruppo. Uno dei momenti in cui, per esempio, all'interno del gruppo è possibile rintracciare questa particolare attenzione alla ricchezza che ognuno, con il proprio sé, rappresenta è quello della presentazione, che occupa la fase iniziale di ciascun incontro. All'interno di questo momento, viene proposto ad ogni partecipante di accompagnare il proprio nome ad un gesto, come ad affermare il proprio esserci all'interno di un tempo e di uno spazio definiti, nel qui

ed ora dello svolgimento dell'attività. A ciascuno viene chiesto di affermarsi con il proprio bagaglio, frutto delle caratteristiche personali, ma anche del vissuto quotidiano e che, quindi, difficilmente risulterà lo stesso, ma assumerà sfumature diverse, di settimana in settimana. Un approccio di questo tipo consente a ciascuno di dire, attraverso la propria specifica modalità: "Io ci sono", "Io sono qui", e permette ad ogni partecipante di emergere come risorsa nel e per il gruppo. L'affermazione di tante individualità consente al gruppo di arricchirsi nella peculiarità di ciascuno. In quest'ottica, ognuno risulta ricco innanzitutto di ciò che si porta dentro: dapprima delle proprie potenzialità e poi sì, anche delle proprie carenze, ma soltanto secondariamente. Non a caso, alla base di ogni percorso riabilitativo sono di fatto presenti numerosi tasselli che interagiscono tra loro, tra cui spicca la motivazione del soggetto: infatti, soltanto se la persona ritiene di possedere essa stessa gli strumenti necessari alla ricostruzione del proprio "esserci", svilupperà quella motivazione intrinseca fondamentale al mantenimento dell'impegno all'interno del proprio percorso. L'individuo che percepisce il proprio mondo interiore privo di risorse ed inefficace, invece, avrà costantemente bisogno di rinforzi esterni e il proprio percorso sarà inevitabilmente maggiormente predisposto al fallimento.

Tutto questo mette ancora più in evidenza l'importanza che il punto di partenza diventi, per ognuno, la consapevolezza di essere innanzitutto ricchezza e risorsa per se stesso.

\*Danzatrice e insegnante di danza; collabora come maestra d'arte, presso l'Ambulatorio VARENNA, Istituto per la Ricerca e la Prevenzione della Depressione e dell'Ansia, dell'A.O. "Ospedali Riuniti di Bergamo".

\*\* Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica in servizio presso il Centro Diurno "Luzzago" degli "Spedali Civili" di Brescia

## **Bibliografia**

[1] Ende M., *Lo specchio nello specchio*, Longanesi, pag.15, 1984

[2] Rabboni M., *L'abitare: vecchia e nuova residenzialità*, in Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, pagg. 58, 63, 2003.

[3] Caggio F. *Tempi che trascorrono, eppure ritornano*, in Rabboni M. (a cura di) *Residenzialità. Luoghi di vita, incontri di saperi*, Franco Angeli, Milano, 2003 pagg. 112, 128, .

[4] Ba G., *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*, Franco Angeli, Milano, 2003, pagg. 44, 55.

# Norme redazionali

Tutti i soci e i colleghi interessati possono inviare contributi da inserire nelle diverse rubriche in cui si articola la rivista. Al fine di conferire al periodico la massima ricchezza e omogeneità di contenuti le proposte di contributo devono essere di volta in volta concordate tra gli Autori e la Redazione.

**Gli articoli:** minimo 18000 massimo 27000 battute spazi inclusi.

**Ogni articolo deve contenere:**

Titolo

Nome e Cognome

Qualifica, Ente o Istituto di appartenenza

Abstract in inglese

Testo

Eventuali note a piè di pagina

Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 10 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. CUMMINGS J.L., BENSON D.F.: *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features. J Am Geriatr Soc. 34: 12-19, 1986.*

Nel corpo del testo indicare solo il numero corrispondente.

- Eventuali immagini devono essere già inserite come parte integrante del testo cui appartengono.

**Evitare tassativamente di inviare materiale con programmi diversi da Word.**

I contributi in formato Word vanno inviati al seguente indirizzo:  
[cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it](mailto:cbellazzecca@ospedaliriuniti.bergamo.it).

Un'ulteriore copia cartacea dovrà essere inviata a: Cristina Bellazzecca – c/o CPS via Tito Livio 2, 24123 – Bergamo.

Si prega di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.

Si ricorda inoltre che: dopo virgola, punto e virgola, punto, va lasciato uno spazio, mentre prima non va lasciato alcuno spazio. Per le frasi e le parole tra parentesi: (testo tra parentesi) e non ( testo tra parentesi ).

***I manoscritti non verranno restituiti.***