

# APPUNTI

di

*Elisabeth Cosandy*

Il corso che si è tenuto presso il Centro Diurno del Presidio Psichiatrico in Via Castelnuovo,1 – Como, ha visto la frequenza assidua e costante di 30 / 35 persone tra familiari, operatori e volontari. Si è ricreato per la seconda volta una ricca occasione di confronto e di partecipazione diretta ai problemi vecchi e nuovi della sofferenza psichica dopo la chiusura degli ex O.P.

Si è ricreato il clima "giusto" che consente a ciascuno di esprimersi spontaneamente, di crescere insieme per giungere ad acquisire nuovi strumenti e capire meglio "cosa fare per i nostri pazienti e parenti oggi". Negli appunti successivi, si è voluto riprendere alcuni aspetti delle relazioni dei docenti per raccordarli alle domande e alle riflessioni nate nel dibattito.

*Sabato, 13 febbraio.*

Dalla prima relazione tenuta da Walter Fossati sull'assetto dei servizi psichiatrici, sono emerse tutte le preoccupazioni legate al modo in cui la Lombardia "interpreta" le leggi nazionali in materia.. L'aver inserito la direzione del Dipartimento di Salute Mentale all'interno della Azienda Ospedaliera, in contrasto con il " Piano Obiettivo Nazionale Salute

Mentale" impedisce ancora una volta che l'accento venga messo sul territorio, che l'attività degli operatori sia rivolta verso il reinserimento dei malati nel tessuto sociale.

Giustamente, un partecipante chiede che "fine ha fatto la doppia "S" della Unità Socio-Sanitaria Locale " e teme che si voglia soltanto rendere più produttiva la psichiatria dopo

anni e anni di torpore. All'interno poi delle numerose branche della medicina specialistica, di cui alcune molto redditizie, la psichiatria non rischia di essere un parente povero?

Il relatore spiega che il mandato dato al governo di emanare un nuovo decreto legislativo a superamento delle norme contenute nelle precedenti disposizioni (Legge 502 e 517 varato dal ministro De Lorenzo) potrebbe collocare di nuovo la psichiatria nelle ASL a livello distrettuale, ma questo ritorno non cambierebbe automaticamente "la filosofia" del sistema volta verso la mera gestione di bilancio.

Si è parlato poi del complesso delle strutture che fanno parte del Dipartimento, il quale dovrebbe configurarsi come un "organismo vivente" di cui i vari servizi sono in comunicazione gli uni con gli altri. Ad essere un po' il cuore del sistema, è il C.P.S. che ha

il compito di presa in carico dei pazienti. Gli operatori di questo presidio devono formulare il progetto terapeutico e seguire le persone nelle varie fasi dell'intervento, devono essere in contatto con le altre agenzie (Centro Diurno, CRT, Comunità Protetta) per un invio e il successivo monitoraggio se occorre affidare l'ammalato in strutture ad elevata protezione, per un sostegno quotidiano di tipo riabilitativo.

Prende la palla al balzo un paziente e spiega con la sua testimonianza quanto siamo ancora lontani da un sistema che attiva le varie risorse in modo fluido e sinergico. Seguito in un CRT dove si è riqualificato professionalmente e poi dimesso, si trova ora senza un servizio di riferimento che lo aiuti nella sua ricerca di lavoro, che sostenga le sue capacità genitoriali nei confronti della figlia evitando così l'allontanamento della bambina dal nucleo familiare.

Si esprime poi un educatore che spiega perché è interessato al corso e al conoscere più da vicino l'attività dell'ASVAP 5. Dice: "Noi operatori ci muoviamo in una realtà nuova dopo la chiusura dell'ex O.P. e dobbiamo impostare diversamente il nostro lavoro per ora cerchiamo di conoscere il territorio e le sue risorse per costruire una rete di rapporti....Sono tutte cose nuove."

Con un bel rimando, prende la parola una volontaria del gruppo di Albate; con entusiasmo spiega il percorso dalla conoscenza all'accoglienza nel paese di un gruppo di degenti. Descrive le riunioni preparatorie e l'incoraggiamento del parroco, le gite per raggiungere una baita e il lavoro pratico per risistamarla. Dice semplicemente che all'inizio la gente

aveva paura di questi "nuovi residenti" ma poi la diffidenza è diminuita mano a mano che è cresciuta la conoscenza. "Senz'altro ci vuole buona volontà e siamo stati molto aiutati dalle riunioni periodiche con l'equipe medica per capire e risolvere momenti di crisi; però i risultati ci sono e questa esperienza ci ha molto arricchiti."

Il relatore interviene ancora in chiusura del dibattito per sottolineare che solo in una minoranza di casi si troverà la gente favorevole alla vicinanza nei condomini e nel rione di persone con sofferenza psichiatrica. Come per altre fasce di popolazione (immigrati, tossicodipendenti, handicappati) la "diversità" fa paura e la reazione è di chiusura. Il messaggio forte che passa è del tipo: "Ciascuno si arrangi come può". "Finchè non mi tocca ,non m'interessa". Sono segnali che arrivano da un tessuto sociale disgregato, dalla difficoltà dei singoli di riconoscersi come parte di una comunità locale. Laddove invece, si attiva una vera partecipazione dal basso, non formale e non subordinata alle decisioni dell'Azienda se non corrispondono agli interessi delle persone, sarà possibile attivare una dialettica a difesa dei diritti e della qualità delle cure in psichiatria. E' su questa base che andrebbero concepiti sia la Consulta sia il Comitato di Salute Mentale previsti dal Progetto Obiettivo.

### *Sabato 20 febbraio*

La relazione del Dott. Re ha per tema la riabilitazione o meglio gli scopi della riabilitazione in vista della "guarigione sociale". Nella prima parte e cioè a monte, il relatore ci aiuta a capire meglio chi sono i pazienti per i quali vengono messe a punto delle strategie riabilitative. In particolare si soffermerà su alcune caratteristiche del funzionamento mentale di pazienti psicotici perché le loro difficoltà riguardano direttamente il loro rapporto con la realtà ,le loro modalità di entrare in comunicazione con le altre persone. Nelle proposte operative di ogni intervento riabilitativo come la partecipazione ad un atelier, a delle uscite, per non parlare di programmi più impegnativi come il discorso lavorativo o abitativo salterà fuori tutta l'ambivalenza del paziente. Da una parte, la voglia di adattarsi e di risolvere i suoi problemi ma anche altre spinte, quelle più regressive o più caotiche con le sue manifestazioni: il delirio, l'isolamento, la distruttività..

Il relatore sottolinea quanto sia difficile per chi sta intorno alla persona sofferente adottare un atteggiamento aperto, non giudicante, non facendosi travolgere dalla voglia di

“normalità” a tutti i costi, non pensando ad un proprio fallimento se viene rifiutato un nostro progetto riabilitativo o un percorso di autonomia . In senso opposto, bisogna evitare di creare un rapporto di dipendenza che “legghi” il paziente alle decisioni degli operatori o dei familiari. Tutta questa complessa “geometria “ delle relazioni e delle decisioni potrebbe essere oggetto di un prossimo corso.

Nel dibattito, alcuni familiari chiedono chiarimenti sull’origine della schizofrenia e sul fattore ereditario di tale malattia. Il Dott. Re dà una risposta puntuale in termini scientifici; mette in evidenza che l’incidenza della malattia rispetto alla popolazione non è in aumento ma che sono le condizioni di vita di questi ammalati che tendono a peggiorare a causa della complessità dei modi di vita attuali. La possibilità di “guarigione sociale” di queste persone è più alta nelle società meno evolute...

Tutta la seconda parte della relazione è servita per illustrare un modello di funzionamento delle varie strutture previste nel Dipartimento di Salute Mentale e del loro utilizzo avendo in mente come questi supporti ,queste agenzie, permettono la tutela, l’arricchimento, la creazione di spazi, nel tessuto sociale, per i pazienti. Sono le relazioni che vanno curate: con i familiari, con gli amici o i vicini, con i commercianti ecc.

Nel dibattito, è nata una lunga riflessione, a più voci, sulle “luci” e sulle “ombre” della situazione attuale: quasi tutti gli ospiti dell’ex O.P. hanno trovato ora una nuova collocazione; i familiari concordano sul fatto che le residenze scelte offrono ambienti migliori e personale accogliente.

Tuttavia ci sono dei timori; la sorella di un ammalato dice: “Mi sembra che sul territorio, i pazienti vengono più sedati”. Un altro partecipante aggiunge :. “Certo che qui, al San Martino, i nostri potevano scorrazzare, il giardino della residenza, a confronto, mi sembra un fazzoletto”. Ci sono anche dei rimpianti: “Se penso all’esperienza di Trieste, e chi prende la parola si riferisce alla politica di apertura dell’O.P. e all’utilizzo degli spazi per la città, praticata allora da Basaglia e dai suoi colleghi , mi viene tristezza; dovevamo realizzare anche noi, a Como, un San Giovanni (nome dell’ex O.P. di Trieste).”

Risponde il relatore: “Certo, dice, il manicomio teneva conto dei “bisogni psicotici”, uscirne può essere vissuto come minaccia dal malato, ma il gioco vale la candela. Sul dosaggio dei farmaci, non mi sento di essere drastico. Può essere il paziente a richiedere di essere

più sedato; può essere una misura cautelativa presa dal medico per fronteggiare un cambiamento; il pericolo più grosso è la staticità. Voglio dire ancora due parole sul tipo di residenze e sulle possibilità di scelta. In certi casi, si fa un progetto residenziale per una sola persona ed è basato sulle caratteristiche che offre la struttura; altre volte il progetto viene costruito intorno ad un gruppo di pazienti che dovrà vivere insieme. Va fatta poi la distinzione tra la comunità terapeutica dove le attività riabilitative vengono svolte all'interno perché si parte dalla cura della propria persona, alla cura della casa, alla cucina, da altre soluzioni abitative per pazienti con più capacità di autonomia e di rapporti che trovano sul territorio le attività per il tempo libero, il reinserimento sociale o il lavoro. Credo di ripetermi, ma vorrei ancora sintetizzare quelli che sono gli scopi ultimi della riabilitazione: il primo è il miglioramento delle relazioni e il rafforzamento del senso di appartenenza alla comunità grande o piccola che sia. Il secondo è il miglioramento delle capacità propositive del paziente e la sua capacità di "tenuta" con il progressivo sganciamento dal servizio.

A questo proposito, è utile allargare l'orizzonte e seguire cosa avviene all'estero, dove le esperienze di gruppi di auto-aiuto sono più sviluppate che in Italia. Ad esempio, la Municipalità di Monaco di Baviera dando riconoscimento ad alcuni gruppi organizzati su singole problematiche ha messo a loro disposizione delle sedi e dei finanziamenti. Certo, queste iniziative non possono sostituirsi ai servizi, come del resto gli Enti Locali non possono rinunciare ai loro doveri istituzionali, ma poter affrontare problematiche come l'alcolismo, la follia, l'omosessualità con tutti gli esiti di emarginazione che conosciamo in un'ottica di cittadinanza e di mutuo soccorso è sicuramente di beneficio per tutti."

La parola passa di nuovo ai partecipanti e nonostante l'ora, siamo già andati oltre le 18.00, viene toccato un'altro argomento. Dice una Signora: " Dottore, la sua esposizione è stata molto chiara così come quello che dovremmo fare, ma a volte, noi familiari, non ci sentiamo capiti dagli psichiatri. Quello che facciamo per i nostri congiunti è sempre sbagliato.

Sei colpevolizzato se non t'interessi ,ma se lo fai, non fai la cosa giusta. Esiste anche una barriera dei linguaggi: non abbiamo l'impressione che quello che viviamo e che scambiamo con il nostro parente abbia peso nel progetto terapeutico."

"Questo mi sembra un discorso troppo corposo per esaurirlo in questo fine pomeriggio", risponde Edoardo Re." Posso accennare che parlando del ruolo del familiare, noi operatori dobbiamo aprire uno spazio di ascolto e capire chi è e che cosa ci vuole dire, dobbiamo pensare al suo ruolo rispetto al nostro paziente e che aiuto può o vuole dare. Infine

spesso, noi dobbiamo saper dialogare e portare avanti dei progetti più globali con le associazioni di familiari. Mi richiamo alla "geometria" dei rapporti che come esercizio è appassionante, ma tutt'altro che facile".

Si conclude così questo secondo sabato di corso, ricco e pieno di nuove conoscenze, e dove si vede spuntare materia per un seminario successivo .

### *Sabato 27 febbraio*

Tutti i partecipanti conoscono la Dr.ssa Ornella Kauffmann e sanno del suo impegno nella fase di transizione verso la chiusura e la riconversione dell'ex O.P. San Martino. Non è necessario commentare la relazione che ha tenuto in questa occasione; è più utile considerarla nella sua interezza come strumento di lavoro prezioso per proseguire il lavoro dell'Associazione, del volontariato e dei familiari. Vorremmo piuttosto riportare tutte le annotazioni riguardanti le varie strutture residenziali che ospitano attualmente gli ex-degenti del S. Martino.

La Dr.ssa Kauffmann ha rilevato che nell'ambito comasco è stato relativamente facile trovare posti sia nelle CP del Dipartimento di Salute Mentale , sia in case di riposo di buon livello qualitativo. Disporre sul territorio di risorse già esistenti ha agevolato la chiusura dell'ex O.P. nei tempi previsti e ha rappresentato sicuramente un risparmio per l'Azienda Ospedaliera non dovendo investire fondi per la creazione di nuove strutture. Anche la collaborazione tra gli Enti Comuni, Provincia e ASL ha contribuito alla soluzione del problema. Attualmente e indipendentemente dal tipo di residenza, gli oneri della degenza sono tutti a carico del Servizio Sanitario Nazionale e questo atto viene definito da Ornella un atto di giustizia sociale nei confronti di chi, per anni e nonostante la Legge 180, è stato segregato in manicomio. Non tutte le Amministrazioni, in altre zone della Lombardia, hanno inteso di dovere rispettare la circolare del Ministro Bindi come è stata applicata a Como .In alcune situazioni ai pazienti ospitati in case di riposo viene richiesto il pagamento di una retta.

Analizziamo ora alcuni dati e vediamo che sul totale di pazienti dimessi ( 324 persone), 87 rimangono in strutture appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale e 237 sono state accolte in strutture del settore socio-assistenziale e in particolare in case di riposo. Per questi ultimi, esiste ancora un rapporto con gli operatori dell'ex O.P. in questa fase di

transizione, ma bisogna avere chiaro che successivamente, questo legame verrà meno. Da qui, la necessità di monitorare adeguatamente tutte le situazioni e di cercare gli aggiustamenti se la soluzione scelta non è del tutto soddisfacente.

Ad esempio, è già emerso che all'Archè di Menaggio sono stati inviati troppi pazienti rispetto alla capienza della struttura e agli spazi a disposizione; a breve , verrà reperita una comunità nelle vicinanze, per una decina di ospiti.

Potrebbe essere un impegno dell'Associazione e dei familiari fare una valutazione delle strutture più importanti e segnalare eventuali nodi problematici.

Vivono ancora 51 ammalati in 2 reparti del S. Martino ( Villa Verde e F 1) ma per la maggior parte di loro è già in atto un progetto di comunità. Sembra una decisione forzata invece, il dover cercare una sistemazione esterna per 19 persone molto anziane , ma anche per loro l'Azienda Ospedaliera chiede un trasferimento all'esterno.

Nel dibattito, è intervenuta l'Assistente Sociale Matilde Trinca che ha mantenuto i contatti con gli ospiti nelle nuove strutture. Ha raccolto le loro impressioni con l'ausilio di un questionario che mette in luce dei sentimenti contrastanti; se da una parte , a molti, non dispiacerebbe ritornare al S. Martino, immediatamente dopo s'informano, inquieti: "Ma, devo tornare?" Chiedono se qualcuno è rimasto lì e esprimono il desiderio di rivedere gli amici. Matilde chiede ai familiari di occuparsi un po' di chi non ha parenti e che ora si trova ancora più isolato. Lancia anche l'idea di organizzare un soggiorno al mare come era consuetudine nell'ex O.P. con la possibilità di accompagnamento di un gruppo di operatori facendone richiesta al Dott. Cetti.

L'agenzia sociale si adopera anche per l'organizzazione di una giornata di festa al S. Martino riunendo di nuovo i pazienti.

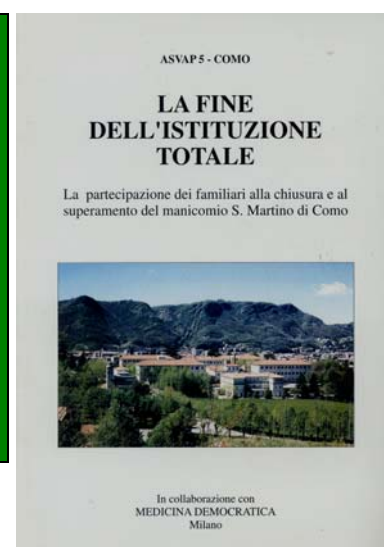
In conclusione, il Presidente dell'ASVAP mette l'accento sull'importanza della formazione, annunciando che, appena verrà approvato il Decreto legislativo che modificherà l'attuale assetto della sanità, si cercherà di farne conoscere i contenuti a tutti. Solleva poi un punto molto dolente che riguarda l'utilizzo dell'area del S. Martino. Le trattative tra la Provincia, il Comune e l'ASL non hanno prodotto nulla di concreto e le associazioni presenti a Como che chiedono un uso degli spazi per la città non hanno ottenuto udienza.

## *Sabato 6 marzo*

Questa ultima lezione con l'avvocato Luigi Lia è servita per chiarire ancora una volta il percorso culturale e giuridico che porta a considerare oggi le persone malate di mente come dei cittadini, portatori di diritti. A sorreggerle, nei casi di capacità mentali molto ridotte, si affianca un tutore o un curatore. Questo ruolo viene spesso svolto da un congiunto o da un parente disponibile, ma la legge non obbliga nessun familiare ad adempiere a questa funzione. Anche se all'interno dei manicomi questo ruolo era a volta ricoperto dal medico o da un altro operatore, è auspicabile affidare questo incarico ad una persona "più neutra". Il corso ha avuto la funzione di sensibilizzare i volontari a questa tematica.

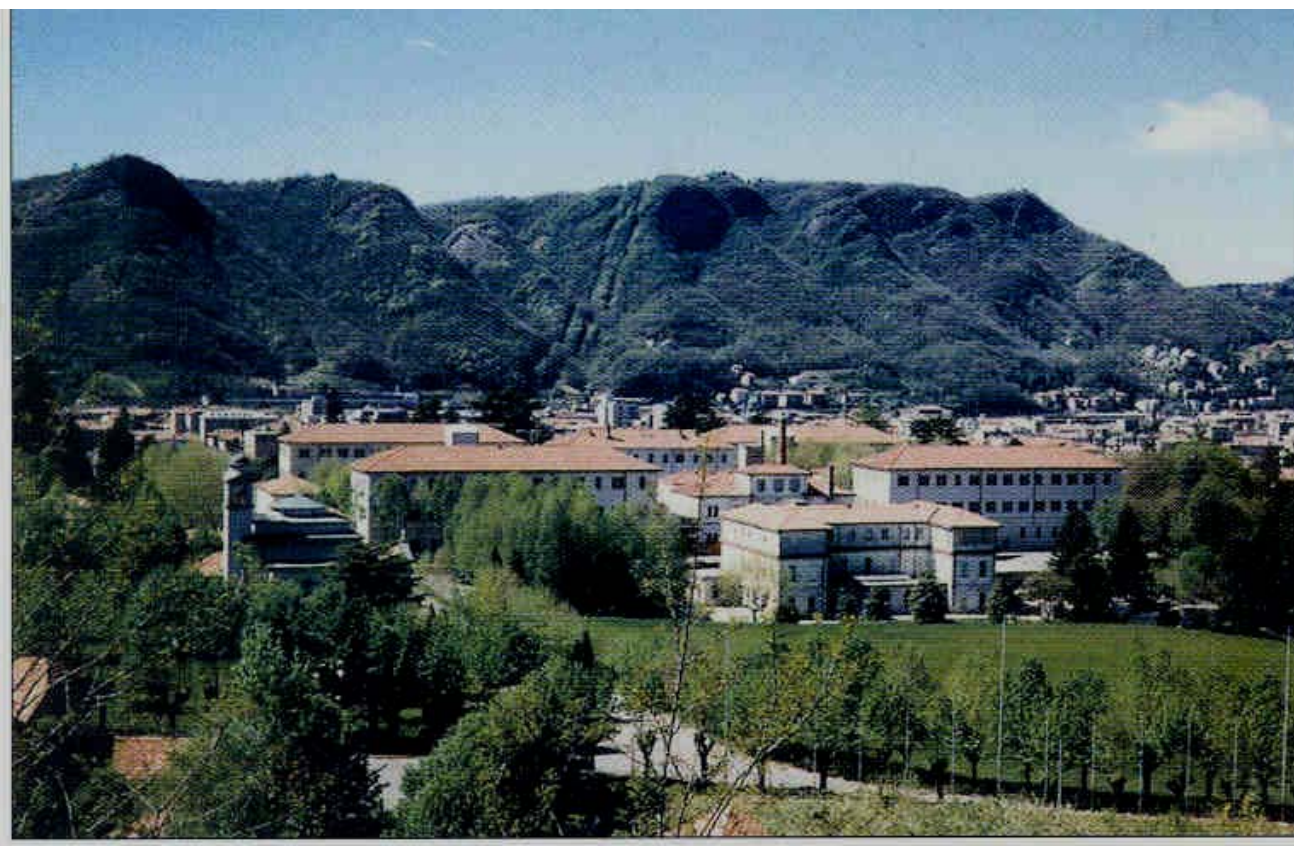
Con degli esempi concreti, Luigi Lia ha spiegato anche il lavoro di consulenza che svolge per difendere gli ammalati e gli anziani di cui il nostro sistema sanitario non si vuole prendere cura delegandole all'assistenza. Ha fatto notare la crescita di un movimento associativo che rivendica la messa in pratica delle leggi di tutela.

**Il volume a fianco è stato pubblicato dall'ASVAP di Como a testimonianza della partecipazione dei famigliari alla chiusura e superamento del Manicomio.**



# L'ISTITUZIONE MANICOMIALE RICONVERSIONE SUPERAMENTO

Ex Ospedale Psichiatrico "San Martino" di Como



CITTADINANZA AI MALATI  
INTEGRAZIONE SUL TERRITORIO  
SPAZI ABITATIVI IN COMUNITA'