

Quaderni di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Ausl di Parma

Quaderno n.1-2018

I ragazzi sono pazienti?

Presentazione

Le attività del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche devono essere sempre accompagnate da iniziative volte a migliorarne la qualità e questo avviene attraverso il governo clinico, la valutazione dei processi e degli esiti, della soddisfazione degli utenti e delle famiglie, la costante attenzione alla formazione e supervisione di tutti i professionisti. Sono essenziali anche la didattica, la ricerca e la comunicazione dei risultati raggiunti sia nelle sedi scientifiche ma anche all'opinione pubblica. Una visione critica accompagna l'operatività quotidiana e questo crea una tensione e una propensione al cambiamento che consente di approfondire i problemi e di fornire stimoli e indicazioni alla comunità, alle famiglie e al contempo permette di perfezionare le pratiche e sperimentare soluzioni innovative. Questo approccio si avvale dell'apporto di tanti singoli contributi e, al fine di evitarne la dispersione, si è ritenuto di raccogliarli in un nuovo formato al quale abbiamo dato il nome di "Quaderni di Parma" per richiamare come i singoli temi siano parte della cultura e dell'elaborazione del nostro territorio ricco di una consolidata tradizione e un ampio movimento per la salute mentale, il rispetto e l'accoglienza delle diversità rappresentato dai valori di Mario Tommasini e Franco Basaglia. L'obiettivo è quello di mettere a disposizione materiale per studi, riflessioni e dibattiti che possano stimolare la cultura, il dialogo, la ricerca e il lavoro dei professionisti.

Mi fa molto piacere poter inaugurare il primo Quaderno con un tema assai attuale: quello della salute mentale dell'infanzia e adolescenza facendo riferimento alla rete della rete della Regione Emilia Romagna. Parte delle relazioni sono state presentate al Convegno "I ragazzi sono pazienti?" tenutosi a Parma il 15 dicembre 2015 e sono state oggetto di approfondimenti ed elaborazioni successive.

I Quaderni verranno pubblicati sul sito internet dell'Ausl e in forma cartacea.

Un particolare pensiero va a tutti i colleghi che hanno contribuito all'esperienza della Residenza per minori di San Polo e ai ragazzi che ogni giorno cercano una prospettiva di futuro. Un sentito ringraziamento va al curatore del Quaderno il Dr. Giulio Fabri Poncemi e all'Ufficio Comunicazione e la Direzione dell'Ausl per il sostegno a questa nuova iniziativa.

Dott. Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.

Parma 22 novembre 2018

Quaderno n.1-2018

I ragazzi sono pazienti?

Scritti di Pietro Pellegrini, Antonella Squarcia, Cinzia Dallatana, Matteo Rossi, Sabrina Ferrari, Andrea Cabassi

A cura di Giulio Fabri Poncemi

INDICE

RIFLESSIONI SULLA SALUTE MENTALE DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA E SULLA RETE DEI SERVIZI DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA DI PIETRO PELLEGRINI PAG 4

COSTRUIRE UN MODELLO OPERATIVO PER LA SALUTE MENTALE DEI RAGAZZI E ADOLESCENTI NELLA COMUNITA' DI ANTONELLA SQUARCIA PAG .17

PRIMI DATI DI ATTIVITA'. APPROCCIO E PERCORSI DI CINZIA DALLATANA PAG. 20

RISIEDERE E BASI (SICURE) PER RIPRENDERE IL VIAGGIO. VISSUTI E PSICOPATOLOGIA DI MATTEO ROSSI PAG. 26

SPAZI E TEMPI DI TRANSIZIONE DI SABRINA FERRARI PAG. 34

PRESENTAZIONE DELLA RESIDENZA SANITARIA A TRATTAMENTO INTENSIVO E POSTACUZIE DI SAN POLO DI TORRILE DI ANTONELLA SQUARCIA, SABRINA FERRARI, CINZIA DALLATANA PAG. 38

POST FAZIONE ANDREA CABASSI PAG. 46

Quaderno dedicato a Ferdinando Avanzini, infermiere, saggio ed esperto ricercatore, parte del grande movimento per una psichiatria gentile, umana e competente.

Riflessione sulla salute mentale dell'Infanzia e Adolescenza e sulla rete dei servizi della Regione Emilia Romagna

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.

Introduzione¹

La giornata di oggi s'inscrive in un progetto più ampio che è quello di riflettere sulla salute mentale dell'infanzia e adolescenza e sulla rete dei servizi della Regione Emilia Romagna, in particolare dell'Area Vasta Emilia Nord. Un tema molto ampio che vede la necessità di approfondire la conoscenza di diversi fenomeni e di analizzare le risposte in essere per individuare le linee di un possibile miglioramento. Per questo è importante accennare preliminarmente al contesto sociale nel quale i servizi si trovano a operare.

In questi ultimi anni si sono verificate importanti variazioni in ambito sociale che hanno un'elevata rilevanza sulle giovani generazioni: i cambiamenti demografici, quelli legati alla rivoluzione informatica e quelli legati alla crisi.

a) cambiamenti demografici

- 1) Si pensi ai migranti, diventati ormai quasi il 20% della popolazione giovanile. La conseguente multiculturalità di prossimità che si realizza nella stessa classe, palazzo ecc. e pone orientamenti e letture diverse di fenomeni culturali, religiosi, riti di passaggio; rapporti di genere profondamente variabili, modi d'intendere sessualità, maternità, i ruoli all'interno della famiglia ecc. Ciò può costituire una grande occasione di arricchimento ma può anche determinare conflitti e contraddizioni.
- 2) Le tipologie delle famiglie, tendenzialmente più piccole e instabili, e con supporti limitati quindi forte mente bisognose di aiuto, specie se insorgono problemi di salute o di assistenza. Questo in un quadro che vede un forte invecchiamento della popolazione;

b) cambiamenti legati alla rivoluzione informatica con conseguenze sul funzionamento mentale e sulle relazioni/ comunicazioni

c) la crisi di futuro

- 1) Abbandono scolastico, il fenomeno del NEET (acronimo inglese che si riferisce a persona, soprattutto di giovane età, che non ha né cerca un impiego e non frequenta una scuola né un corso di formazione o di aggiornamento professionale) e quello della disoccupazione giovanile. Questi fenomeni sono molto preoccupanti, tanto da determinare l'intervento del Papa: "... soffro quando vedo tanta gioventù senza lavoro,

¹ Introduzione al Convegno "I ragazzi sono pazienti?" Parma 15 dicembre 2015

disoccupata. In Italia dai venticinque anni in giù quasi il 40%. {...}Cosa fa un giovane senza lavoro? Si ammala, deve andare dallo psichiatra, o cade nelle dipendenze o si suicida", ha detto il Papa rilevando che "le statistiche dei suicidi giovanili non sono pubblicate: si trovano escamotage per non pubblicarli". O ancora, un ragazzo che non ha prospettive, ha continuato, "cerca qualcosa che gli dia un ideale e fa il guerrigliero."². A questo si aggiungono gli effetti della crisi che aumenta le povertà (economiche, culturali, ecc.), dell'iniquità e dell'emarginazione (con manifestazioni diverse negli ambiti urbani-metropolitani e quelli più isolati tipo la montagna ecc.)

2) Crisi del sistema di welfare pubblico e universalistico

In questo contesto due punti fondamentali della nostra Costituzione "la scuola di tutti e per tutti" e "la salute come bene individuale e interesse della comunità" per diversi motivi sono in crisi.

Lo sforzo per l'innovazione, l'integrazione, i miglioramenti nel sistema di tutela, la formulazione di programmi per l'adolescenza, lo sviluppo di azioni di promozione e prevenzione sembrano ancora insufficienti per colmare il divario tra teorie e prassi. Tutto questo richiederebbe un ripensamento delle politiche sociali e sanitarie in un quadro riformatore. Ma questo esula dal tema di oggi. Resta però sullo sfondo e a mio avviso tenderà a riapparire poiché diversi problemi che emergono nell'ambito dei servizi non sono risolvibili solo in ambito tecnico.

Se questo è lo scenario, alcune questioni molto rilevanti richiedono un'analisi approfondita a partire dall'epidemiologia dei disturbi mentali nei minori (quasi l' 8% è in carico alle NPIA) e alle forme nelle quali si manifesta la sofferenza psicologica e sociale dei ragazzi e delle loro famiglie che spesso presentano gravi difficoltà nell'esercizio delle funzioni genitoriali.

Su questo, le risposte dei contesti e dei servizi richiedono un ripensamento complessivo e non possiamo non partire da un tema ad alta rilevanza tecnica, giuridica ed etica che è quello dei minori allontanati dalle famiglie.

Una riflessione che certamente riguarda anche la riconfigurazione della rete dei servizi sanitari e sociali (distinzione che spesso sfugge al cittadino) e delle loro risposte in un'ottica che sia in grado di dare risposte alla domanda di cura (continuità/discontinuità di cura specie nel passaggio all'età adulta) ma soprattutto al sostegno del progetto di vita.

Sullo sfondo vi è anche la questione della disciplina NPIA che vede unite neurologia e psichiatria. Mentre una parte dei professionisti rimarca il vantaggio di una visione unitaria della pratica, ambiti operativi molto ampi vengono di fatto affrontati con una suddivisione delle competenze in una sorta di sub-specializzazione non pianificata.

La recente collocazione della NPIA al di fuori del dipartimento di salute mentale avvenuta nell'Azienda USL della Romagna apre ulteriori domande circa i riferimenti

² Papa Francesco, 14 dicembre 2015. Discorso tenuto per udienza ai gruppi del "[Progetto Policoro](#)" della Conferenza Episcopale Italiana.

della disciplina e su come, ad esempio in ambito pediatrico, possano essere affrontati i complessi problemi psichiatrici degli adolescenti.

Un altro tema importante è quello dell'organizzazione e delle risorse. Da più parti si è lamentata la carenza, rispetto agli altri paesi europei, di posti letto ospedalieri per disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo va letto all'interno della peculiarità italiana nell'ambito della salute mentale e deve tenere conto delle scelte fatte negli ultimi cinquanta anni, in particolare per quanto attiene all'azione antistituzionale (si ricordi la chiusura dei brefotrofi ecc.) e la creazione di servizi di/nella comunità.

Quindi il dato sui posti letto deve considerare anche l'insieme articolato di piccole strutture socio educative di varie tipologie, degli affidamenti familiari ecc. che vanno a costituire una rete molto importante e mai deve essere dimenticata la priorità della scelta territoriale e di comunità che vede il minore che soffre inserito nella scuola di tutti e per tutti e curato in servizi pubblici ad accesso universalistico.

Andando al tema di oggi, siamo qui per riferire sull'attività e sul significato delle strutture residenziali sanitarie per minori a distanza di otto anni dalla DGR 911/2007 e alla luce delle esperienze maturate presso le due strutture site in Regione Emilia-Romagna: la RTI-M Nespolo a Modena e quella di San Polo di Torrile (PR).

Queste strutture hanno certamente componenti e difficoltà specifiche ma si collocano e acquistano senso nell'ambito di percorsi che vedono la centralità della persona e delle sue relazioni nel suo territorio di vita, e articolano i propri interventi con un prima e un dopo. Queste strutture hanno forme di collegamento, da un lato con il sistema di E-U, i servizi ospedalieri di Psichiatria, NPIA pediatria e, dall'altro, possono interagire con i servizi sociali e la rete delle strutture socio educative.

Da più parti ci s'interroga sul ruolo che ospedale e residenzialità sanitaria possono avere nei sistemi di salute mentale incentrati sulla comunità. Le posizioni su questo punto sono articolate: da un lato vi è chi non riconosce all'ospedale un ruolo significativo e lo considera comunque residuale; dall'altro chi ritiene essenziale la dotazione di posti letto per la salute mentale dei minori e considera la loro mancanza una carenza grave. Queste posizioni vanno lette alla luce del sistema complesso nel quale va collocato anche il segmento ospedaliero-residenziale che mai dovrà essere considerato come entità a sé stante, autosufficiente e autocentrata.

D'altra parte una delle maggiori difficoltà della NPIA sembra essere quella di riuscire a leggere e coordinare in modo unitario e coerente una rete che si compone di molti nodi, ciascuno con riferimenti e paradigmi diversi.

Faremo un'analisi partendo da esperienze reali, seguendo un approccio critico-valutativo perché non solo siamo consapevoli della difficoltà intrinseca e della possibilità di un miglioramento continuo, ma anche che i nostri interventi si muovano in ambiti incerti, talora contraddittori e possano essere anche iatrogeni.

Lo faremo grazie alla presenza dei colleghi dell'ICRS "Stella Maris" che ci aiuteranno a collocare il nostro lavoro in uno scenario più vasto, che si avvale e si confronta con le eccellenze nazionali, che ringrazio per la preziosa collaborazione.

La RTI-M di San Polo

La Residenza di San Polo è stata aperta nel 1998 nell'ambito del programma di chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno. Fin dal 2000, data la progressiva

diminuzione dei pazienti ex OP, si è posto il problema della sua riconversione. Il progetto allora risultato più convincente è stato la sua trasformazione in RTI per adulti, nell'ambito delle attività del CSM Parma Nord-Colorno. Con questa denominazione la struttura ha superato le visite di accreditamento istituzionale.

Nel corso degli anni, a partire dal 2005 ha iniziato a ospitare utenti più giovani, talora anche minori. Tuttavia è nel 2009, a seguito di una situazione critica in una struttura per minori gestita da privati in provincia di Parma, che inizia una valutazione regionale e di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) per verificare la fattibilità di un progetto di riconversione. Sono stati valutati fabbisogni e tipologie (struttura per adolescenti e giovani adulti) ma tutto è rimasto fermo fino al 2012 (e poteva restarlo per molti anni ancora...) quando il progetto è stato ripreso e definito nel dettaglio: struttura sanitaria per minori (ex DGR 911/2007) per il fabbisogno delle aziende di Parma e Piacenza, alle quale si sono poi aggiunte quelle di Reggio Emilia e Modena. Di conseguenza la presenza di due Residenze Sanitarie per minori in AVEN ha suggerito un'articolazione di quella di San Polo in due moduli: uno terapeutiche intensivo (RTI-M) e uno post acuzie. A questo ha fatto seguito da parte della regione la definizione di ambiti di riferimento precisi: AVEN per San Polo mentre AVEC e Romagna per il Nespolo.

L'attuale RTI-M di San Polo è stata realizzata previa chiusura della precedente struttura, riqualificazione del personale e immissione di nuove professionalità. L'attività è iniziata nell'ottobre 2013. Non vi erano precedenti esperienze alle quali fare riferimento (lo Stella Maris e il Nespolo sono stati importanti punti di confronto ma le differenze sono molto significative) e pertanto abbiamo dovuto "inventare" un modello di intervento.

La sfida consiste nell'effettuare interventi sanitari di alta specializzazione in un contesto residenziale territoriale dislocato molto vicino alle normali abitazioni; questo costituisce un punto di forza e al tempo stesso un fattore critico. Un punto di forza è l'aspetto normalizzante, l'essere in un contesto non connotato come sanitario e prossimo alla/nella comunità. Manca l'istituzione in tutti i sensi: sia per quanto attiene gli aspetti di contenimento, le forze in campo, la collocazione ecc... La struttura appare anche con i suoi limiti e nelle sue debolezze. Questo viene percepito dagli utenti ed evita le sfide connesse all'onnipotenza ("ti salverò ad ogni costo..., non mi fermerete mai"), fa della libertà e della responsabilità (e quindi anche dell'autocontrollo) un tema centrale del lavoro. Tutto questo risulta assai complesso con il soggetto di minore età nel quale potrebbero/possono esservi elementi di immaturità, incapacità ad esercitare scelte e la responsabilità personale. Tuttavia se la gestione della libertà, della responsabilità, delle scelte e del consenso non sono categorie "tutto-nulla" ma dimensioni che possono variare nel tempo e nelle relazioni (e analogamente all'adulto possono andare da zero a cento, passando per tanti diversi livelli intermedi e fluttuanti), il lavoro terapeutico non può che partire da qui. La tensione verso i ruoli adulti, pur con tutte le contraddizioni e ambivalenze, le possibili regressioni possono avvenire con la presenza e l'ascolto dell'adulto come riferimento stabile, sicuro, autorevole.

Adulto che sarà messo alla prova, "saggiato" nelle sue qualità, nella sua tempra e nella sua tenuta (resilienza). Un lavoro difficilissimo che diviene altamente sfidante quando, senza le protezioni difensive dell'istituzione, ci si trova in primo piano, esposti alle parole, ai comportamenti e agli agiti degli adolescenti. Sfidante ancora di più quando si lavora nella complessità della relazione che, attraverso l'ascolto e la comprensione, deve veicolare la diagnosi e un programma di cura di cui spesso fa

parte la terapia, anche quella farmacologica. Portare dentro la relazione e per suo tramite, un approccio medico psichiatrico richiede molta competenza, chiarezza, onestà e la convinzione che le terapie potranno aiutare ma non fare tutto, e, in ogni caso, è richiesto un impegno alla persona che è sempre qualcosa in più e di diverso dalla sua malattia e questo vale specularmente anche per il terapeuta che è sempre qualcosa in più e di diverso dal suo ruolo professionale.

Gli ospiti di San Polo sono ragazzi e non solo pazienti. Questo vuol dire tenere lo sguardo largo, aperto alle novità e agli slanci degli adolescenti. Uno sguardo lungo che sa intuire/immaginare/vedere il futuro, anche quando la speranza potrebbe svanire e lasciare solo un disperante presente.

E' un compito difficile che richiede relazioni, reti, sostegni, opportunità, capacità creative e innovative. "Il mondo può cambiare/io posso cambiare" è il messaggio che diventa urgente nell'adolescente. L'adolescente non solo ha bisogno di essere pensato ma di avere una persona in grado di aiutarlo a pensarsi, ad armonizzare le azioni e un funzionamento mentale fisiologicamente ancora non equilibrato e quindi instabile, a comprendere i confini fluidi e incerti tra salute e disturbo, fra comportamento normale e segni/sintomi.

Alcuni punti qualificanti

L'accoglienza in RTI-M deve essere un'opportunità per l'adolescente. Un nuovo incontro, un'occasione unica non una costrizione. Questo sposta l'asse dell'intervento in un terreno incerto e difficile perché se un soggetto adolescente deve avere qualcuno che si occupa di lui, è legittimo chiedersi come e fino a che punto? Il tema dell'ascolto del minore, del valore delle sue posizioni e decisioni può trovare sensibilità diverse nella legge e nelle pratiche cliniche.

La capacità di accogliere punti di vista diversi può portare a incontri che cambiano le persone e producono nuove conoscenze (di sé e degli altri), quindi differenti relazioni. Questo accomuna tutti gli interlocutori. Anche i curanti che nella struttura potranno/dovranno trovare le capacità di comprensione (ascolto, inquadramento diagnostico) e costruzione di prospettive di cambiamento espresse in ipotesi di trattamento che saranno sempre complesse dove ciascun intervento si sostiene e trova senso nell'integrazione con l'altro e promuove le capacità di crescita della persona. Non tanto e non solo una cura ma un percorso di conoscenza (diagnostico) e cambiamento (anche attraverso la terapia) che vede protagonisti diversi a partire dall'adolescente e se possibile dalla sua famiglia e del suo contesto.

In questo percorso occorre tenere presente la non linearità, la fragilità, le incertezze, le possibili regressioni e violazioni, il vissuto d'impotenza e inutilità o di rabbia. Occorre gestire i rischi, inevitabili elementi di ogni processo vitale e di crescita. Vivere nel/con il rischio è normale non una condizione straordinaria. Il rischio va percepito, condiviso, esplicitato, gestito e mai negato. Va correttamente valutato secondo una logica complessa e non difensiva. Occorre provare a prevenire ad esempio gli allontanamenti non concordati, le fughe, le aggressioni, gli atti auto lesivi. Come dicevo la lettura deve essere articolata e non giudicante: occorre capire perché ciò che potrebbe apparire senza senso per l'adulto potrebbe averlo per l'adolescente o nell'insieme delle sue relazioni, o nell'ambito del suo sistema di riferimento valoriale. Il senso viene da questo complesso di fattori e occorre capire, cercando di porsi dal punto di vista dell'adolescente. Non serve fargli la predica. Ad esempio, l'allontanamento non concordato è certamente una situazione critica, di rischio, una

violazione che sicuramente preoccupa gli operatori ma al ragazzo potrebbe servire a de tendere un vissuto interiore (rabbia distruttiva) insopportabile e non verbalizzabile e al contempo avere anche un significato e protettivo dell'ambiente della RTI e della relazione con gli operatori e gli altri ospiti. Prendersi un ambito di libertà è un rischio ma anche una misura di sicurezza.

Non bisogna dimenticare che l'adolescenza è prima di tutto una fase normale di transizione della vita. Ciò richiede un approccio evolutivo che riconosca che ogni ragazzo ha esigenze diverse e mutevoli a seconda dell'età, del livello di maturità e del contesto. Pertanto, gli operatori devono conoscere la fase evolutiva (sociale, mentale, fisica) degli adolescenti e avere familiarità con l'ambiente socioculturale nel quale vivono oggi i giovani (interessi, preoccupazioni, quello che fanno nel tempo libero). Gli operatori devono essere adeguatamente preparati a tenere conto dei diversi ambiti che interessano l'adolescente: le relazioni, dove abita, l'alimentazione, l'attività fisica, educazione/scuola/ occupazione, cosa gli interessa nella musica, sport, cultura, viaggi, i gruppi dei pari, internet. Devono conoscere anche i temi più delicati e spesso intrecciati ai precedenti come sessualità, violazioni, uso di sostanze, rischi di autolesionismo-suicidio e di etero-aggressività.

Negli adolescenti, i problemi di salute mentale spesso si intrecciano e si confondono con i normali vissuti del processo adolescenziale e per questo, spesso non vengono individuati fino a quando non cominciano a intensificarsi. L'adolescenza è una fase in cui i giovani scoprono l'autonomia e tendono a costruire aree di segreto. Pertanto gli adolescenti sono talvolta restii a condividere le loro preoccupazioni con gli adulti e quando li segnalano, i problemi somatici vengono prima di quelli psicologici o manifestano la sofferenza psichica attraverso il corpo (e non la parola) e gli agiti.

Come si è già detto, il mondo adulto è spesso in difficoltà a capire l'adolescente, il suo contesto, i suoi vissuti, a decodificare la psicopatologia. L'utilizzo delle competenze adulte senza scadere in ruoli ambigui (l'amico ecc.) è una componente fondamentale del lavoro e della relazione con l'adolescente. Questa riattiva sempre negli operatori i vissuti della loro adolescenza e implica al contempo un duplice lavoro psicologico di elaborazione e crescita, quindi di evoluzione e cambiamento anche dell'operatore, quale adulto autorevole. In questo insieme di relazioni, il tema del consenso dell'adolescente è fondamentale e non semplificabile: senza di esso, senza cioè un contratto co-costruito e co-partecipato, seppure con ruoli diversi, una serie di interventi solo prescrittivi e normativi non sono efficaci. Ma non possiamo limitarci alle parole in quanto occorre avere sempre chiaro che con l'adolescente non serve solo parlare ma anche fare concretamente e comunicare anche in forme non verbali (l'esempio ecc.). La maturazione passa per le esperienze vissute. Quindi è necessario essere propositivi, accogliere le domande secondo tempi e modi che possono non essere lineari e a volte sono palesemente contraddittori.

Gli interventi sociali ed educativi vanno in genere considerati come la prima linea di azione anche perché mirano a bisogni di "base" e appaiono nella loro concretezza. Ad esempio, un sostegno economico anche modesto, una proposta formativa, un'occupazione, la sistemazione in alloggi, un'alternativa anche temporanea alla convivenza in famiglia, un'attività proposta culturale, sportiva o di volontariato possono essere molto utili. Ciascuno di questi interventi è tipico della normale crescita e punta a migliorare il comportamento, lo sviluppo generale o specifiche competenze di vita. Certo questo può non bastare quando il grado di sofferenza mentale o di disordine comportamentale è troppo elevato. A questo punto è meglio evitare di fare proposte, in quanto una inopportuna sovrastimolazione psicosociale spesso porta solo a ripetuti e dannosi fallimenti. Conviene fermarsi per riflettere e

cercare di capire in primis ascoltando l'adolescente (il suo punto di vista, il suo mondo), vedere se occorre cambiare strada, fare altro e se siamo in una condizione dove i vissuti hanno assunto una connotazione/intensità patologica. Questo porta a dare un nome alla sofferenza, ma mai la diagnosi deve essere un'etichetta statica, immutabile e stigmatizzante. Al contrario, le diagnosi cliniche e tutte le condizioni valutate (funzionamento ecc.) possono essere soggette a cambiamenti, poiché gli adolescenti subiscono rapidi mutamenti entro brevi periodi di tempo. Lo stesso programma terapeutico deve essere quindi considerato sempre come un lavoro in corso d'opera, senza mai dimenticare che occorre evitare la "psichiatrizzazione" del disagio per prevenire il crearsi dello stigma tramite l'esclusione della diversità. Non vi devono essere forme di affidamento esclusivo alla sanità delle persone con disturbi mentali che sempre hanno bisogno di maggiori e magari più qualificati interventi educativi, pedagogici e sociali in un percorso che sostenga la crescita e preveda la valorizzazione della persona. I disturbi mentali gravi possono beneficiare di trattamenti farmacologici prescritti in modo appropriato, secondo prove di efficacia e valutazione dei rischi/benefici. La prescrizione va sempre accompagnata e sostenuta da un adeguato lavoro sul consenso affinché il paziente assuma regolarmente la terapia farmacologica. L'adesione ai trattamenti costituisce un processo delicato che va periodicamente rivisitato alla luce dei benefici e degli eventuali effetti collaterali. I farmaci non sono mai l'unico trattamento e spesso vanno associati alla psicoterapia e ad altri interventi educativi, familiari e sociali.

L'esperienza dimostra che è possibile migliorare la nostra capacità di lavorare su motivazione/consenso e sul dissenso e le violazioni. Gli adolescenti hanno il diritto di prendere parte a tutte le decisioni che li riguardano e devono essere coinvolti attivamente nella presa di decisioni relative alla loro collocazione, la diagnosi e la terapia. Nulla deve essere deciso senza di loro. Questo vale anche per la vita della residenza, nella gestione della quotidianità e dei rischi. La loro responsabilizzazione è un processo essenziale. Certo va tenuto conto del livello di maturità degli adolescenti ma la relativa immaturità non può essere l'alibi per non coinvolgerli; al contrario serve per valutare come sostenere il ragazzo nelle diverse decisioni, comprese quelle terapeutiche. Un lavoro di formazione degli operatori sul processo decisionale condiviso può portare a comprendere come coinvolgere al meglio gli adolescenti nella definizione degli obiettivi terapeutici e nella scelta degli interventi adatti.

La Carta dei servizi della RTI-M, sviluppata dagli operatori nella fase preparatoria l'apertura e poi discussa e con gli adolescenti, contiene molti dei principi ai quali si è fatto cenno: autonomia, partecipazione, dignità, beneficiabilità, giustizia, equità, integrità, riservatezza.

Il coinvolgimento delle famiglie è fondamentale. I genitori sono riferimenti fondamentali per i giovani e il loro possibile coinvolgimento, all'inizio della terapia, è una delle prime questioni da discutere. L'idea è raggiungere un buon equilibrio tra il rispetto della privacy degli del ragazzo e il coinvolgimento della famiglia mediante informazione, interventi psico-educativi efficaci e psicoterapia. Questo migliora la consapevolezza di quanto accade, dei sintomi e dei problemi, rafforza la capacità di risoluzione dei problemi, suscita emozioni positive e produce migliori interazioni familiari. Questo è fondamentale anche per la continuità delle cure che spesso sono interrotte dall'adolescente ma altrettanto spesso dai familiari. Occorre costruire sia la continuità longitudinale (ossia una serie ininterrotta di contatti sul lungo periodo) che la continuità trasversale (cioè la coerenza dei diversi interventi) per dare unitarietà e coerenza ai progetti evitando la babele dei singoli interventi frammentati.

Nella RTI-M di San Polo la compresenza del modulo intensivo e di quello post-acuzie, che prevedono diverse durate della degenza (quello post acuzie fino a 6-12 mesi), ha talora aperto problemi per la diversa fase attraversata dai ragazzi e per i diversi bisogni (ad es. la compresenza di un ragazzo con esordio psicotico ancora in fase florida con un ragazzo con un quadro psicotico quasi stabilizzato) ma anche attivato forme di solidarietà e auto mutuo aiuto. Il modulo post acuzie deve essere utilizzato per motivi psicopatologici e terapeutici nonché per creare l'adeguata accoglienza alla dimissione e la necessaria continuità delle cure, specie nei casi caratterizzati da "revolving door" ed elevata instabilità. Non appare invece utile la fase post acuzie come tempo di attesa di altre collocazioni, come sostanziale parcheggio. La fase post acuzie, vista la durata, può porre anche il problema dell'attivazione di un serie di interventi di tipo educativo e sociale che non sempre sono attuabili soltanto dalla sede di vita del ragazzo.

Per facilitare la continuità delle cure nella RTI-M un compito fondamentale è svolto dal Coordinamento dei NPI di AVEN attivato nel 2012 fin dalla progettazione della struttura. Questo ha fatto sì che la RTI-M sia stata percepita e utilizzata in continuità con il lavoro territoriale. I programmi di formazione comuni hanno sviluppato competenze condivise e favorito la conoscenza, la stima e la relazione fra i professionisti. Elementi essenziali per avere una *vision* comune e condividere le modalità operative con i pazienti e le famiglie il cui coordinamento costituisce certamente un'eccellenza che può portare a risultati non solo nell'assistenza ma anche nella ricerca.

Riflessioni ex post

La rappresentazione dell'esperienza e del modello operativo della RTI-M di San Polo non sarebbe completa senza alcune riflessioni circa l'approccio teorico generale e la collocazione della struttura rispetto all'E-U (emergenza – urgenza), alla residenzialità. Tutto questo porta alla necessità di costruire una rete unitaria di servizi di comunità per la salute mentale dei minori.

L' approccio bio-psico-sociale ed evolutivo.

Nel sistema di welfare vi è la necessità di lavorare nella complessità tenendo conto di tutti i fattori implicati nel determinarsi della salute mentale. Questa non è un prodotto naturale ma l'esito di un processo molto articolato e complesso. Dipende da patrimonio genetico, costituzionale, neuro sviluppo, cure parentali adeguate, sviluppo psicofisico, educazione, alimentazione, regolarità del sonno, ambiente ecologico, sviluppo della capacità di tollerare le regole e le frustrazioni, evitare condotte di abuso di alcool e droghe, acquisizione ruoli adulti, senso di responsabilità e solidarietà, studio, lavoro, reddito, capacità di sviluppare relazioni sociali, affettive, sessuali. Quindi la salute dipende da un insieme di fattori biologici, psicologici, relazioni, ambientali e sociali (i "determinanti sociali della salute") reciprocamente interagenti. La salute come condizione individuale e relazionale, che contiene anche l'esperienza della malattia e vede la persona come protagonista della proprie scelte di salute. Una condizione che può essere definita come "lo stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità". (OMS, 2001)

Questo porta ad un'ottica evolutiva che non solo vede il presente collegato al passato e collegabile ad un futuro possibile ma pone al centro la capacità di affrontare le sfide/i passaggi delle diverse fasi della vita fino alla propria morte che in questa accezione diviene parte (l'ultima fase) della vita.

Nell'operatività è quindi necessario un approccio capace di tenere conto ed esplorare, se necessario, i complicati, reciproci e interattivi processi evolutivi e vada molto al di là di una semplice e lineare causalità. Un atteggiamento che veda sempre presente la speranza fondata sulla fiducia di base tra le persone e sulla forza del prendersi cura, educativo, sociale e sanitario.

Tutte queste componenti devono sempre essere considerate e integrate anche se ovviamente non spetta tutto alla sanità. Ciascun settore deve fare al meglio la propria parte. E in questo percorso non può mancare un serio e approfondito lavoro di coinvolgimento e sensibilizzazione della comunità di riferimento. Un lavoro di prossimità che deve favorire l'inclusione dell'adolescente che soffre. Ecco perché i ragazzi devono restare, salvo casi eccezionali, nel loro territorio. E l'esperienza maturata su singole situazioni potrà aumentare le competenze della scuola, della comunità e migliorare le capacità complessive di tipo preventivo. Un miglioramento delle pratiche professionali che può avvalersi anche di strumenti nuovi di integrazione socio sanitaria, come ad esempio il Budget di salute. In molti casi, in sede di valutazione degli esiti, ci si chiede anche se un passaggio dalla logica riparatoria a quella preventiva non possa essere utile al sistema; in altre parole se una serie di interventi diversamente modulati e declinati, magari scevri di contenuti difensivi, non sarebbero stati ben più efficaci (e magari anche più economici) di quelli realizzati (ad es. la collocazione extrafamiliare). Non sembri contraddittorio ma nella imprescindibile necessità di personalizzare al massimo gli interventi occorre ricordare che la medicina deve fare riferimento a pratiche basate sulle evidenze. Quindi dobbiamo pensare ad un insieme di fattori in reciproca relazione sui quali le possibilità di intervento (tecnico-scientifici, etici, politico- sociali, organizzativi) possono essere assai diversi.

Infine, ogni azione di cura porta comunque a riflettere sulla costante necessità di una lotta alle povertà e allo stigma e su come, in ciascun percorso di cura, sia necessario sostenere i diritti, le opportunità, le possibilità evolutive della persona e la sua qualità della vita.

La rete per l'E-U (emergenza – urgenza) e il ruolo di transizione delle RTI-M

E' noto che una delle motivazioni che ha portato all'apertura delle RTI per minori è la difficoltà nel reperire di posti letto nelle situazioni di E-U. Questo implica alcune riflessioni sui concetti di urgenza, urgenza psicopatologica, emergenza, crisi.

<p>Urgenza: situazione di grave rischio per l'incolumità del paziente che necessita di trattamento pronto ed immediato</p> <p>Urgenza psicopatologica: richiede in primis una tempestiva valutazione diagnostica del quadro clinico della persona che pone a grave rischio l'integrità psichica e fisica del Sé; e successivamente è necessaria la valutazione delle relazioni tra il soggetto, la famiglia e il contesto, a come queste riescono a tollerare e gestire la sofferenza e il disturbo. Le condizioni psicopatologiche da valutare nelle situazioni di urgenza sono: a) aggressività fisica eterodiretta, comportamenti dirompenti e ingestibili, disturbi</p>

comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, autismo, discontrollo comportamentale o episodi psicotici acuti nei disturbi di personalità, abuso di sostanze e disturbi indotti da sostanze; d.d. con condotte criminali e antisociali, comportamenti manipolatori e strumentali; b) ideazione suicidaria e tentativo di suicidio (TS); c) psicosi acuta, mania acuta; d) ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, fobie scolari severe, isolamento, rituali e fobie complesse, disturbi da conversione; e) disturbi della condotta alimentare (DCA) in fase di rischio per la vita, intossicazioni acute da sostanze e/o alcolici, abuso e il maltrattamento.

L'emergenza si caratterizza per la rottura dell'equilibrio personale e sociale con un carattere esplicitamente relazionale, le cui radici sono nel funzionamento di tutto il nucleo (familiare o istituzionale). Questa sostiene la necessità dell'ascolto e una valutazione sistemica da effettuarsi in tempi brevi (in questo rientra spesso l'abuso e il maltrattamento).

Si avvicina al concetto di **"crisi"**, utilizzato dagli autori francesi, come momento temporaneo di mal funzionamento che altera l'equilibrio normale o patologico del soggetto, la cui evoluzione è aperta a differenti possibilità. Nelle situazioni di emergenza si possono quindi individuare due dimensioni distinte: una dimensione clinica, e una dimensione ambientale, rappresentata sia dall'incapacità dell'ambiente di gestire i comportamenti del bambino o dell'adolescente che dall'assenza o inadeguatezza delle risorse della comunità e dei servizi nell'intercettare, prevenire e prendersi carico del disturbo del minore prima che la gravità assuma le caratteristiche di acuzie.

Quindi urgenza, emergenza e crisi non sono sinonimi: le urgenze psicopatologiche sono piuttosto limitate come numero; l'emergenza è più frequente e rimanda a situazioni in cui l'elemento psicopatologico è presente accanto a problematiche familiari e psico-sociali. La crisi si riferisce alla rottura di un equilibrio che a volte porta a superare un blocco / stallo ed è aperto a differenti possibilità evolutive.

Abbiamo quindi una complessità di situazioni che richiedono interventi articolati, sanitari e sociali.

Già nel progetto di attivazione della RTI-M si erano definiti i limiti della residenza nell'E-U ed erano previsti posti letto dedicati in SPDC, SPOI, Pediatria. Infatti, una residenza sanitaria per quanto ben organizzata per il suo contesto (territoriale), la sua sede (normale abitazione), organizzazione (sanitaria monospecialistica) non può fare fronte a situazioni che richiedano:

- capacità diagnostiche differenziali (da realizzarsi in ambiti multispecialistici, con dotazioni strumentali, possibilità di avere consulenze in tempi reali);
- contenimento ambientale elevato di soggetti non collaboranti/violativi specie se non conosciuti, con elevati rischi auto lesivi.

Quindi l'E-U nei minori deve vedere la possibilità di un ricovero anche in ambito ospedaliero, in spazi adeguati. Raramente anche in TSO. Strumento che deve essere adottato come estrema ratio e per motivi sanitari molto precisi come indicato dalla legge 180, e stigmatizzabile, in quanto illegale, e utilizzato come pratica "pedagogica" nei confronti di soggetti violativi e ingestibili.

La presenza della RTI-M consente di rendere limitata la durata della degenza in ambito ospedaliero. Possiamo dire che questo risultato sembra essere raggiunto.

Oltre che alle condizioni di post-acuzie, la RTI-M è in grado di accogliere direttamente ragazzi in condizioni sub-acute che siano collaboranti e senza gravi rischi di fuga, atti auto e etero lesivi, meglio se già in cura presso i servizi di Npi.

La RT-M non è la sede per le accoglienze dei minori in condizioni che richiedono protezione per grave inadeguatezza dei genitori o di chi esercita le responsabilità genitoriali. Lo stesso vale per i minori stranieri non accompagnati, senza fissa dimora. Quando vi sia una sofferenza che richiede risposte psichiatriche specialistiche non fattibili in ambito territoriale, allora può essere indicato l'ammissione presso la RTI-M. Questa assicura osservazione, diagnosi, relazione, trattamenti nell'ambito di un progetto di cura che dovrà trovare continuità nel territorio.

Anche in RTI-M il paziente una volta stabilizzato va dimesso. Ogni ritardo per motivi extraclinici rischia di riverberarsi negativamente sul progetto. Secondo la DGR 911/2007, la durata della degenza in RTI-M fissata in 2-3 settimane appare troppo breve e sarebbe meglio portarla a un mese prorogabile, in modo motivato di un altro mese.

Il numero di ospiti di 8, e 1 posto per pronte accoglienze, risulta adeguato a mantenere un buon rapporto utenti/operatori. La maggior parte degli ospiti si colloca tra i 13-17 anni.

La rete delle strutture e il ruolo (di transizione) delle RTI-M

Al fine di dare uno sguardo di insieme conviene riportare le tipologie di strutture per minori previste dalla Regione Emilia Romagna.

Le strutture sanitarie (DGR 911/2007)

Residenze terapeutiche intensive per minori (RTI-M)
Residenze terapeutiche post acuzie per minori (RTP-M)
Strutture semiresidenziali terapeutiche/riabilitative

Le strutture socio educative secondo DGR 1904/2011 e modifiche DGR 1106/2014

Le strutture di accoglienza residenziali e semiresidenziali La presente direttiva definisce le seguenti tipologie:

strutture di tipo familiare

- comunità familiare
- comunità casa-famiglia multiutenza

strutture educative

- comunità educativa residenziale
- comunità educativa semi residenziale
- comunità educativo-integrata
- comunità educativo- integrata semiresidenziale

strutture di pronta accoglienza

- comunità di pronta accoglienza

strutture per l' autonomia

- gruppo appartamento

- comunità per l'autonomia
- strutture per gestanti e per madre con bambino**
- comunità per gestanti e per madre con bambino.

Le comunità che accolgono ragazzi dai quattordici anni possono stipulare convenzioni con il centro per la giustizia minorile, come previsto all'art. 10 del DLgs 272/89. È possibile l'inserimento di ragazzi di età superiore ai sedici anni in strutture per adulti nei casi in cui le caratteristiche personali del minore lo rendano opportuno, tenendo conto del preminente interesse del ragazzo stesso. L'inserimento verrà effettuato sulla base di specifico e motivato progetto dei servizi. Le strutture accoglienti sono tenute ad inviare semestralmente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minorenni gli elenchi dei minorenni accolti.

Come si vede le tipologie sono molto diversificate e probabilmente in grado di rispondere ai bisogni socio-educativi della comunità. Relativamente a quelli sanitari viene da chiedersi se siano adeguate, ben collegate ai servizi territoriali e come possano essere migliorate al fine di dare una risposta alle domande a quei casi molto complessi e con alto grado di alterazione comportamentale. E' necessario avere una precisa rete provinciale/aziendale e vedere i collegamenti con le strutture di area Vasta.

Va realizzato un monitoraggio preciso dei minori residenti in Regione Emilia-Romagna collocati al di fuori della famiglia (in Regione o extra regione). Al contempo sarebbe assai utile avere un monitoraggio della mobilità attiva extraregionale, cioè dei minori di altre regioni ospitati in strutture dell'Emilia-Romagna.

Costruire un sistema unitario per la salute mentale dei minori.

In NPIA vi è ancora un sistema ambulatoriale che in larga parte vede negli ospedali e nelle residenze luoghi di delega e non ambiti dove realizzare un percorso diagnostico terapeutico condiviso. Il tema della continuità delle cure e della strutturazione del sistema costituisce una sfida che va raccolta per diverse ragioni:

- a) l'area disciplinare è investita da un significativo incremento della domanda e dell'utenza in carico. Ad esempio nell'Ausl di Parma dal 2011 al 2015, le prime visite sono aumentate del 38% e dal 2014 al 2015 le prime visite registrano un incremento del 14 % e le persone in cura dell'11%;
- b) l'aumento delle tipologie e della complessità/gravità delle patologie trattate e la necessità di assicurare al compimento del 18° anno (quando di norma cessano le competenze della NPIA e la frequenza scolastica) la continuità del percorso di cura e del progetto di vita. Questo apre il tema delle possibilità di inserimento lavorativo, del reddito e della gestione della quotidianità che spesso si traduce in una protratta convivenza familiare in assenza di sbocchi esterni;
- c) il rapporto con gli Enti locali (servizi sociali, ASP) che oltre alle competenze consolidate vede, a seguito della DGR 1102/2014, la necessità di condividere scelte relative alle modalità di tutela dei minori e pertanto implica una visione unitaria degli interventi, sanitari e sociali. In provincia di Parma abbiamo 30 strutture socio

educative con 224 posti. I minori seguiti dalla NPIA collocati fuori famiglia sono 66: 52 nelle strutture provinciali e 14 in quelle extraprovinciali (20% degli allontanati).

d) il rapporto con la scuola che diviene la sede nella quale si concentrano un insieme di problemi (che rischiano di essere psichiatrizzati) mentre sembrano ridursi le opportunità e le risposte educative-didattico-pedagogiche (specializzate);

e) il rapporto con le famiglie (la cui composizione è molto variata e che presentano maggiori fragilità) e i contesti sociali formali e informali che faticano ad offrire modelli educativi e di crescita-autonomia quando predominano povertà di vario tipo (economiche, affettive, culturali, relazionali ecc.). A questo si aggiungono le forme di violenza, neglect e le separazioni conflittuali con contese dei minori.

Queste riflessioni richiedono un ripensamento complessivo, tralasciando la questione dell'area disciplinare NPIA, volto a:

a) rivedere la *vision* di fondo che sappia coniugare le competenze tecniche-scientifiche aggiornate (specializzazione, diagnosi precoce ecc.) con un approccio che eviti la medicalizzazione e ancor più la psichiatrizzazione del disagio, i percorsi di esclusione della diversità, l'affidamento esclusivo alla sanità delle persone con disturbi mentali;

b) promuovere una cultura della prevenzione, di sostegno delle capacità genitoriali e della valorizzazione dei contesti informali e di prossimità volta a prevenire e limitare le collocazioni extrafamiliari che quando devono avvenire si devono realizzare (salvo giustificati motivi) in ambiti di prossimità (massimo provinciali) tali da preservare il più possibile le relazioni significative e la continuità delle attività di cura sociali e sanitarie.

c) pensare a modelli organizzativi in grado di coniugare territorialità e specializzazione; il che significa avere riferimenti a geometria variabile (attività di prossimità, distrettuali, aziendali, di AVEN, regionali) e con collegamenti con i centri nazionali di eccellenza, in particolare per determinati PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale).

Inserire in questo modello le realtà che già collaborano con l'Ausl come cooperative, privato ecc. e costruire una serie di soluzioni territoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedaliere.

A questo proposito credo sia indispensabile l'integrazione con NPIA di Azienda Ospedaliera-universitaria. Un'altra variabile importante è rendere sistematico il coinvolgimento dei PLS/MMG (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta).

d) prendere in mano con determinazione la questione del passaggio all'età adulta definendo un servizio specifico in ambito distrettuale con una componente sanitaria (in grado di favorire la cura presso la Casa della Salute) e sociale (progetto di vita e sostegno alle famiglie). Facilitare la presa in cura degli adolescenti nei CSM.

Transizione non come staffetta ma come periodo nel quale sia NPIA che la Psichiatria Adulti uniscono le forze (collaborino strettamente, condividano informazioni, lavorino insieme, assicurino periodi di cure parallele), ed effettuino il massimo sforzo per ottenere i migliori risultati possibili in termini di salute e funzionamento.

e) Va qualificata la rete socio educativa (monitorando attraverso il Cruscotto i minori collocati fuori famiglia) e vanno sviluppati interventi innovativi (Budget di salute).

f) Va migliorata la cultura della relazione e della collaborazione/condivisione tra professionisti dei diversi ambiti per costruire insieme sicurezza/tutela senza scadimenti difensivi. Al contrario va favorita l'accessibilità ai servizi specie degli adolescenti.

g) Coinvolgere attivamente i giovani nella progettazione dei servizi e l'erogazione di cure (sostegno dei coetanei, terapia di gruppo, gruppi di autosostegno), valutazione e monitoraggio dei servizi (carta dei servizi gli orari di apertura, i programmi terapeutici).

Costruire un modello operativo per la salute mentale dei ragazzi e adolescenti nella comunità

Antonella Squarcia

Responsabile dell'Unità operativa di Psichiatria e Psicologia clinica Infanzia e Adolescenza Ausl di Parma e della Residenza terapeutica intensiva e post-acuzie per minori AVEN.

La finalità della giornata organizzata dalla RTI-P M AVEN San Polo è quella di raccontare la nostra esperienza, nella ricerca di una fattiva collaborazione nel rispetto del diritto di continuità di cura, accessibilità alle risorse, dovere di appropriatezza clinica-terapeutica nella sofferenza psicopatologica nell'età evolutiva.

Condivisione, a più di due anni dalla sua apertura, sentita indispensabile data l'unicità del tipo di Struttura (sia perchè interamente pubblica, sia per il tipo di prodotti erogati) ma anche per la costante necessità di trovare nuove (e differenziate) regole e procedure, nuove modalità di riflessione comuni per definire meglio la professionalità e la cultura della residenza, in modo più adeguato alla realtà in cui si opera (modifiche strutturali, organizzative, formative e della composizione dell'equipe incentrate sulle funzioni di relazione e collegamento) .

La RTI-P M AVEN San Polo è un struttura sanitaria che accoglie 8 talvolta 9 minori, maschi e femmine, di età compresa tra i 10 e i 18 anni, con disturbi psicopatologici per progetti ad alta intensità di cura che possono durare a seconda del tipo di trattamento residenziale attivato fino ad un mese (RTI) o fino ad un anno (RTP).

La condizione che dà origine alla richiesta di erogazione del nostro intervento si verifica quando un **clinico del territorio**, all'interno della sua presa in carico, valuta che il paziente per motivi di gravità non può essere in quel momento specifico trattato ambulatorialmente.

Situazione che, in età evolutiva non dipende solo dalla diagnosi nosografica, ma da una complessa valutazione di funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema e tiene conto del grado di perturbazione del percorso di sviluppo, dell'urgenza dell'intervento, della prognosi a distanza, delle necessità assistenziali e delle ricadute sul funzionamento complessivo.

Fatta questa valutazione, per quella specifica fase, il clinico attivando il percorso residenziale sceglie uno spazio dove continuare il proprio progetto sanitario in cui effettuare contemporaneamente interventi ad alta intensità di cura di tipo diagnostico,

farmacologico, medico-internistico, infermieristico, psicoterapico, abilitativo, educativo, socio assistenziale globale. Intervento che vede il clinico territoriale attore protagonista insieme all'equipe residenziale in tutte le scelte terapeutiche e di progetto che riguardano il paziente per tutta la durata del ricovero.

Gli interventi messi in atto nella RTI-P M AVEN San Polo, secondo l'approccio biopsicosociale multidimensionale, si realizzano sulla base di linee guida clinico-assistenziali validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale individuate anche grazie alla formazione, collegamento, supervisione dei colleghi dell'Istituto a carattere Scientifico e Ricerca Fondazione "Stella Maris" di Pisa, una struttura d'avanguardia per l'assistenza, per il recupero e per la ricerca sulle devianze dello sviluppo e sulle disabilità dell'infanzia e dell'adolescenza.

Nella RTI-P M AVEN San Polo si realizzano progetti terapeutici individualizzati ad alta intensità di cura e su situazioni gravi in "sicurezza" in quanto o solo perchè la stessa è inserita all'interno del servizio sanitario pubblico, della rete dipartimentale, aziendale e interaziendale (AOU di Parma) che ci accompagna in un sottofondo non visibile ma su cui possiamo fare costantemente riferimento e che al nostro fianco interviene ogni volta si renda necessario.

Come in ogni altro contesto sanitario ad alta intensità di cura viene effettuata la testistica specialistica, gli esami di laboratorio, la valutazione internistica, la somministrazione farmaci

Questi interventi a San Polo sono calati nella convivenza dell'ospite con l'equipe curante e con gli altri ospiti e nella costante interazione ed integrazione con il mondo esterno e quindi calati in una dimensione dove avvengono anche tutta una serie di altri atti terapeutici e di processi che sono insiti nella residenzialità.

Il modello clinico assistenziale utilizzato, si realizza infatti in un contesto residenziale inteso proprio come luogo in cui si abita. Il nostro luogo è "abitato" da un'equipe sanitaria con specializzazione neuropsichiatria infantile formata da 19 professionisti (su tre turni di presenza) e dagli ospiti che sono i nostri pazienti ma anche dalle loro famiglie e dai loro clinici territoriali.

Il trattamento oltre ad essere una stabilizzazione del quadro clinico, puntualizzazione diagnostica e farmacologica in ambiente protetto, ridefinizione del percorso terapeutico diventa così, in questo tipo di contesto, un complessivo ritratto dell'ospite e del suo funzionamento globale che tiene dentro tutti i diversi aspetti del sistema. Ritratto che è frutto di sacrifici (per i ragazzi, le famiglie, per l'equipe residenziale, per il sistema sanitario), ma che ricerca benefici nella presa in carico e nella continuità di cura complessiva.

Ricovero-Ritratto che non vuole rimanere un episodio singolo ma fase di passaggio alla probabile, possibile guarigione, ricordando che in età evolutiva a differenza dell'adulto, la regressione può essere prodromica ad una maturazione evolutiva.

Questo è possibile tenendo presente che gli obiettivi terapeutici del ricovero si raggiungono attraverso l'attenzione alle funzioni implicite al ricovero stesso (la relazione e il collegamento) che poggiano sulla consapevolezza della loro importanza, sulla consapevolezza del limite e sulle dinamiche intrapsichiche di tutti gli attori e sulle dinamiche delle interazioni tra "soggetti".

Le funzioni implicite del ricovero diventano sottofondo necessario per raggiungere gli obiettivi perché sono l'avviare una relazione potenzialmente terapeutica tra paziente ed equipe curante da prolungare nel rapporto con il servizio territoriale e nella realtà sociale.

Innanzitutto la relazione con il paziente nella Residenza ha la funzione primaria di valutare realisticamente la condizione clinica e proporsi come garanzia per un recupero di contrattualità.

La valutazione clinica terapeutica, il processo osservativo, si declina ponendo molta attenzione all' "interazione tra soggetti" dove la relazione, diventata valutazione e trattamento, e significa durante il ricovero ogni interazione con gli operatori, gli altri pazienti, le attività e i luoghi del ricovero...

La valutazione è composta quindi da innumerevoli atti osservativi che sono però soggettivi e per questo devono arricchirsi con il confronto tra gli operatori che deve essere frequente ed esteso, e confronto che deve poggiare sulla consapevolezza del limite e sulla conoscenza delle dinamiche intrapsichiche di tutti gli attori e sulle dinamiche delle interazioni tra "soggetti".

La funzione della relazione con il paziente vuole riavviare una relazione e passa da accudimento, accoglienza, tolleranza, decisione, ridefinizione delle regole, stimolo alla responsabilità, mediazione/transizione, oscillazione tra differenziazione/indifferenziazione, attività/passività, simbolico/concreto....

Funzione che la residenza declina attraverso setting gruppali e multipli per garantire un ambiente, un clima né troppo regressivo né troppo stimolante, una realtà positiva, facilitante e vicariante, in grado di compensare le fratture e le carenze delle "crisi" e della patologia.

Ma contestualmente gli obiettivi terapeutici si raggiungono attraverso la funzione di collegamento con la famiglia, con la società, con le agenzie sociali e sanitarie. Un ricovero consente (ed impone) una continua mediazione anche con l'ambiente esterno ed i suoi vari agenti.

La funzione del collegamento si esprime attraverso la capacità dell'equipe di sollecitare un confronto tra le parti (con il paziente e del paziente con i familiari, le agenzie sociali e sanitarie), allontanate e conflittualizzate dalle spinte centrifughe indotte dall'acuzie patologica.

Il collegamento trasversale durante un ricovero è finalizzato alla tenuta dei singoli soggetti e delle agenzie che si muovono attorno al paziente "critico" e al ripristino del reciproco riconoscimento. Il ricovero permette una "pausa" agli operatori del territorio..."riflessione"... e ridefinizione del progetto terapeutico.

Valenza evolutiva longitudinale che consente di "storicizzare" l'emergenza nel percorso vitale del paziente.

Il metodo ha al centro la ricerca del benessere psichico, metodo che si declina attraverso l'attuazione di progetti che a loro volta utilizzano strumenti terapeutici in capo alla residenzialità, Residenza che diventa contenitore degli agiti disturbati e disturbanti, del caos interno al soggetto, delle scissioni e dissociazioni, aspetti che si incontrano e "scontrano" con azioni terapeutiche veicolate, oltre che dagli interventi specifici programmati, dalla quotidianità stessa della residenza e quindi dall'equipe, dal gruppo dei pari e dalla costante interazione ed integrazione con il mondo di provenienza e di destinazione.

Attraverso gli interventi scelti per questa giornata cercheremo di condividere che cosa rappresenta per il nostro sistema curante la RT nel processo di cura e evolutivo dei pazienti, cercheremo di condividere il modello che a noi permette l'osservazione-

valutazione, il trattamento e la restituzione di tutti i segnali, emozionali, relazionali e corporei e di pensiero degli ospiti.

Approccio e percorsi e primi dati di attività.

Cinzia Dallatana

Coordinatore RTI/P-M AVEN San Polo AUSL Parma

La RTI/P-M AVEN San Polo, attivata nell'ottobre 2013, è una Unità Operativa Semplice dell' UOC NPIA (Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Azienda AUSL di Parma. Questo tipo di struttura è unica nel suo genere, in quanto pubblica.

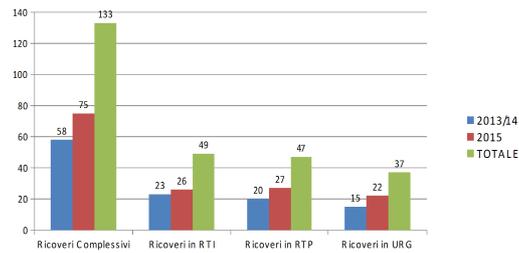
L'RTI è stata istituita a seguito di una ricognizione delle strutture sanitarie per minori affetti da disturbi psichici della RER (Regione Emilia-Romagna). Stante l'entità del fabbisogno e coerentemente con le indicazioni delle valutazioni realizzate, la struttura accoglie fino ad un massimo di 9 ospiti e ha valenza sovra-aziendale.

Il mandato ricevuto dalla RER e per il quale la struttura è stata accreditata prevede di offrire un trattamento residenziale per soggetti affetti da quadri patologici psichiatrici di età compresa tra i 10 e i 17 anni, sia nella fase di emergenza-urgenza (RTI-M) che nella fase di post-acuzie (RTP-M).

Il personale comprende un medico neuropsichiatra infantile, un medico psichiatra, una psicologa/psicoterapeuta, otto infermieri, tre OSS. Queste figure ruotano sulle 24 ore ricoprendo i tre turni a cui si aggiungono quattro educatori che ruotano sui turni diurni. Nella Struttura sono presenti sempre almeno due operatori contemporaneamente. La Residenza usufruisce del sistema di E-U del DAI-SMDP: uno psichiatra a supporto è quindi disponibile e attivabile 24 ore /24 e un infermiere è attivabile in aggiuntiva nelle ore notturne e nei festivi.

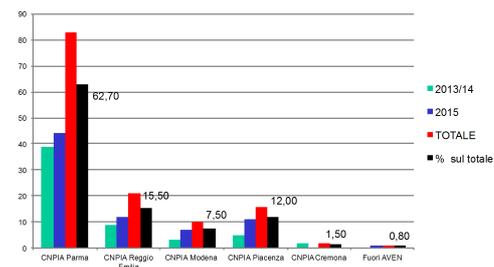
Dal 2013 ad oggi abbiamo avuto 123 ricoveri suddivisi in intensivi, post acuzie e in urgenza. Le provincie di provenienza sono per il 62% del nostro territorio e il resto dalle provincie di AVEN (Area Vasta Emilia Nord) e in minima parte da provincie fuori AVEN. Gli ingressi per il 22% provengono da reparti di urgenza, per il 48% dal domicilio, per l'8% da comunità e un solo caso dal carcere minorile di Bologna e il resto da RTI. Al nostro interno ci sono dei percorsi che passano da RTI a RTI-P per esigenze cliniche.

Ricoveri totali



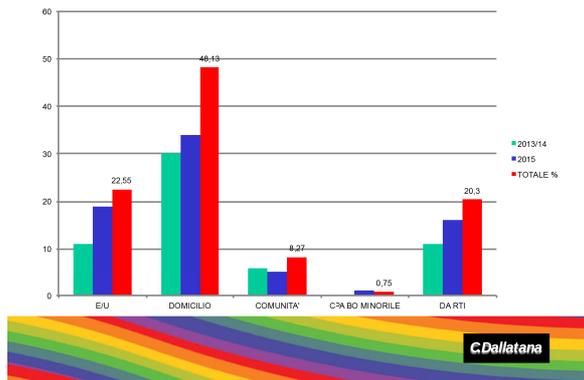
Le provincie di provenienza sono per il 62% del nostro territorio e il resto dalle provincie di Aven e in minima parte da provincie fuori AVEN.

Provincie di provenienza

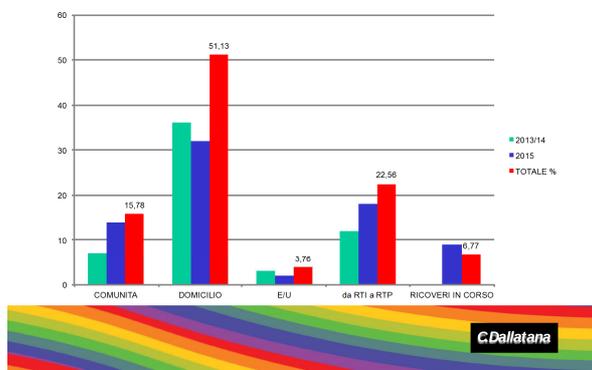


Gli ingressi per il 22% provengono da reparti di urgenza, per il 48% dal domicilio, per l'8% da comunità e un solo caso dal carcere minorile di Bologna e il resto da RTI. Al nostro interno ci sono dei percorsi che passano da RTI a RTI-P per esigenze cliniche.

ingressi

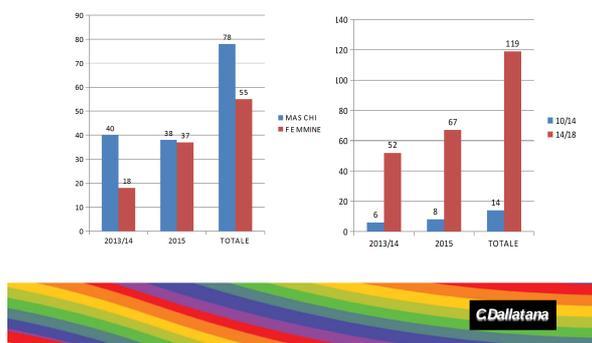


dimissioni



Il 58% degli ospiti è di sesso maschile e per il 10% gli ospiti avevano un'età inferiore ai 14 anni.

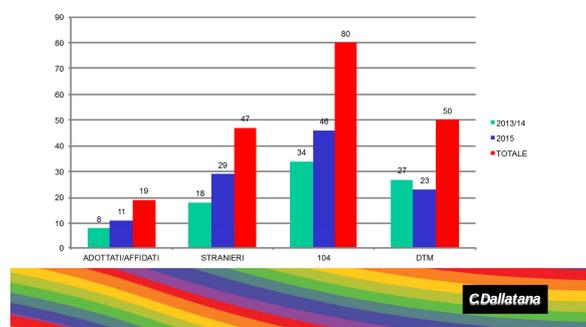
Ricoveri suddivisi per genere ed età



Volevo sottolineare che, per quanto riguarda i ricoveri in urgenza, al contrario che per tutti gli altri invii, per cui si fa un lavoro di preparazione all'ingresso, per questi non è possibile. Ciò aumenta la difficoltà nell'affrontare anche questa tipologia di ricovero. In questo caso ci attiviamo andando in ospedale per conoscere e per provare a programmare già preventivamente quella che potrà poi essere una progettazione sul ricovero a San Polo.

Altri dati riguardano la tipologia di paziente che arriva da noi. Circa il 10% sono adottati o in carico a famiglie affidatarie. Il 24% sono stranieri. Il 40% sono tutelati dalla legge 104/1992 e nel 25% è coinvolto un tribunale per i minori.

Epidemiologia descrittiva



Dei pazienti dimessi il 22% ha continuato un percorso di cura all'interno di comunità educative o terapeutiche integrate. Il 73% è stato dimesso al proprio domicilio e ha continuato il proprio percorso di cura sul territorio. Il 4% dei pazienti è stato dimesso in regime d'urgenza.

Tutti questi dati non spiegano realmente qual è la complessità del lavoro di cura che si svolge all'interno della residenza.

Un paziente ha detto una volta a un operatore: "Voi siete tutti diversi e discutete sempre molto ma per noi siete una catena". Mi piace pensare che la nostra organizzazione sia come una catena circolare in cui ogni anello rappresenta un operatore diverso che con la propria specificità e professionalità unicamente e coerentemente guarda sempre al centro verso il ragazzo.

Ora vorrei parlarvi di un momento fondamentale dei percorsi che i nostri ragazzi fanno a San Polo: l'ingresso. Prima dell'ingresso il clinico territoriale, contatta telefonicamente il responsabile della Struttura e condivide la valutazione e la storia clinica del paziente. Qualora si concordi sull'opportunità di un ingresso e ci sia la disponibilità di posti (noi abbiamo una cruscotto, una lista d'attesa trasparente che viene mandata mensilmente ai rappresentanti del gruppo di monitoraggio AVEN) l'inviante compila una scheda d'invio che dettaglia la situazione e dove esplicita la richiesta, il tipo di ricovero, la durata e gli obiettivi di quest'ultimo. La scheda d'invio viene condivisa con l'equipe per comprendere che tipo di disturbo e di necessità avrà il nuovo ospite in modo da preparare il gruppo ospiti e operatori al nuovo ingresso.

Prima dell'ingresso, solitamente l'inviante e la famiglia e l'ospite vengono in residenza per un incontro, alla presenza di una micro equipe (medico, se possibile la psicologa e almeno un operatore del comparto) dove oltre a condividere i tempi e gli obiettivi sanitari, si condividono anche i modi. Ovvero la vita e le regole della struttura. E' fondamentale che questo punto venga condiviso sia con gli invianti che con le famiglie.

Al momento dell'ingresso l'ospite e la sua famiglia firmano un contratto dove "accettano" le regole di convivenza della residenza. Il ragazzo accetta di essere senza i genitori, lontano da casa, di non utilizzare il cellulare, di vivere in gruppo, di partecipare alle attività previste (che per ogni paziente sono in parte individualizzate)

all'interno della residenza, accetta di alzarsi entro un certo orario, che le visite e le telefonate siano regolate e le uscite in autonomia quasi sempre assenti. Un'altra regola che va condivisa con il paziente è che solitamente la prima settimana il percorso sarà a basso stimolo, non saranno fatte uscite con il gruppo e la partecipazione alle attività anche interne verrà decisa dall'equipe dando la precedenza alle valutazioni cliniche strutturate e alla conoscenza dell'ospite. Ben diverso è per il 25% dei ricoveri, per cui il ragazzo, stante la necessità-urgenza, arriva "improvvisamente" nel nostro spazio. A partire dagli ultimi mesi, per quanto concerne i pazienti della nostra provincia, sono i medici stessi, che insieme agli operatori della residenza si recano in ospedale e in quella sede fanno delle ipotesi rispetto al tipo di progetto spostando così la sede del "contratto" iniziale con il ragazzo dalla comunità al luogo del ricovero.

Un altro punto che vorrei toccare è quello della complessità organizzativa del gruppo dei ragazzi, determinata dai numerosi fattori tra cui l'accoglienza contestuale di maschi e femmine e di soggetti di età molto variabile che necessitano di percorsi tra loro differenziati. Questo si traduce nel dover modificare e seconda del gruppo gli spazi fisici.

Questa variabilità ha ricadute molto più complesse sul percorso del gruppo, a cui seguono necessarie ristrutturazioni che variano in base proprio all'assetto del gruppo degli ospiti stessi, specialmente in tutte le attività semi strutturate e ludico-ricreativo (scelta del film nella per il cineforum o cinema, uscite, temi da trattare nel gruppo giornaliero ospiti-operatori...). Questa complessità richiede all'équipe un pensiero da un lato complessivo dall'altro su binari paralleli.

Ultimo punto che toccherò riguarda la dimissione. La maggior parte dei pazienti torna al domicilio rispetto a una piccola quota che necessita di un ambiente ospedaliero per acuzie. Le dimissioni sono un momento molto importante che ovviamente si costruisce insieme. Come è stato detto, il nostro trattamento è una parte, una fase, della presa in carico del territorio.

Durante il ricovero spesso cambiano i progetti di cura dei pazienti, si individuano nuove necessità terapeutiche e il territorio deve quindi alla dimissione essere pronto a riaccogliere e portare avanti i nuovi percorsi.

Questo è reso possibile dagli incontri programmati con la famiglia e con gli invianti e dalla condivisione di quanto emerge durante il ricovero. Negli incontri si esplicitano le valutazioni ed insieme si fanno ipotesi rispetto alla prosecuzione della cura.

La dimissione è anche resa possibile dal costante accompagnamento che gli operatori fanno, garantendo la continuità, in particolare con le famiglie nei momenti non strutturati, per esempio quando vengono in visita nei giorni festivi, quando li vengono a prendere e a riportare dai permessi, confrontandosi così sulle modalità relazionale e anche di accudimento che stanno risultando più efficaci per l'ospite in quella fase. Passaggi importanti che poi vengono condivisi nei momenti giornalieri con i clinici.

I passaggi da RTI a RTP che sono una quota significativa è solitamente un passaggio per necessità cliniche.

Abbiamo avuto solo tre casi di auto dimissioni e raramente i clinici e l'equipe della residenza non erano d'accordo con gli invianti e/o le famiglie rispetto alla prosecuzione o all'interruzione del trattamento.

Allegato

RTI-M San Polo di Torrile

Rappresenta una struttura specialistica molto complessa e di eccellenza con riferimento l'Area Vasta Emilia Nord. I dati di funzionamento (numero dei ricoveri è aumentato, l'indice di occupazione) ha pienamente raggiunto gli obiettivi.

	2014	2015
Ricoveri Complessivi	42	81
Ricoveri in RTI	36	51
<i>Di cui RTI accolti in Urgenza</i>	3	11
Ricoveri in RTP	19	30
<i>Di cui provenienti da RTI</i>	13	21

Ricoveri suddivisi per provincia di provenienza (tra parentesi il dato 2014)

	Ricoveri totali	RTI	RTP	GG di degenza
CNPIA Parma	47 (23)	30 (22)	17 (9)	653 RTI 951 RTP
CNPIA Reggio Emilia	12 (9)	8 (9)	4 (4)	198 RTI 112 RTP
CNPIA Modena	8 (3)	3 (1)	5 (2)	65 RTI 186 RTP
CNPIA Piacenza	13 (5)	10 (5)	3 (1)	140 RTI 146 RTP
Fuori AVEN	1 (2)	0	1 (2)	48 RTP
TOTALE	81	51	30	1056 RTI 1443 RTP

Dettaglio dei ricoveri CNPIA Parma per distretto di provenienza

Ricoveri suddivisi per distretto di provenienza	Ricoveri totali	RTI	RTP	RTP provenienti dalla RTI
CNPIA Distretto Parma	37	24	13	13
CNPIA Distretto Sud/Est	3	2	2	1
CNPIA Distretto Fidenza	7	4	2	2
Totali	47	30	17	16

Analisi ricoveri in RTI	
Giornate degenza complessiva	1056
Media giorni di degenza	20,7
Indice Occupazione letti	72,3 %

Analisi ricoveri in RTP	
Giornate degenza complessiva	1443

Media giorni di degenza	48,1
Indice Occupazione letti	98.8 %

Resiedere e basi (sicure) per riprendere il viaggio: vissuti e psicopatologia

Matteo Rossi

Psichiatra. Dirigente Medico Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell' Ausl di Parma.

TRE PEZZI PER SAN POLO

A cura di Matteo Rossi

La relazione esposta al convegno era stata costruita su una trama di immagini proiettate e pensata per una interazione visiva. Si è scelto di riscriverla completamente affidandosi a immagini della parola scritta, qui partendo da quelle donateci da cantautori. Resta immutato il proposito di avvicinarsi al mondo della vita dei nostri pazienti.

*...e anche il treno da Torino è un treno di pianura
però dovrà arrivare in questi posti davanti al mare
con questi cieli sopra il mare
fin da Pavia si pensa al mare
sin da Alessandria si sente il mare
dietro una curva improvvisamente il mare...³*

(I. Fossati)

³ “Questi posti davanti al mare” dall'album “La Pianta del Té” 1986 - I. Fossati

Dietro una porta improvvisamente il tuo volto, Marta. L'apparizione del tuo volto, ad ascoltarla, è una folata di vento che scompiglia a mezz'aria carte, email, diagnosi, telefonate che noi "Psi" ci siamo scambiati preparando il tuo inserimento in Residenza con le attenzioni di "clinici-macchinisti": monitorando i tabelloni arrivi e partenze del nostro gruppo ospiti, premunendosi di far salire sul treno del ricovero i familiari e le persona per te importanti, di trovare un posto per la tua valigia certo, ma soprattutto per la tua storia. Che alla tua storia, Marta, dedichiamo un trattamento speciale: accomodandola appropriatamente in tante e sempre rinnovate carrozze quanti siano gli assi e gli items, le scale e le sottoscale del momento. Così prima di incontrarti sei stata nell'orizzonte dei nostri pensieri (*fin da Pavia si pensa al mare*). E come un vento marino spintosi tra le valli ci presentifica un mare lontano, noi nelle parole e negli scritti di chi ti ha conosciuto ti abbiamo pre-sentita (*fin da Alessandria si sente il mare*). Il tuo arrivo era programmato da tempo, data e ora prestabiliti; eppure l'apparizione del tuo volto non è avvenuta sul binario atteso: l'esperienza vissuta di un primo incontro, per quanto preparata, nel suo accadere ci accade improvvisamente come esperienza non pre-vedibile (*dietro una curva improvvisamente*) e come esperienza con il non commensurabile (*dietro una curva improvvisamente il mare*): il mare del tuo volto. I nostri standardizzati strumenti rilevatori di presenza umana erano da tempo tutti accesi, tarati, puntati su di te, ma nessuno ha registrato l'attimo del tuo ingresso nelle nostre vite. Forse il volto umano possiede l'arte segreta di un Arsenio Lupin nell'entrare nel caveau delle nostre coscienze, nell'inafferrabile afferrarci, nel lasciare nel campo visivo delle scienze questo punto cieco dato dall'ingresso di un'esistenza in un'altra.

Così il mare di un volto ci colpisce come irriducibile alterità che si dà compiutamente e finalmente qui e ora: "Così eccoti finalmente! Questa sei tu...alla fine questo è il tuo volto!". Volto dell'altro, stazione destinale d'ogni nostro viaggio. Il mare di un volto ci colpisce come inestinguibile eco di ulteriorità, che ancora non si dà qui e ora, chiamandoci altrove: "Eccoti sì finalmente...ma il tuo volto mi richiama oltre: dove sei davvero Marta?". Volto dell'altro, stazione di incessante origine d'ogni nostro viaggio.

Sento, Marta, che la tua sola presenza qui davanti a me soffia qualcosa che si fa strada oltre le grate anamnestiche, che sfugge ai reticolati diagnostici. Affidandomi ai tuoi occhi, i tuoi occhi diventano occhi-per-me, nuovi, mai visti nella mia vita. Si allentano i cordoni che mi tengono aggrappato alla parete del mio ruolo. In questo battito di vuoto⁴, posso avvertire l'attrazione gravitazionale di un'altra terra: quella dell'accordatura delle nostre voci, dei giochi d'ombra dei nostri gesti, dell'affacciarsi di raggi tra le foglie, di oscurità non attraversabili. La terra inesplorata della nostra relazione nascente. La terra del possibile stupore, dove t'incontro e t'incontrerò anche nei miei primi incontri e nella mia di adolescenza. La terra della possibile lacerazione, dove ti perdo in ciò e in chi perdo e ho perduto. Di fronte ai nostri dolori sento

⁴ Sull'esperienza vissuta e l'utilizzo dell'epoché in Psichiatria: "Il vissuto del vuoto: tempo, affetti, cambiamento. Per una fenomenologia dell'epoché" Gilberto Di Petta. Rivista "Comprendre" n. 21, 2010-2

nuovamente il rassicurante peso sulle spalle di tutta l'attrezzatura clinica della nostra equipe. Ma ora, ora che siamo all'inizio del nostro viaggio, non mi affanno nella ricerca di quale strumento clinico sia più consono utilizzare per primo, o meglio credo che essere-nell'incontro ne sia il primo e quello irrinunciabile. Come Olivier Follmi, fotoreporter: “quando arrivo in un villaggio, non porto mai la macchina fotografica appesa al collo, resta nello zaino. Mi riposo in mezzo al villaggio e, quando un bambino si avvicina, gli faccio qualche gioco di prestigio. Poco per volta, le persone del villaggio mi vengono intorno e ci divertiamo tutti insieme. Mi piace la magia come linguaggio che fa a meno delle parole e parla a tutte le generazioni”⁵. Entro nel tuo mondo Marta lasciando l'ICD-10 e il DSM V nel fondo dello zaino, disposto a vivere in prima persona un cambio di prospettiva, a lasciarmi stupire anche dal tuo dolore prima di trovargli un nome. Ogni forma di stupore è sempre ciò che, fiorendo o lacerando, accade prima delle parole, ma anche ciò che può dare loro vita, ciò che richiamerà a marea e farà accadere le parole. Quelle più autentiche, quelle figlie del nostro stesso incontro, non quelle pre-scritte. Non dimenticherò così di continuare a prendermi cura dello stupore, inavvertito o tracimante, del nostro incontro, Marta. Lavorandone i semi duramente e quotidianamente come un contadino, sentendone e assumendone fino in fondo la dimensione etica, la responsabilità: questa forma di incontro non è accessoria o distraente dal compito di cura, ma rappresenta uno degli atti di suprema attenzione all'altro⁶ nella sua unicità.

*...a me la città vecchia mi sa di nostalgia
camminiamo fra la gente che cammina
e Maria con lo sguardo mi dice - andiamo via -
e i suoi occhi sono occhi più di prima...⁷*

(Gian Maria Testa)

Il primo colloquio è terminato, sei uscita dalla stanza, Marta. Ma la tua presenza vi risuona ancora e sento perdurare un momento in cui i tuoi occhi mi sono apparsi occhi più di prima. Ho davanti il modulo stampato verde dell'esame psichico: cosa scriverò del tuo sguardo? I tuoi occhi hanno percorso senza tregua avanti e indietro il pavimento della stanza, mentre l'Assistente Sociale enumerava le tue fughe e le tue crisi nell'ultima Comunità in cui hai vissuto. Scriverò allora che il contatto oculare è stato scarso, evitante? Come lo si misura il contatto oculare? Solo con il tempo dell'orologio? Non può un solo sguardo perdurare il tempo vissuto di una vita? Non può un solo sguardo, intenzionalmente o in modo arreso, offrire di un'esistenza uno squarcio più profondo di un intero colloquio di occhi che si intercettano, ma non si incontrano, come quando *camminiamo tra la gente che cammina*? Come quando

⁵ “Consigli di un fotografo viaggiatore” di Olivier Follmi. Contrasto 2010

⁶ Sull'appartenenza dello stupore all'ordine dell'attenzione e della responsabilità, come su tutta la trama inerente lo stupore su cui poggia questo scritto il riferimento è al piccolo e luminoso testo del filosofo Silvano Petrosino “Lo Stupore”, Interlinea Edizioni, 1997.

⁷ “Maria” dall'album “Montgolfieres” 1995 – Gianmaria Testa

Marta, nel momento in cui ti si stava parlando delle regole della Residenza, tu hai rialzato il capo, hai guardato dritto negli occhi e dritte sono arrivate le tue parole: “è da quando ho sei anni che vivo nelle Comunità!”. Pum!

Cosa mi ha colpito e attraversato del tuo sguardo e delle tue parole? Certo, un fulmine emozionale. Ma da dove è scaturito? Proprio laddove i tuoi occhi sono divenuti occhi più di prima, letteralmente. I tuoi occhi erano già lì, a disposizione, eppure in quel momento è come fossero nuovamente apparsi come fenomeno per la prima volta sulla scena del mondo⁸. Il tuo sguardo ha vibrato all'unisono con le tue parole e ha come rivelato un mondo. Se una qualità essenziale degli occhi, (se “l'occhietà” degli occhi) risiede nella possibilità di divenire accesso, riflesso del mondo interiore, allora sì, Marta, è in quel momento che i tuoi occhi sono diventati occhi più di prima. Ritorno a quel momento preciso allora, come nei pressi di un accesso intravisto, cercando di *lasciarlo essere ancora*, mantenendo aperto l'interrogativo: chi mi è apparsa in quel momento, Marta? Quale modo di essere-al-mondo? Senza l'assillo di concludere questa ricerca come fosse un problema di matematica, lavorando anzi in direzione contraria: per lasciarla sempre aperta, rinnovandola a ogni nostro incontro, a ogni tuo incontro con l'altro in queste giornate: con ogni operatore, ogni ospite, familiare, amico... Tornerò più volte lì, con ostinazione, come in un *esercizio*⁹ fisico vitale. Il paesaggio della tua presenza Marta, in questo intreccio di incontri nella nostra Residenza, si vivifica giorno per giorno, evoca immagini, alcune tornano sullo sfondo, una un giorno mi si accampa in primo piano: quella del volto di una giovane combattente Curda che mi ha guardato da una foto alcuni mesi fa.¹⁰ E questo sguardo sento che mi parla profondamente di te, come un profumo rivissuto schiude un mondo, provoca un nuovo arretramento delle parole davanti all'evidenza di un'immagine, allo stile di un'apparizione, al modo di presentarsi di un'esistenza, al modo di essere-al-mondo di una persona: al tuo *mondo della vita* (corpo, spazio, tempo e alterità vissuti, progetto di mondo). I sentieri, i crinali, i guadi fenomenologici quando conducono agli accessi al mondo della vita dei nostri pazienti non hanno nulla dell'aria rarefatta della speculazione filosofica¹¹. Di contro l'aria è più densa: ci si ritrova come *piantati* nelle condizioni ambientali quotidiane del nostro paziente. Accedere al mondo della vita assomiglia all'esperienza vissuta nel praticare le visite domiciliari: una volta che si entra per la prima volta in una casa, in una stanza che parla, urla, di solitudine, di bisogni materiali, di una travagliata intimità

⁸ Sul concetto di fenomeno si fa riferimento al paragrafo “Il dono del fenomeno” nello scritto “Prospettive Antropofenomenologiche” di Lorenzo Calvi. Trattato Italiano di Psichiatria. Masson 1999

⁹ Sulla fenomenologia come esercizio, prassi concreta psicofisica, si rimanda all'approccio di Lorenzo Calvi. Cito un passaggio di Gilberto Di Petta nell'introduzione di “La coscienza paziente” di L. Calvi. Giovanni Fioriti Editore 2013: “in nessuna fase l'esercizio fenomenologico è puramente rappresentazionale o simbolico. Qui la distanza dell'impianto trascendentale fenomenologico dalle concettualizzazioni metapsicologiche della psicoanalisi e dai costrutti cognitivisti non può essere maggiore.”

¹⁰ Sull'utilizzo con la visione eidetica di immagini antropologiche, definite da L. Calvi “figure antropologiche”, si rimanda a “La luce delle cose” di Lorenzo Calvi, Paolo Colavero. Mimesis 2019 (in pubblicazione)

¹¹ Si rimanda all'approccio descritto e praticato da Gilberto Di Petta come “fenomenologia ad alzo zero”.

quotidiana di un paziente. Discendere nel mondo della vita di un paziente significa avere il coraggio di vivere una quota di smarrimento, quella della prima volta nei dedali di una città vecchia, dove più prossimi sono bellezza e disperazione, percepirne e viverne le atmosfere, gli spazi e lo scorrere della vita e del tempo per i suoi abitanti. Scendere nel mondo di Luigi, a cui è stata diagnosticata una depressione, significa sperimentare, percepire corporalmente, in un dato momento, le sabbie mobili del suo tempo vissuto che rapprendono la mia stessa presenza, che sprofondano le mie stesse parole sulle mie labbra prima che possano raggiungerlo, parole che pronunciavo con la presunzione terapeutica che potessero a lui dispiegarsi con lo stesso ritmo temporale da me profuso. Quindi *come*, non solo di che cosa, ma *come* mi avvicinerò a quel paziente che vive quel tempo vissuto, quello spazio vissuto, quel corpo vissuto, quella modalità di incontrare l'altro? *Come* camminerò affianco a Carlo nel suo labirinto di temporalità circolare ossessiva? *Come* mi approssimo a Roberto, un nostro paziente adolescente schizofrenico, sbilanciato in una temporalità risucchiata nel futuro, che lo costringe a scrutare l'orizzonte temporale, per anticipare ogni futura forma d'incontro con il mondo, perché ogni incontro è un essere-nel-presagio che lo disarciona?

Come posso esserti accanto, Marta, che ci tieni di fronte, ci *affronti* con il piglio di quella giovane combattente Curda? Sento che il tuo futuro può avere il fiato corto fino a ridursi ritorto sulla barricata di ogni istante in cui *tieni il fronte*, in cui sei *trattenuta nel mondo del fronte*, in cui *incontrare l'altro è affrontarlo*. In una città senza più case, solo di rovine, ti aggiri rabbiosamente rapida tra esse, col futuro corto di una fuga o un'imboscata "antisociale". Non hai abbandonato questa città natale, quella dei tuoi genitori. Ti hanno esiliato più volte, ma tu ogni volta vi hai fatto ritorno: non hai mai smesso di avere contatti con i tuoi genitori contro il volere dei giudici, dei loro decreti e di noi esecutori. Al di là delle diagnosi, ma dentro i tuoi occhi, mi scuote e commuove profondamente questa *fedeltà* a una terra, a una storia che seppur inabitabile, in macerie e quasi vinta, tu Marta, fieramente contro tutto e tutti, a volte anche contro te stessa, così giovane e così sola difendi. Non solo in modo succube, passivo, trascinata da una cosiddetta coazione a ripetere. Nei tuoi comportamenti, nei tuoi occhi, nei nostri incontri percepisco anche una resistenza scelta, un *essere fedeli contro il destino* in cui ricerchi la tua libertà. In quali occasioni ho lottato fedelmente contro il destino nella mia vita? Incontrarti (e incontrare così i nostri pazienti) è ricevere anche il dono di queste domande, Marta; è non dimenticare di partire nei nostri incontri clinici dallo stupore d'esistere e alla fine rincontrarlo.

Siamo giunti passo dopo passo, nella tua città vecchia, in rovina, Marta. Non c'era altra strada per incontrarci e curarci. I nostri operatori sono discesi nel tuo mondo della vita affrontando le tue guerriglie, le tue fughe, il tuo fronte, per incontrarti. Abbiamo abitato questo tuo mondo della vita cercando di darti, di darci la possibilità di incontrarci non solo affrontandoci uno di fronte all'altro, ma di esser-ci uno accanto all'altro, uno per l'altro. Di incontrarci con la modalità dell'*essere-nell'amicizia* in cui ci co-constituiamo nel destino dell'altro¹².

¹² "Alterità e alienità". Danilo Cargnello. Feltrinelli 1977

Siamo arrivati, nella tua città vecchia, Marta. Per pochi giorni e il tuo percorso continua altrove. Spero che i tuoi occhi disperatamente e rabbiosamente fieri imparino sempre più in futuro a tenersi negli occhi degli altri, a invitare anche senza parole, come occhi più di prima, ad andare via dal fronte. Così, insieme ad altri, non più sola. Spero che i miei occhi imparino dai tuoi a essere fedeli anche contro il destino.

*Il rumore della pioggia nel pomeriggio, le cicale a Luglio in un campeggio
il telefono che squilla quando l'aspetti, le dita di mio padre sulla sua Olivetti
il respiro di un bambino lieve, il silenzio della neve
il rumore della vita.*

*Io non suonerò mai così, posso giocare, intrattenere, far tornare il buon umore o
lacrimare. Ma non suonerò mai così, non è solo cosa diversa, è una battaglia persa.
Alzo le mani.*¹³

(Fabi,

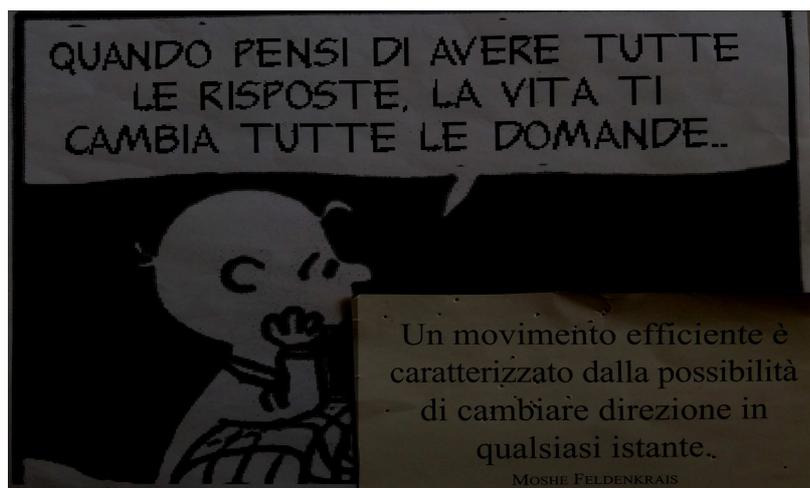
Silvestri, Gazzè)

Il *rumore della vita* degli adolescenti non si ferma certo sull'uscio di una Residenza Sanitaria. Lasciarlo fuori è una battaglia persa, alziamo le mani, fortunatamente: un luogo di cura non è tale infatti anche nella misura in cui riesce a essere aperto e a custodire il rumore della vita? Negli ultimi anni sta crescendo l'interesse per un paradigma terapeutico che accomunerebbe implicitamente ogni modello di cura: quello dei cosiddetti "fattori terapeutici aspecifici", una dimensione relazionale implicita nel mistero d'ogni incontro. Per esempio studi di Gabbard hanno interrogato gli psicoterapeuti e i loro pazienti "guariti" su quali siano stati i momenti chiave, più trasformativi del percorso psicoterapeutico. I risultati non coincidono: un terapeuta si riferisce più spesso a uno specifico "passaggio tecnico" come un dialogo su un'interpretazione che ha permesso di rivelare aspetti nucleari del paziente; ma i pazienti ricordavano prevalentemente momenti relazionali, frammenti di vita "aspecifici" per la non riconducibilità a un modello. Ma si potrebbe definirli anche altamente specifici perché costituenti l'essere umano, l'esserci-con-l'altro, momenti che il gruppo di Stern definirebbe "momenti incontro", con una profonda assonanza fenomenologica. La nostra equipe, dal punto di vista di questa modalità di essere nell'incontro, potrebbe essere un'equipe privilegiata, come tutte quelle che incontrano in luoghi di vita gli adolescenti e il loro inarrestabile rumore della vita. Certo questo ci ingaggia e richiede una specifica ed elevata formazione professionale. Come quella dei musicisti jazz che sanno fare improvvisazione¹⁴. I ragazzi ti invitano o ti costringono a comporre in tempo reale, scavalcando i nostri ruoli; dobbiamo accettare e vogliamo accogliere gli imprevisti come snodi importanti della nostra azione

¹³ "Alzo le mani" dall'album "Il padrone della festa" 2014 – Fabi Silvestri Gazzè

¹⁴ "Sull'improvvisazione nel Jazz e l'atteggiamento fenomenologico in psichiatria" di Mauro Pallagrosi. Rivista "Comprendere" n. 24, 2014

terapeutica; abbandoniamo la sicurezza di partiture già scritte, mantenendo come rotta l'irrinunciabilità intenzionale all'autenticità dell'incontro, proprio come il musicista jazz che iniziando a suonare segue la musica e non la precede. Nella trama dell'improvvisazione la professionalità non è scomparsa, ma implicitamente e sottotraccia continua a guidarci anche quando le difficoltà ci spingono in campo aperto senza più alcun apparente riferimento. E dalla capacità d'improvvisazione sappiamo, insieme, quando è il tempo di tornare a interpretare al meglio partiture scritte (c'è un tempo per ogni musica in una Residenza per adolescenti, un tempo anche per la ripetitiva monotonia di Winnicott¹⁵ che permette la nascita della fiducia, tessuto connettivo della continuità esistenziale). Non si tratta quindi di un elogio dello spontaneismo, dell'approssimazione auto-assolutoria, di un'emozionalità romantica, di una forma di trasgressività. Tutte derivate d'altronde possibili per coloro accompagnano un adolescente. Piuttosto si tratta di un'ammaccata ma profonda disponibilità umana e professionale di fronte all'infinita complessità dell'intreccio tra dolore e processo di soggettivazione. Disponibilità che si riflette anche nelle massime scelte e appese ai muri dagli operatori nella nostra guardiola infermieristica (il luogo dove ci si scambia le consegne al cambio turno), quasi come bussole:



Questa forma di disponibilità si affida, si accoda al rumore della vita, lo integra nell'ambiente terapeutico. Il vapore da una tazza di camomilla notturna, lo stupore di un ragazzo per la visione della prima nevicata della propria vita, quello per la prima volta sul dorso di un cavallo, un cerchio di sguardi caotici che col tempo si sintonizza nell'esprimere e ascoltare emozioni, una pizza cucinata insieme, il rompersi di una sedia e quello del pianto di una madre. I fili invisibili dell'intesa tra operatori, stesi tra due sguardi che sanno cogliere insieme questi attimi, il rumore della vita.

1La relazione esposta al convegno era stata costruita su una trama di immagini proiettate e pensata per una interazione visiva. Si è scelto di riscrivere completamente la relazione affidandosi a immagini della parola scritta, qui partendo da quelle dona-

¹⁵ “Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti” D. W. Winnicott Martinelli 1981

teci da cantautori. Resta immutato il proposito di avvicinarsi al *mondo della vita* dei nostri pazienti.

- [2](#) “Questi posti davanti al mare” dall'album “La Pianta del Té” 1986 - I. Fossati
- [3](#) Sull'esperienza vissuta e l'utilizzo dell'epoché in Psichiatria: “Il vissuto del vuoto: tempo, affetti, cambiamento. Per una fenomenologia dell'epoché” Gilberto Di Petta. Rivista “Comprendre” n. 21, 2010-2
- [4](#) “Consigli di un fotografo viaggiatore” di Olivier Follmi. Contrasto 2010
- [5](#) Sull'appartenenza dello stupore all'ordine dell'attenzione e della responsabilità, come su tutta la trama inerente lo stupore su cui poggia questo scritto il riferimento è al piccolo e luminoso testo del filosofo Silvano Petrosino “Lo Stupore”, Interlinea Edizioni, 1997.
- [6](#) “Maria” dall'album “Montgolfieres” 1995 – Gianmaria Testa
- [7](#) Sul concetto di fenomeno si fa riferimento al paragrafo “Il dono del fenomeno” nello scritto “Prospettive Antropofenomenologiche” di Lorenzo Calvi. Trattato Italiano di Psichiatria. Masson 1999
- [8](#) Sulla fenomenologia come esercizio, prassi concreta psicofisica, si rimanda all'approccio di Lorenzo Calvi. Cito un passaggio di Gilberto Di Petta nell'introduzione di “La coscienza paziente” di L. Calvi. Giovanni Fioriti Editore 2013: “in nessuna fase l'esercizio fenomenologico è puramente rappresentazionale o simbolico. Qui la distanza dell'impianto trascendentale fenomenologico dalle concentuazioni metapsicologiche della psicoanalisi e dai costrutti cognitivisti non può essere maggiore.”
- [9](#) Sull'utilizzo con la visione eidetica di immagini antropologiche, definite da L. Calvi “figure antropologiche”, si rimanda a “La luce delle cose” di Lorenzo Calvi, Paolo Colavero. Mimesis 2019 (in pubblicazione)
- [10](#) Si rimanda all'approccio descritto e praticato da Gilberto Di Petta come “fenomenologia ad alzo zero”.
- [11](#) “Alterità e alienità”. Danilo Cargnello. Feltrinelli 1977
- [12](#) “Alzo le mani” dall'album “Il padrone della festa” 2014 – Fabi Silvestri Gazzè
- [13](#) “Sull'improvvisazione nel Jazz e l'atteggiamento fenomenologico in psichiatria” di Mauro Pallagrosi. Rivista “Comprendre” n. 24, 2014
- [14](#) “Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti” D. W. Winnicott Martinelli 1981

Spazi e tempi di transizione

Sabrina Ferrari

Psicologo/Psicoterapeuta. Dirigente sanitario Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell' Ausl di Parma.

Quando mi hanno chiesto di fare un intervento sul tema della transizione ho riflettuto a lungo su quale fosse il modo migliore per esprimere il nesso tra questo concetto e la presentazione della RT di San Polo. Parlare di transizione in relazione all'età adolescenziale, richiama l'idea di “terra di mezzo”, tra l'infanzia e l'età adulta, tra il mondo sociale e la famiglia, tra il dentro e il fuori nel complesso procedere sulla strada della costruzione di una identità adulta. Ma allora, se è vero che una istituzione di cura risuona sempre, nel suo funzionamento e nelle sue dinamiche, con l'oggetto di cui si occupa¹⁶, allora non possiamo parlare della Residenza Terapeutica per *adolescenti* di San Polo senza metterne in luce appunto i profili identitari e il suo essere struttura “intermedia”, di transizione.

Identità e nascita. San Polo nasce nel 2013 come una nuova struttura offerta ai cittadini dal Servizio Sanitario Nazionale. Essere concepiti e a lungo pensati progettualmente nell'ambito del Servizio Pubblico non è cosa così scontata e semplice negli anni duemila. Ricorrendo alla metafora genitoriale, la RT di San Polo appare un “figlio” desiderato e voluto, punto di forza inequivocabile, per noi che ci lavoriamo, per poter crescere e fortificarsi.

Il contesto giuridico che ha reso possibile il progetto è rappresentato dalla Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 911 del 2007 che cita: “*le RTI/M sono strutture residenziali per minori affetti da gravi disturbi comportamentali in fase acuta o sub-acuta, correlati a patologie psichiatriche dell'età evolutiva che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale...; la RTP-M si pone come livello intermedio, punto di incontro e coprogettazione, tra i servizi sanitari ad alta intensità di intervento e la rete dei servizi ambulatoriali e sociali del territorio di appartenenza...*”

Le RTI-P/M sono strutture intermedie, dunque, tra l'ambulatorio, il domicilio e i servizi ad alta intensità assistenziale. Si pone la questione di trovare, per questi dispositivi di cura, continui aggiustamenti “identitari” che consentano il mantenimento di un buon punto di equilibrio nel funzionamento e nel rapporto con i diversi interlocutori esterni (inviati, famiglie, ospedale, territorio); questa stessa necessità è anche a salvaguardia di quella coerenza, stabilità e definizione indispensabili per reggere al confronto costante, oltre che con la sofferenza psichica, anche con le spinte spesso instabili e incoerenti della transizione adolescenziale.

La posizione intermedia delle RT non è solo a livello organizzativo, ma anche in riferimento al complessivo progetto di cura dei ragazzi. E' "tra", ma è anche "con" gli altri servizi territoriali, così come rappresenta per i giovani pazienti, e le loro sofferenze, un possibile spazio transizionale: come scrive Winnicott¹⁷, uno spazio terzo, che è tra il mondo interno-soggettivo, che può essere temporaneamente “depositato” tra le mura (logistiche e relazionali) di San Polo, e quello esterno-oggettivo, della quotidianità e del familiare, che in questi casi fatica a reggere l'urto dell'urgenza e della sofferenza, a tratti senza nome, che i sintomi denunciano. Una sorta di zona franca, di separazione e connessione allo stesso tempo, tra le spinte

¹⁶ Correale A. (1991) *Il campo istituzionale*, Ed. Borla

¹⁷ Winnicott D. (1970) *Gioco e realtà*, Armando Editore

interne fantasmatiche, desideranti, pulsionali libidiche e aggressive del giovane paziente e le pressioni esercitate dalle richieste del mondo esterno degli adulti e dei coetanei. Questo spazio intermedio, con la sua coerente e stabile strutturazione dei tempi intrecciata al costante sforzo di flessibilità dei percorsi individuali, è chiamato a favorire la connessione tra il dentro e il fuori, la pensabilità di ciò che accade, ovvero a generare la possibilità, per i ragazzi e le loro famiglie, di crescere e dare un nuovo e personale senso alle proprie esperienze e al mondo.

Identità e confini, ovvero quali confini definiscono l'identità della RT di San Polo? Nella discussione di stamattina il tema dei confini è stato più volte sfiorato. Come definire, quindi, l'identità specifica della RT, non solo attraverso il suo specifico funzionamento procedurale e organizzativo interno, ma anche grazie ai punti di continuità e diversità rispetto all'esterno? Il richiamo ai processi di separazione/individuazione che l'adolescente si trova a fronteggiare appare alquanto spontaneo.

Prendo in considerazione in primis i confini tra le funzioni della RT e gli interventi ambulatoriali/territoriali; troviamo differenze e continuità. La principale distinzione con le agenzie del territorio è data dalla residenzialità. Noi garantiamo un ricovero e una presenza che accompagna ogni momento della quotidianità. Residenzialità significa stare, permeare di sé spazi e oggetti che mi circondano, far dialogare il proprio tempo interno con il tempo del contesto, con i suoi limiti, con le sue regole.

La residenzialità ci avvicina all'accoglienza in Comunità per minori. Confine questo spesso carico di ambiguità e confusione per chi ci guarda dall'esterno. La RT di San Polo non è una comunità psico-educativa per minori e ciò che prima di tutto permette di fare questa netta affermazione è l'appropriatezza dell'invio. L'indicatore che guida il clinico alla scelta del ricovero, non è il pregiudizio familiare né la compromissione sociale, ma la gravità e il rischio clinico psicopatologico. Allo stesso modo, in termini sintetici, ciò che differenzia la RT di San Polo da una Comunità terapeutica è il fattore tempo di permanenza e la relativa stabilità del gruppo degli ospiti (non presente nella RT), aspetti che favoriscono movimenti di appartenenza e affiliazione piuttosto specifici e significativi.

In stretta condivisione e continuità con i luoghi di accoglienza residenziale, troviamo la necessità di adottare il più possibile, nella lettura dei fenomeni e dei processi, una lente di osservazione gruppale: dei ragazzi, dell'equipe, del contesto istituzionale in cui ci muoviamo e delle loro interconnessioni. Nel perseguire il *compito*¹⁸ specifico che la RT di San Polo si è data, infatti, l'incidenza del gruppo dei ragazzi non è a mio avviso da considerarsi un fattore secondario. Pensate cosa comporta mettere in un unico luogo, in un unico spazio, tanti adolescenti e/o preadolescenti che non si scelgono, né si conoscono e chiedere loro di essere, per un tempo spesso indefinito, compagni di un viaggio così faticoso; e pensate quanto questo marca il lavoro di tutti i giorni e l'efficacia dei trattamenti, connotati da elevata individualizzazione. Nel curarci dei processi terapeutici siamo allora chiamati a porre particolare attenzione al punto d'incontro tra la "verticalità" del progetto individualizzato e tutti quegli aspetti "orizzontali" dati dal contesto gruppale della residenzialità. Il gruppo dei ragazzi, delle famiglie e dell'equipe, con la loro potenza emotiva, con le risonanze reciproche e le dinamiche che circolano, marcano inevitabilmente in un senso o nell'altro i percorsi individuali dei "membri" del gruppo, paziente, operatore o familiare che sia. Gli "addetti ai lavori", i diversi "coordinatori" di queste gruppalità intersecantisi (il medico durante l'equipe o un incontro con gli inviati e il paziente, lo psicologo in un colloquio familiare, l'educatore o l'infermiere durante un turno o una attività... e si

¹⁸ Pichon-Rivière, E. (1999) *El proceso grupal*, ed. Nueva Visión, B.A.

potrebbe continuare a lungo a citare molteplici setting dove la gruppalità entra in scena direttamente) sono perciò chiamati a leggere e gestire in ogni momento le dinamiche e i movimenti che le contraddistinguono.

A rendere ancor più complessa la “melodia” gruppale, oltre alla variabilità intrinseca delle manifestazioni psicopatologiche, è un fattore specifico della RT di San Polo, ovvero la compresenza di diversi percorsi di ricovero, con tempi e metodi diversi di gestire la degenza: ricovero in pronta accoglienza, trattamenti in regime intensivo e post-acuzie. Questo genera un alto grado di variabilità nel gruppo e nelle progettualità individuali, nei tempi e nelle dinamiche, l’esigenza di essere continuamente flessibili in risposta all’alternarsi in ritmi diversi di ingressi, dimissioni e molteplici tempi di degenza. C’è, ad esempio, chi ha percorsi di alcuni mesi, assistendo all’andare e venire di altri pazienti con ricoveri più brevi.

Se la gestione della gruppalità non è cosa semplice, è anche una grossa risorsa. Mi riferisco, oltre alla terapeuticità che le relazioni orizzontali (rispecchiamenti, identificazioni, scambi tra coetanei) spesso portano con sé, anche al concetto di “legame debole” di cui ci parla Franco Fasolo¹⁹. I ragazzi si incontrano nella RT in una sorta di tempo terzo, sospeso, con la possibilità di sperimentare una “leggerezza” di investimento che permette loro di essere molto più liberi, sia nell’identificarsi e scoprire nuove parti di sé, sia nel potersi individuare/separare. E’ capitato anche che “legami deboli” nel tempo del ricovero siano diventati legami intensi dopo la dimissione, a riprova della ritrovata capacità dei ragazzi di sostenere l’investimento e l’impegno che una relazione significativa e di vicinanza comporta.

Ritornando al tema dei confini identitari, agli elementi di omogeneità con gli altri soggetti di cura, ricordo come il setting clinico sanitario che la RT di San Polo rappresenta è in continuità con i percorsi di cura ambulatoriali, per la scelta di strumenti di cura e abilitazione squisitamente clinici, ovvero tutti gli “attrezzi” a disposizione della neuropsichiatria infantile; allo stesso modo, ritroviamo aspetti di sovrapposizione con i percorsi di ricovero ospedaliero in SPDC e Clinica Psichiatrica (la gestione dei momenti di acuzie, le terapie farmacologiche, la presenza di personale sanitario sulle 24 h etc.).

Dai confini, al cuore. Quale progettualità all’interno della Residenza terapeutica per minori? Per parlare del piano terapeutico individualizzato ricorro alla metafora del pianoforte. Le note, in altre parole i vari tasselli/attività, obiettivi che costituiscono il piano terapeutico, sono tante e sono le note tecniche, di metodologia della tecnica, i tasti. Ma sapere le note, saperle leggere, suonare e ascoltare non vuol dire fare una bella melodia. Quali sono quindi quegli ingredienti di contesto che favoriscono il dispiegarsi di un progetto di ricovero “sufficientemente buono”?

Come solo una buona accordatura dello strumento consente di trovare suoni melodiosi, così, un fattore qualitativo fondamentale e trasversale a tutti gli interventi nei luoghi di cura residenziali, è il clima terapeutico, fondato sul compito quotidiano dell’equipe di fornire protezione e una base sicura ai ragazzi. La buona “accordatura” dell’equipe consente di ridurre il rischio di rifiutare, invalidare, scotomizzare i vissuti di cui i ragazzi sono portatori; pensiamo quanto questo sia arduo quando i ragazzi proiettano aggressività, angoscia e i vissuti traumatici di cui sono portatori in quello che Janet²⁰ chiama “spazio psichico allargato”. Allo stesso modo, per garantire una base sicura, è necessario trovare quelle parole e quei pensieri che arginano il rischio degli operatori stessi di *agire/evacuare* le emozioni, a volte esplosive, che si hanno verso i pazienti o, al polo opposto, non cadere nella tentazione di colludere con il

¹⁹ Franco Fasolo (2002), *Gruppi che curano e gruppi che guariscono*, La Garangola PD

²⁰ Jeammet P. (1992), *Psicopatologia dell’adolescenza*, Borla

silenzio di tutti quei ragazzi che si chiudono, che non accettano il contatto, che si assentano nel loro dolore, che non ci vogliono. Queste chiavi di lettura e di azione si traducono nell'attenzione costante alla regolazione della giusta distanza tra operatori e pazienti negli atti della quotidianità e nel garantire un clima emotivamente sicuro, coerente e stabile. Pensiamo a quanto è importante, ad esempio, il senso costante di sicurezza per i ragazzi attraversati dalle prime crepe della psicosi, con i loro vissuti di estraneità e di pericolo; ma anche, per chi vive le sofferenze di un funzionamento borderline, con il suo bisogno di rincorrere continuamente gli oggetti, nella speranza di “acchiapparli”, nel terrore di perderli: pensiamo al bisogno che tutti loro hanno di stabilità e continuità.

Una buona melodia quindi ha bisogno di strumenti accordati, dell'equilibrio tra tecnica e talento del musicista, della giusta distanza tra suonatori e ascoltatori e infine di un contesto che abbia una buona acustica, quale metafora di una quotidianità informale nelle residenze terapeutiche che fa in ogni angolo da cassa di risonanza dell'esperienza terapeutica in essere. Così, ad esempio, mi accade, prima di fare un colloquio clinico con un giovane paziente, di condividere con un infermiere, ciò che un ragazzo gli ha raccontato mentre lo stava pesando o gli stava misurando i parametri vitali, oppure di osservare io stessa, durante un pasto o un momento ludico, un gesto nuovo di un ragazzo. Quell'espressione di sé diventa un oggetto vivo di riflessione e risonanza emotiva durante il colloquio con il paziente, un frammento di sé e della sua storia depositato nel qui e ora di un momento di vita quotidiana che può essere nominato e approfondito. Su questo argomento, cito uno studio di ricerca²¹ che riporta quanto i cambiamenti significativi nei luoghi di cura residenziali avvengano molto spesso nei momenti più informali della quotidianità. Non si può dimenticare, infine, quanto anche le qualità fisiche e architettoniche della struttura garantiscano il mantenimento di un buon clima terapeutico.

E' a questo punto doveroso un pensiero sulle famiglie. L'alleanza con i genitori è senza dubbio un fattore che facilita il percorso terapeutico, ma quale alleanza? Con quali famiglie? Come? Noi abbiamo scelto di lavorare sulla regolazione delle distanze. Parliamo di adolescenza e quindi parliamo di processi di separazione. Le famiglie stanno a una distanza pensata e regolata insieme a noi. In alcune situazioni i genitori hanno dormito all'interno della residenza per giorni con il loro figlio. In altre situazioni sono stati lontani per molto tempo. E' capitato che gli incontri si svolgessero solo sulla porta perché era quello che clinicamente si rendeva necessario per ricostruire la relazione. O che, in accordo con i genitori, le visite fossero costanti nonostante per alcuni giorni il paziente non volesse nemmeno salutare mamma e papà.

Le famiglie non scompaiono mai dalla nostra mente. Programmiamo incontri per raccogliere la storia del paziente attraverso gli occhi unici dei genitori, per verificare con loro l'andamento del ricovero, la fatica o al contrario il doloroso desiderio di distacco momentaneo dal figlio e dai suoi sintomi, momenti di semplice contatto durante le visite, colloqui per condividere e comunicare gli aspetti diagnostici e di funzionamento, per sostenere i genitori nella ripresa delle loro funzioni genitoriali, anche a fronte delle difficoltà del proprio figlio, e per trovare delle nuove parole che raccontino la loro storia familiare. Non dimettiamo figli guariti o aggiustati; la RT non è quindi un reparto di ortopedia. Generalmente la speranza è che, al momento della dimissione, genitori e figli si ritrovino su un terreno fertile, che favorisca la costruzione di uno sguardo nuovo su di sé, di un significato alla sofferenza del figlio e

²¹ Ferruta A. a cura di (2012), *Le comunità terapeutiche*, Raffaello Cortina

dell'intera famiglia, la possibilità di gettare luce su quelle aree cieche in cui si annida il disagio di tutti, di trovare strategie possibili per leggere e gestire le avvisaglie e i segnali del malessere, per mettersi in relazione. Parlo di un terreno fertile perchè il raggiungimento di questi obiettivi non è un punto di arrivo del ricovero, ma una meta a tendere, che chi ha in mano il complessivo progetto di cura (i referenti del territorio) è spesso chiamato a tenere davanti a sè.

Per ultime, ma non meno importanti, alcune parole sul gruppo di lavoro. Gruppo di lavoro non significa amore incondizionato verso i colleghi, ma trovare il coraggio per gestire insieme ogni giorno la resilienza e il carico emotivo che questo specifico incarico, questo arduo *compito* di cura richiede. In questi due anni sono successe molte cose. Siamo passati da momenti che definirei di "confusione" tra ruoli, compiti, attività, a un tempo attuale in cui è possibile differenziarsi e confliggere (nell'accezione evolutiva del termine, contrapposto a quello di "guerra" o di silente ambiguità dei non detti), è possibile confrontarci, anche in modo molto acceso durante l'équipe o le supervisioni, senza spaventarci troppo. Quattro anni per un'istituzione sono pochi, ma ci vogliamo pensare come adulti sempre più competenti, in grado di svolgere un compito e una sfida in continua evoluzione.

Presentazione della Residenza Sanitaria a Trattamento Intensivo e Post Acuzie di San Polo di Torrile (PR)

Antonella Squarcia, Sabrina Ferrari, Cinzia Dallatana

INTRODUZIONE

Nella tutela della salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza, vi sono alcuni aspetti peculiari connessi alla specificità dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza e agli interventi in età evolutiva:

1. l'intervento multidisciplinare d'équipe non è limitato ai casi particolarmente gravi e complessi, ma è invece la regola, a causa dell'interazione costante tra le diverse linee di sviluppo e degli alti indici di comorbilità tra i disturbi dei diversi assi. La maggior parte degli utenti entra dunque in un percorso di presa in carico che può però essere caratterizzato da diverse intensità assistenziali a seconda dei disturbi, dei contesti e delle fasi evolutive, non dipende solo da complessità e gravità del disturbo;
2. in conseguenza di quanto sopra, il monitoraggio longitudinale dello sviluppo è molto più comune rispetto al singolo episodio di cura, perché i disturbi evolutivi si modificano nel tempo e col tempo secondo linee complesse e specifiche e la riabilitazione è componente imprescindibile del processo di cura;
3. in modo analogo, il coinvolgimento attivo e partecipato della famiglia e della scuola e l'intervento di rete con i contesti (educativo e sociale) è imprescindibile e presente per la maggior parte degli utenti, con variabile intensità.

L'esistenza di una rete regionale integrata e completa di servizi per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, ovvero il disporre di una rete integrata di servizi di NPJA (ambulatoriali, ospedalieri, semiresidenziali e residenziali) risponde al principio della continuità terapeutica che è garantita da un servizio territoriale di riferimento, a cui è affidato il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nell'ambito della comunità locale. Inoltre, dal momento che i servizi di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza trattano diverse tipologie di utenza (minorenni con disturbi psichiatrici, neurologici e neuropsicologici), alcuni dei quali determinano disabilità complesse associate o meno a disturbi comportamentali, risulta necessario, pur senza ricorrere a separazioni radicali, individuare risposte terapeutiche anche di tipo residenziale differenziate per gli utenti con patologie psichiatriche e per gli utenti con disabilità, adeguate alla tipologia di bisogni prevalenti, in rapporto anche alle diverse fasce di età. In età evolutiva è fondamentale l'assunto alla base della costruzione dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) dell'OMS, secondo il quale la gravità della perturbazione del percorso di sviluppo, l'urgenza dell'intervento, la prognosi a distanza e le necessità assistenziali non sono definite solo dalla diagnosi nosografica, ma anche dalla sua ricaduta sul funzionamento complessivo dell'individuo e del suo sistema. In questa ottica, relativamente agli utenti che presentano patologie psichiatriche, il ricorso ad interventi terapeutici residenziali si rende necessario in particolari quadri psicopatologici, di seguito elencati, nei quali la connotazione di gravità si pone non solo in relazione alla diagnosi nosografica quanto alle problematiche di funzionamento generale presentate e alle eventuali difficoltà di relazione, gestione/ contenimento del contesto. Diversi quindi sono i disturbi per i quali, nell'ambito della presa in cura presso il CNPJA di riferimento territoriale, può essere indicato l'intervento terapeutico semiresidenziale o residenziale psichiatrico in età evolutiva, in assenza di disabilità intellettiva o fisica significativa. Il disturbo più frequente è il disturbo grave della condotta, dimensione transnosografica caratterizzata da patterns sintomatologici gravemente disfunzionali per il soggetto stesso e per l'ambiente circostante. In numerosi studi se ne delinea l'aumento dell'incidenza in adolescenza, con una sempre crescente e preoccupante anticipazione dell'età di insorgenza. Presumibilmente il maggiore e diffuso disagio sociale provoca un aumento dell'espressività psicopatologica comportamentale e soprattutto una riduzione delle abilità di coping da parte delle famiglie e dell'ambiente in generale. Altri disturbi per i quali può esservi l'indicazione ad un intervento residenziale sono gli esordi psicotici, i disturbi schizofrenici e le forme gravi dei disturbi affettivi e dei disturbi ossessivo-compulsivi.

La NPJA, adottando una metodologia incentrata sui percorsi di cura, che si fonda sulla necessità di lavorare per progetti di intervento, specifici e differenziati, sulla base della valutazione dei bisogni delle persone, inserisce in quest'ottica la UOS RTI/P-M AVEN San Polo accogliendo in regime residenziale, quando appropriato e per tempi definiti, soggetti affetti da quadri Patologici psichiatrici. All'interno del sistema di offerta della NPJA, la UOS RTI/P-M AVEN San Polo rappresenta una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati, strutturata sia per intensità di trattamento (intensivo e post-acute), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

La RTI/P-M AVEN San Polo viene programmata a seguito di una ricognizione delle strutture sanitarie e sociosanitarie per minori disabili e/o affetti da disturbi psichici presenti nei comprensori provinciali dell'AVEN, effettuata nel corso del 2009 da uno specifico gruppo di lavoro costituito da dirigenti dei servizi NPIA delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord. Sulla base della rilevazione effettuata, sono state definite proposte di adeguamento dell'offerta, all'interno delle quali, si è inserita l'ipotesi di attivazione di una Residenza Terapeutica Intensiva e Post-acuzie per minori, ubicata nel territorio dell'Azienda USL di Parma. Stante l'entità del fabbisogno e, coerentemente con le indicazioni delle valutazioni realizzate, la struttura avrebbe dovuto assumere valenza sovraziendale. La Regione Emilia-Romagna con delibera Regionale, avente per oggetto "Programmazione regionale di Prestazioni di Assistenza Sanitaria Ospedaliera e territoriale in attuazione della DGER 53/2013-biennio 2013/2014" (GPG/2013/359), pianifica l'Istituzione della RTI/P-M AVEN San Polo. La RTI/P-M AVEN San Polo, attivata nell'ottobre 2013, è parte dell' UOC NPIA del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Azienda AUSL di Parma.

MISSION

L'obiettivo della Struttura consiste nel fornire ai minori un percorso terapeutico ad alta intensità di tipo residenziale che veda integrati tutti gli strumenti della neuropsichiatria infantile: psicoterapia breve individuale e rivolta al contesto familiare, interventi educativo- terapeutici, trattamenti farmacologici.

Obiettivi generali

Gli obiettivi generali della Struttura possono essere così sintetizzati:

- trattare i disturbi psichici e comportamentali dell'età evolutiva (disturbi emozionali, del comportamento, del pensiero e dell'affettività) e sostenere la genitorialità;
- prendersi cura di minori caratterizzati da un quadro clinico ad alto livello di complessità, per i quali è necessario l'impegno di un'équipe multiprofessionale, in ambiente idoneo ove si possano organizzare interventi e attività, anche di tipo grupppale, a carattere terapeutico, educativo, abilitativo e riabilitativo;

- sulla base di un programma (terapeutico, abilitativo/riabilitativo, educativo), attuare le azioni volte ad aumentare la capacità riflessiva, a ridurre i comportamenti a rischio, a migliorare l'adattamento sociale e relazionale, a sostenere, in relazione all'età, un adeguato livello di autonomia, a favorire il reinserimento scolastico e/o l'avviamento professionale;

- offrire al minore un periodo di distacco da un ambiente familiare nel quale siano presenti elementi che compromettono gravemente il suo sviluppo psicologico evolutivo.

VISION

L'operatività della Residenza è volta alla crescita integrale degli ospiti tramite progetti

educativi riabilitativi che hanno come centro la persona, con particolare attenzione a tutti i processi di umanizzazione. Affinché tali progetti possano realizzarsi compiutamente, occorre perseguire come obiettivo primario lo sviluppo dell'autonomia e delle capacità di relazione dell'utente in modo tale che questi possa inserirsi, o reinserirsi nella vita familiare-sociale e in un'adeguata attività formativa e lavorativa. Questo nella convinzione che ogni persona ha il diritto di esplicitare al massimo le proprie potenzialità per la crescita personale e a servizio della comunità.

La Vision è quindi quella di:

1. tutelare e promuovere la salute mentale;
2. la ricerca del massimo livello di funzionamento e autonomia dell'utente;
3. lotta allo stigma psichiatrico;

La RTI/P-M AVEN La RTI/P-M AVEN è una struttura residenziale sovraziendale di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) con 8 posti letto, di cui 4 in RTI-M e 4 in RTP-M. Agli interventi in Emergenza / Pronta Accoglienza è dedicato 1 posto aggiuntivo. La Residenza accoglie minori dai 10 ai 17 anni, in casi eccezionali si possono accogliere minori di età inferiore ai 10 anni. Il bacino d'utenza della struttura è il territorio della regione Emilia Romagna, con priorità per quello dell'Area Vasta Emilia Nord. La gestione diretta della Residenza e delle sue specifiche attività interne è in capo all'Azienda USL di Parma, mentre funzioni di indirizzo in termini di programmazione, formazione, progettazione e verifica sono svolte da un Gruppo di Programmazione e Monitoraggio costituito da professionisti dei Servizi di NPIA delle Aziende Sanitarie Area vasta Emilia Nord (AVEN). Presso la Direzione della UOC è istituito il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio, costituito da professionisti delle Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena, secondo quanto previsto nella Convenzione Attuativa (Delibera AUSL RE 2015/0012 del 26/01/2015).

Il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio, nella prima fase di attività, ha condiviso:

- le modalità di lavoro, le attività e le principali Procedure;
- le principali Interfacce;
- le attività formative;
- i fattori di Qualità e le modalità di monitoraggio / verifica degli standard concordati.

I principali fattori di Qualità sono relativi al:

- rispetto dei tempi di ammissione e dimissione;
- rispetto delle modalità previste per l'invio, il monitoraggio del percorso di cura e le dimissioni;
- applicazione di strumenti di valutazione degli esiti (che comprendono anche indagini di qualità percepita);

- effettuazione delle attività formative pianificate.

Gli Indicatori e gli Standard di Prodotto relativi ad alcuni dei Fattori di Qualità identificati sono descritti nelle specifiche Procedure. Al fine di svolgere le funzioni sopracitate, il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio si è incontrato presso la sede dell'Azienda USL di Parma, a cadenza mensile, nel periodo precedente all'apertura della Residenza.

Nel periodo di avvio della Residenza e per il primo anno di funzionamento, gli incontri hanno avuto cadenza bimestrale. Successivamente, sono stati ridefiniti i tempi di monitoraggio: la cadenza è quadrimestrale. Resta inteso che, in caso di problematicità, il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio potrà essere convocato in qualsiasi momento, su richiesta di uno dei partecipanti. Il Gruppo anzidetto ha altresì pieno accesso ai dati del "Cruscotto" per la RTI/P-M. La Struttura accoglie minori con gravità del quadro individuato attraverso l'asse 1 dell' ICD10 OMS, con particolare riferimento a disturbi della condotta, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e il rischio suicidario, disturbi psicotici. LA RTI-M non è di norma indicata per pazienti con le seguenti caratteristiche:

- persone con quadri clinici che richiedano interventi di tipo ospedaliero, conclamate dipendenza da sostanze psicoattive o alcol, gravi quadri comportamentali alterati su base neurologica;
- problematiche di natura esclusivamente socio-economica e ambientale;

Per le persone con disturbi Spettro Autistico e/o Disabilità Intellettiva o altre patologie con grave compromissione del funzionamento può essere necessaria l'attivazione di interventi assistenziali altamente personalizzati;

In caso particolare la Direzione della RTI può autorizzare la permanenza in struttura dei genitori o familiari di riferimento del minore.

La RTI/P-M si caratterizza in senso medico-psichiatrico, psicologico, abilitativo/riabilitativo e socio-educativo e fornisce: · in RTI-M, un percorso diagnostico terapeutico ad alta intensità; · in RTP-M, un percorso terapeutico – abilitativo/riabilitativo intermedio di coprogettazione con i servizi ambulatoriali, finalizzato al reinserimento del minore nel proprio territorio. La RTI/P-M AVEN San Polo dispone infatti di due tipologie di servizio: residenza terapeutica intensiva (RTIM) e residenza terapeutica post-acuzie (RTP-M).

I posti in RTI-M sono dedicati a minori pre-adolescenti e adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche in fase acuta / sub-acuta, che non possono essere trattati a livello ambulatoriale, domiciliare o semiresidenziale e che necessitano di trattamento intensivo, integrato e breve, della durata media di 2-3 settimane e per il tempo massimo di un mese. I posti in RTP-M sono dedicati a minori pre-adolescenti e adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche, che hanno positivamente superato la fase acuta, ma che non possono ancora rientrare in famiglia, oppure presentano una transitoria necessità di intervento più intenso di quanto sia possibile

fare nei servizi ambulatoriali del territorio. La durata massima del percorso terapeutico residenziale post acuzie è di sei mesi, prorogabile al massimo per una sola volta da parte dal responsabile del progetto di cura del CNPIA, d'intesa con il dirigente della RTI.

All'interno della struttura, per entrambi i trattamenti residenziali, sono previsti interventi differenziati a seconda della fascia di età, distinguendo tra le fascia dai 10 ai 14 anni e dai 14 anni sino al compimento della maggiore età o alla conclusione del progetto terapeutico. Tale differenziazione, che viene esplicitata all'interno del Piano Terapeutico Specifico (PTS) riguarda:

- la gestione nei tempi e nei modi dei colloqui neuropsichiatrici e psicologici;
- l'utilizzo di strumenti specifici di valutazione psicodiagnostica adeguati all'età ed alle esigenze cliniche individuali;
- la modulazione dei contatti con i genitori;
- l'organizzazione e la gestione dei tempi e dei contenuti delle attività abilitative quotidiane proposte;
- la scelta degli strumenti e delle strategie relazionali, comunicative e abilitative (ad esempio utilizzo di giochi, del disegno etc per i più piccoli, approcci educativi, osservazione e lavoro sulle autonomie personali).

I percorsi terapeutici e abilitativi/riabilitativi integrano strumenti operativi della neuropsichiatria dell'età evolutiva e della psichiatria degli adulti, realizzando uno spazio di operatività ed un contesto assistenziale caratterizzati dalla capacità di coniugare le competenze delle due aree disciplinari nei percorsi di cura della fascia di età cosiddetta di transizione.

PERSONALE

Nella struttura operano le seguenti figure professionali: Infermieri, Psichiatra, Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Educatori Professionali, OSS. Il Personale di Assistenza possiede formazione specifica la cui pianificazione è formalizzata ogni anno all'interno del Piano Annuale Formativo. Almeno un infermiere è presente sulle 24 ore per assicurare assistenza e prestazioni terapeutiche continuative. La multiprofessionalità è garantita da momenti di compresenza programmata di tutte le diverse professionalità: educatori, psicologo, psichiatria e neuropsichiatra durante le ore diurne, infermieri ed OSS sulle 24 h. La Residenza usufruisce del sistema di E-U del DAI-SMDP: uno psichiatra ed un infermiere a supporto sono quindi disponibili e attivabili 24 ore /24. Nella Struttura sono presenti sempre almeno due operatori contemporaneamente. Nella gestione della Residenza e dei Progetti Terapeutici Residenziali dei minori si considera di fondamentale importanza, nell'ambito multiprofessionale dell'équipe, la condivisione sia delle scelte riguardanti i percorsi diagnostici, terapeutici e abilitativi specifici, sia la definizione di una linea relazionale ed educativa comune, che dia coerenza, continuità e stabilità alla quotidianità dei minori ospiti. Se, da un lato, tali modalità relazionali rappresentano un fattore necessario di continuità tra i vari componenti dell'équipe, dall'altro si ritiene altrettanto importante definirne le specificità di ruolo e funzione le quali tracciano confini, diversità e capacità di

integrazione.

È garantita un'attività di formazione specifica, a carattere continuativo, che prevede anche supervisioni mensili da parte di professionisti esterni.

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

La struttura ha sede in San Polo di Torrile (PR) in Piazza Pertini n° 1, è situata in una zona dotata di una rete accessibile di servizi generali, sociali, sanitari, educativi e ricreativo culturali facilmente raggiungibili, ha uno spazio verde delimitato. Le soluzioni architettoniche e la suddivisione degli spazi interni tengono conto delle caratteristiche dell'utenza a cui è destinata la struttura, allo scopo di garantire la funzionalità delle attività che vi vengono svolte e il mantenimento e lo sviluppo delle autonomie individuali. Le dimensioni sono state rapportate alle attività offerte ed al numero degli ospiti. La suddivisione delle aree e la loro destinazione d'uso consentono di usufruire di spazi individuali e comuni certi e definiti, garantendo l'intimità personale e nel contempo momenti di vita comunitaria ed attività di gruppo. La Struttura è suddivisa su due piani:

Al piano Terra:

- 1 ambulatorio, dotato delle attrezzature e strumentazioni cliniche necessarie alle valutazioni di neuropsichiatria infantile. Le caratteristiche del locale sono tali da consentire l'osservazione, il colloquio clinico e la somministrazione dei test appropriati alle diverse fasce di età e alle patologie o problematiche presentate; sono disponibili attrezzature e strumentazioni idonee: specchio, strumentazione per la valutazione della sensibilità tattile, termica e dolorifica, penna luminosa, metro, martelletto, diapason; vengono effettuati ECG con lettura mediante tele cardiologia, esami di laboratorio e visite specialistiche facendo riferimento di norma alla Casa della Salute di Colorno.

- 1 studio dedicato all'attività della Psicologa della Residenza: ha le caratteristiche tali da consentire l'osservazione, il colloquio clinico e la somministrazione dei test;
- 1 locale è dedicato agli operatori (guardiola infermieristica diurna), utilizzato anche per i briefing diurni con l'equipe;

- 1 ufficio dedicato al Coordinatore;

- 2 locali adibiti al soggiorno e al lavoro di gruppo e individuale, uno dei quali dotato di lavandino;

- 1 locale cucina dedicato alla porzionatura dei pasti e alla conservazione delle derrate alimentari;

- 1 locale dedicato alla conservazione del materiale d'uso; · 1 servizio igienico per gli utenti attrezzato per disabili;

- 1 servizio igienico dedicato agli operatori;

- 1 locale adibito allo stoccaggio biancheria pulita;
- 1 locale adibito allo stoccaggio biancheria sporca;
- 1 locale adibito a lavanderia;
- 1 locale adibito alla ditta convenzionata per pulizie;
- 1 ascensore con serratura accessibile solo tramite operatori.

Al 1° piano

- 4 camere a due letti dotate di servizi igienici, 2 dei quali attrezzati per disabili;
- 1 camera singola ad un letto dotata di servizi igienici;

- 1 locale dedicato agli operatori;

- 1 studio medico dedicato alla Responsabile della Residenza dotato di servizi igienici;

- 1 spogliatoio suddiviso in 1 locale per il personale maschile e 1 locale per il personale femminile dotato di servizi igienici;

Le camere da letto possiedono struttura, arredo e attrezzature tali da garantire la sicurezza e l'incolumità della persona. La quantità e qualità degli arredi è conforme alla normativa nonché a permettere una idonea funzionalità d'uso, fruibilità e sicurezza in relazione alle caratteristiche dell'utenza ospitata e alle diverse fasce di età.

Attraverso telecamere a circuito chiuso, esiste la possibilità di sorveglianza con tutela della privacy con controllo degli spazi comuni notturni (corridoio e scale) e degli spazi esterni alla Residenza (ingresso e giardino). Gli strumenti tecnologici deputati alla visione delle scansioni delle telecamere sono posti all'interno del locale dedicato agli operatori al 1° piano della Residenza. Le porte della Residenza sono allarmate e il dispositivo è attivo dalle ore 21,00 alle ore 07,00, eccezionalmente può essere attivato durante le ore diurne. Le attrezzature e la strumentazioni cliniche richieste sono quelle dell'ambulatorio di neuropsichiatria infantile. Per lo svolgimento delle attività espressive nelle diverse fasce di età è disponibile materiale ludico e altro materiale.

POSTFAZIONE

Fulvio Ervas è uno scrittore veneto, autore di libri come "Nonnitudine", in cui narra l'esperienza di diventare nonni e le modificazioni che avvengono nella vita quotidiana e nel mondo interno in questo cambiamento di ruolo; di romanzi come "Se ti abbraccio non aver paura", libro dell'anno 2012 degli ascoltatori di Fahrenheit Rai

Radio3 in cui narra del viaggio negli USA di un padre con un figlio affetto da autismo.

Fulvio Ervas insegna scienze naturali alle scuole superiori. Nella sua esperienza di insegnante ha avuto modo di ascoltare colleghe e colleghi che dicevano ai loro studenti “voi siete una generazione che non ha futuro”. Gli è capitato di riflettere spesso su queste affermazioni giungendo alla conclusione che simili comunicazioni possono avere conseguenze molto negative sugli studenti, soprattutto in una fase della loro vita in cui intrattengono, sovente, relazioni importanti con i loro docenti. Gli è capitato di pensare che, in questo modo, si tarpano le ali agli adolescenti in formazione invece che aprirli al mondo e ad un'esperienza che diventa progetto.

E' una riflessione molto importante quella di Fulvio Ervas perché viene da uno scrittore che ha una particolare sensibilità per certe tematiche e perché è un docente di scuola superiore e, in quanto docente, si è sempre domandato cosa sia giusto trasmettere e quale sia la sua responsabilità nei confronti dei suoi studenti.

“ Voi non avete futuro”. Come dire: “inutile che vi impegniate, tanto non servirà a nulla”.

Se si introietta questo pensiero di non avere futuro si arriva facilmente alla conclusione che non ci sono speranze essendo la speranza proiettata proprio nel futuro.

Mancanza di futuro, mancanza di speranza: percezioni che possono avere effetti devastanti, che possono far ripiegare su sé stesso il ragazzo, fino a fargli rasentare i bordi dell'umore depressivo, fino ad indurlo un'aggressività che potrebbe condurlo ad agiti distruttivi e autodistruttivi. Se non c'è futuro, se non c'è speranza si può facilmente essere sballottati nel gorgo delle proprie pulsioni senza riuscire a trasformarle in desideri che abitino il mondo, senza riuscire a trasformarle in progetto.

Affermare che i ragazzi, gli adolescenti, gli adolescenti che sono sulla zona di confine e ad un passo dal diventare adulti non hanno futuro è una distorsione comunicativa che elude uno dei compiti fondamentali quando si entra in relazione con loro: l'ascolto. Ascoltare, saper ascoltare, come accade nella Residenza di S. Polo è la premessa a qualsiasi altro tipo di attività. Ascoltare e saper ascoltare è dar spazio alla soggettività, è partire dalla persona, dai suoi bisogni, dai suoi limiti, dai suoi desideri che devono essere, necessariamente, letti e interpretati.

Non bisogna mai dimenticare che chi è ospite di una comunità si porta dentro storie pesanti fatte di perdite, di affetti sbriciolati, di lutti non elaborati, anche per il paese che ha dovuto lasciare con la migrazione. Perdite e mancanza di affetti che lasciano dentro, spesso, un senso di vuoto o di rabbia e dove la speranza è diventata miraggio.

Per aprire alla speranza, per aprire al futuro bisogna, dunque, dedicarsi ad un paziente lavoro di ri/soggettivizzazione. Ri/soggettivizzazione significa tornare a dare dignità alla persona, farla tornare ad essere soggetto attivo e non oggetto passivo. Significa intenzionarla al mondo. E per farlo uno degli strumenti più importanti che si hanno a disposizione è quello dell'ascolto. Perché è solo attraverso l'ascolto che si può, poi, costruire insieme.

Sono le storie che vanno messe sempre al centro. Per capire. Per progettare, anche in modo innovativo. Per far tornare un appetito alla vita, per usare un'espressione cara

allo psicoanalista Cremerius e che era alla base del suo prendere in cura psicoanalitico, ma anche del suo prendersi cura.

Nell'introduzione a questo quaderno sono stati citati giustamente Tommasini e Basaglia. La loro rivoluzione è stata proprio quella di mettere al centro la persona, il soggetto, con i suoi bisogni, le sue necessità, i suoi desideri. Forse questo è il senso della caduta delle mura del manicomio. Mura che si erano erette anche dentro di noi, magari senza che ce ne rendessimo conto. Mura di cui era necessario prendere consapevolezza per farle, poco alla volta, crollare.

Mettere al centro la persona è coinvolgerla. Perché, come si è detto giustamente in tante occasioni, la cura non è efficace se non c'è l'assenso e il coinvolgimento del soggetto. Se gli viene imposta. Questo vale sia per la Residenza di S. Polo, sia per le Rems, sia per qualsiasi altro contesto sanitario.

Mettere al centro la persona, partire da essa, chiedere il suo consenso significa creare un sistema pattizio dove con il soggetto si costruisce un patto e dove la responsabilità di ognuno sta nel rispettare quel patto iniziale. Anche se è un patto che può essere, in tante fasi del rapporto che si crea, ricalibrato insieme. In un sistema pattizio il budget di salute diventa uno strumento forte, indispensabile e che deve essere usato in modo innovativo. Uno strumento che parte dalla persona e la rende protagonista.

Infine mettere al centro la persona, il patto, la responsabilità reciproca, significa, da una parte sostituire al luogo della cura i percorsi, dall'altra non esaurire l'intervento in un prendere in cura, ma avere anche la capacità del prendersi cura. Prendersi cura significa non esaurire le attività in interventi psicoterapeutici o farmacologici, anche se da essi, spesso, non si può prescindere. Vuol dire far emergere o ri/emergere le potenzialità, i desideri sopiti, vuol dire fornire un filo d'Arianna con il quale dare un orientamento e un aiuto ad uscire, per quanto possibile, dal labirinto di esistenze che hanno perso la loro progettualità.

La scrittrice Andrea Marcolongo ci ricorda, nel suo libro su Giasone e Medea, "La misura eroica", che esiste un verbo la cui etimologia ha molto a che fare con quanto si sta sostenendo in queste righe e sappiamo che le etimologie aprono finestre sui significati e sul senso del nostro essere nel mondo. Svelano verità che ci possono supportare nel nostro quotidiano relazionarci con ragazzi in difficoltà.

Il verbo a cui fare riferimento è "Mèdomai". La traduzione dal greco è, tra le altre, quella di "guarire" che può essere declinata come "guarire qualcuno", ma anche come "guarire da qualcosa" od ancora "prendersi cura", come "prendersi cura di qualcuno", ma anche "prendersi cura di sé".

Un altro significato importante di questo verbo è quello di riflettere, meditare.

Ed allora la parentela tra il prendere in cura, il prendersi cura, il riflettere diventa evidente.

E' nel momento della sosta, poiché meditare, riflettere, vuol dire sostare, è nel momento in cui agli agiti incontrollati, agli agiti che non tengono conto di un qualsiasi progettare si sostituisce la parola, che inizia il prendersi cura, il prendere in cura, il guarire.

Sostare, riflettere (che passa anche, o soprattutto, dall'ascolto dell'altro), prendersi cura, prendere in cura, sono percorsi che si intrecciano, che si incastrano e che fanno emergere nuovi sensi all'esistere e al nostro intervenire.

Per tornare allo scrittore Fulvio Ervas: sarebbe bello se egli sentisse i suoi colleghi e le sue colleghe dire ai ragazzi: "lo sappiamo che il futuro è difficile e pieno di incognite, Proviamo a costruirlo insieme".

Andrea Cabassi

Psicologo/Psicoterapeuta. Dirigente sanitario Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Parma.