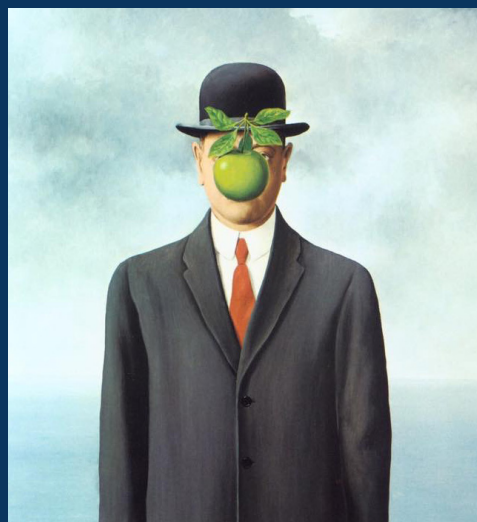


INFO MIND

Per buone pratiche di pensiero



Rivista semestrale telematico-
cartacea del Dipartimento
di Salute Mentale dell'Azienda
Sanitaria Territoriale Ancona/Marche

INFOMIND

Per buone pratiche di pensiero

Sommario

- 5** **Presentazione**
- 6** **Massimo Mari**
Editoriale
- 8** **Riccardo Coltrinari**
Appunti di tecnica del colloquio psicologico per l'assistenza sociale
- 15** **Ferdinando Benedetti**
Presentazione del Decreto Ministeriale N.77 del Luglio 2022 - Estratti dal D.M. 77/2022. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- 28** **Riccardo Coltrinari**
Il rapporto interpersonale fra medico e paziente all'interno della dimensione dell'aiuto e della cura
- 36** **Gaetano Maria Moretti**
Promozione e tutela del benessere psicologico, emotivo e del funzionamento sociale in età evolutiva: orientamenti e proposte di intervento
- 53** **Sarantis Thanopoulos & AA. VV.**
Nota di presentazione al Manifesto & Manifesto per la Salute Mentale
- 58** **Riccardo Coltrinari**
Psicologia della prescrizione farmacologica
- 66** **Leonardo Montecchi**
Una diagnosi inventata: il Disturbo da deficit d'attenzione (ADHD)
- 71** **Ferdinando Benedetti**
Il sistema diagnostico di classificazione dei DSA secondo l'ICD-10 e la consensus conference
- 80** **Luigi Foroni**
Apprendimento tra natura e ambiente
- 85** **Riccardo Coltrinari**
Le terapie combinate in psichiatria: a favore di un approccio integrato
- 95** **Ferdinando Benedetti**
La psicologia sociale psicoanalitica ed i consultori familiari pubblici. Proposta di legge sul potenziamento dei consultori familiari - 1a bozza.
- 110** **Norme per gli autori**

INFOMIND Contatti

redazione.infomind@gmail.com

Direzione

Riccardo Coltrinari

Massimo Mari

Responsabile Organizzativo

Ferdinando Benedetti Tel. 349 5397815

Comitato di redazione, scientifico e di lettura

Giovanna Bartolini

Ferdinando Benedetti

Francesca Bozzi

Laura Cassetta

Riccardo Coltrinari

Albachiara Gagliardi

Veronica Manini

Massimo Mari

Marco Massaccesi

Simone Novelli

Sauro Santini

Area Web

Albachiara Gagliardi

Sauro Santini

Segretaria Editoriale

Albachiara Gagliardi - Tel. 339 6453217

Progetto Grafico

Gaia Benedetti Perinetti Casoni

Impaginazione

Ramona Petracchioli

Stampa

Tipolitografia Fabrianese

Via Giuliano Ceresani, 2 Fabriano (AN)

Tel. 0732 627186 - info@tipolitografia.com

Immagini

Lorenzo Recanatini

In copertina

Il figlio dell'uomo, Rene Magritte, 1964

PRESENTAZIONE

Ferdinando Benedetti

Infomind riprende le pubblicazioni con rinnovato vigore, un nuovo comitato di redazione, scientifico e di lettori, una nuova veste grafica e l'ambizione di rappresentare teorie e buone pratiche in Sanità non solo del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Territoriale N. 2 delle Marche, ma di tutta la Sanità Regionale. Saremo felici di ospitare contributi di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie di tutti i Servizi e gruppi équipe del Sistema Sanitario Regionale, seppur nel rispetto delle "Norme per gli autori" che troverete allegate in fondo al presente volume. La Rivista privilegerà le esperienze nei Servizi Pubblici ma sarà aperta al contributo dei privati qualora si evidenziassero in quell'ambito esperienze pilota interessanti per efficienza ed efficacia. La redazione si riserva inoltre di ospitare saggi di rilievo nazionale e internazionale inerenti alla salute mentale nei tre classici ambiti della prevenzione, cura e riabilitazione oltre a lavori sulla organizzazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari. I lavori proposti per la pubblicazione dovranno essere inviati ai Direttori, al Responsabile di Organizzazione e alla Segretaria di Redazione accompagnati da una lettera in cui evidenziare le generalità del proponente unitamente ad un breve curriculum ed eventuali altre note aggiuntive, al seguente indirizzo di posta elettronica: redazione.infomind@gmail.com. Ciascun lavoro passerà al vaglio preventivo del Comitato di Redazione per la verifica di compatibilità con la linea editoriale e in caso di accettazione, l'Autore verrà coinvolto nella correzione delle bozze di stampa.

EDITORIALE

Massimo Mari

La psichiatria complessa (ne ho viste di cose...)

Sono ormai nell'età dell'esperienza, la mia generazione ha cercato di precipitare nelle realtà locali il movimento di culturale che vede in Franco Basaglia il pensatore più rivoluzionario nelle pratiche e nella concettualizzazione delle stesse. Molti di Noi sono andati in pensione o sono in fine carriera ciascuno col suo bagaglio di esperienza, di vittorie e di rimorsi.

Credo che ben diversa sia oggi la qualità della vita, il rispetto, la possibilità di convertire in apprendimento ciò che le persone, che in un tempo della loro vita hanno provato momenti critici e dolore mentale senza speranza,

oggi trovino. Il paziente lavoro quotidiano denso di tentativi, riflessioni, fallimenti e nuovi tentativi più efficaci delle nostre equipe multiprofessionali ha segnato sentieri in deserti emozionali che ci hanno insegnato tanto.

Il nostro sapere di non sapere ci ha permesso di ascoltare l'altro da Se' aiutandolo a scoprire ciò che non sapeva di sapere, avendo oltre la soddisfazione di osservare tanti cambiamenti e maturazioni personali sia nelle persone in cura che negli allievi, anche nell'apprendimento sempre personalmente nutriente e motivante che il privilegio della nostra professione permette.

Tutto ciò è stato permesso dalla formazione continua che nei nostri servizi e nei nostri ambienti è stato possibile.

Oggi abbiamo nelle pratiche più coraggiose superato le posizioni dilemmatiche fra interessate scuole di pensiero verso sintesi dialettiche, operate nelle equipe, orientate al benessere del singolo soggetto, della singola famiglia, della singola istituzione, della

Io ne ho viste di cose che voi umani non potreste immaginarvi:
navi da combattimento in fiamme al largo dei bastioni di Orione
e ho visto i raggi B balenare nel buio vicino alle porte di Tannhäuser.
E tutti quei momenti andranno perduti nel tempo, come lacrime nella pioggia.
E tempo di morire.



Blade Runner - 1982 - Ridley Scott, Philip K. Dick

singola comunità: Il trauma trigerazionale rintraccia nell'epigenetica e nello studio del patrimonio genetico la sua esplicazione biologica rompendo l'antitesi genetico-traumatico; la documentazione biologica inequivocabile delle conformazioni genetiche dei disturbi dell'attenzione con iperattività ci permette di comprendere anche dal punto di vista biologico le necessità farmacologiche di chi un tempo veniva classificato come "borderline, tossicodipendente, antisociale, cocainomane ecc.." aggiustando con pertinenza le strategie psicoterapiche e farmacologiche; la neomanicomializzazione in strutture residenziali è stata trasformata in riabilitazione residenziale verso l'autonomia e la cooperazione autosufficiente in gruppi appartamento sequenzialmente protetti, autogestiti, di proprietà degli utenti; siamo passati tramite le cooperative sociali di tipo b dalle borse lavoro all'assunzione come socio cooperante; abbiamo trasformato l'attività sportiva dalla semplice ricreazione alla possibilità di cooperare tramite il corpo e lo sport; i percorsi espressivi delle arti e del teatro hanno permesso per molti la presa in considerazione dell'autentico desiderio personale orientando la crescita ed il cambiamento; abbiamo appreso parole e consuetudini in lingua madre di persone che sono costrette ad ignorare o nascondere le loro culture di provenienza; stiamo conoscendo la visione del mondo cambiata nelle nuove generazioni.

In altre parole, utilizzando per ciascuno il linguaggio pertinente alle sue radici, abbiamo avuto l'onore di conoscere dialogando nuove visioni del mondo, sopportando e supportando la complessità delle nuove esperienze.

Certamente non è bastato sapere di non sapere ma anche l'introiezione dell'esperienza dei nostri maestri, che hanno costruito metodi di inquadramento per apprendere da tanta complessità, è stata fondamentale.

Ora si pone un quesito, come da sempre nel succedersi delle generazioni, come trasmettere queste esperienze alle nuove generazioni affinché possano conoscerle per elaborarle e modificarle senza rimuoverle?

Perché non finiscano "come lacrime nella pioggia...".?

Massimo Mari

Psichiatra

Direttore Dipartimento di Salute Mentale
Azienda Sanitaria Territoriale Marche, Ancona
massimo.mari@sanita.marche.it

APPUNTI DI TECNICA DEL COLLOQUIO PSICOLOGICO PER L'ASSISTENTE SOCIALE ⁽¹⁾

Riccardo Coltrinari

Il “segreto” per intraprendere una relazione di aiuto valida, è racchiuso nell'abilità di avviare un primo colloquio positivo in cui si riesce ad agganciare l'utente. La cosa importante da tenere presente è quella di evitare coinvolgimenti affettivi, di parlare di colpe, di schierarsi con una delle parti in gioco, di dare risposte immediate che soddisfano solo le richieste materiali. Per contro invece si deve imparare a parlare di errori, a restituire la delega, a chiarire le richieste esposte, a definire spazi, tempi e modalità di azione, a ricostruire la storia sia familiare che personale del soggetto, evidenziando le possibili carenze che lo hanno condotto allo stato attuale.

Il primo intervento evidenziato non per ordine di importanza in quanto tutti gli interventi rappresentano un continuum, è quello di conferma che fa riferimento all'attività verbale dell'annuire o dell'approvare delle affermazioni, che può avere un grande impatto emotivo se fornito nel momento e col tono emozionale ottimale. In merito al punto riguardante consigli ed elogi, dove i consigli implicano il dare al paziente suggerimenti su come comportarsi mentre gli elogi rafforzano certi suoi comportamenti esso è ritenuto

1) Lavoro predisposto per un Corso di Formazione organizzato nell'anno 2000 dall'Ufficio Formazione e Aggiornamento Professionale della Azienda Sanitaria Locale N. 7 delle Marche e diretto alle Assistenti Sociali della ASL 7.

negativo perché limita lo sviluppo spontaneo del paziente. L'incoraggiamento ad elaborare aiuta ad amplificare alcuni aspetti non chiari all'utente, in modo che, qualcosa che prima non era oggetto di riflessione, può offrire ora nuovi spunti di riconsiderazione. Il prerequisito indispensabile che fa da collage a tutti gli altri, è la convalidazione empatica che consente di comprendere per immedesimazione lo stato interiore del soggetto, in modo che lo stesso si senta compreso nel suo vissuto soggettivo che lascia emergere con fiducia. Durante il complesso processo di ascolto, comprensione e rielaborazione, si realizzano gli interventi di: Interpretazione che consente di cogliere i desideri e le fantasie inconscie attorno a cui si costruiscono storie, sogni, sintomi, esplicitando a partire dal loro contenuto manifesto, il loro contenuto latente; confrontazione che aiuta a chiarire punti di vista divergenti su una particolare condizione vissuta dal soggetto; chiarificazione che è l'intervento che consente di amplificare la domanda diretta dell'utente che spesso nasconde o è motivata da altre esigenze, in modo da mettere in luce e rinviare al soggetto il senso di ciò che ha detto, ridistribuendo i ruoli, gli spazi, i tempi, e coinvolgendolo nel suo processo di elaborazione. Non bisogna dimenticare, infatti, che il lavoro sociale è un lavoro di educazione e rieducazione delle possibilità dell'altro di riconoscere, differenziare e farsi carico dei propri problemi, risolvendo la confusione interna e divenendo capace di affrontare le proprie situazioni problematiche.

In tutto ciò, ha un peso preponderante l'atteggiamento interno dell'Assistente Sociale che riguarda la propria sfera emotivo-affettiva e cognitiva che regola la disposizione mentale e di conseguenza quella relazionale dell'operatore. Entrano in scena le componenti della storia personale dell'Assistente Sociale, i suoi bisogni, i suoi desideri, le sue paure che sono potenzialmente pericolose in una relazione a due, ma che pure possiede in quanto essere umano.

Esaminiamo più da vicino alcuni di questi aspetti fondamentali che influiscono sull'assetto mentale dell'Assistente Sociale e che possono influenzare più o meno inconsciamente le sue scelte operative. La neutralità ad esempio è una delle caratteristiche più importanti per la

comprensione di un individuo. L'Assistente Sociale dovrebbe, durante il colloquio, dimenticare sé stessa, svuotarsi per fare posto all'altro. Solo così si possono comprendere pienamente le vicende umane che spingono un individuo a comportarsi in un determinato modo o a seguire determinate strade invece che altre. Si tratta dunque di mettere tra parentesi i propri bisogni e i propri punti di vista, di qualsiasi natura (politici, ideologici, religiosi, culturali), per aprirsi completamente all'altro e ampliare i propri orizzonti con nuove prospettive che, valorizzate con il giusto peso, contribuiscono ad arricchire e dare significato alla relazione.

Dopo aver ascoltato attentamente, dopo essere "entrato" nella persona e quindi averla capita a fondo, l'operatore esplicherà con chiarezza e competenza il suo punto di vista di esperto che deve comunque rispondere al suo mandato. La neutralità implica dunque il non stare con nessuno o stare con tutti, non parlare di colpe bensì di problemi come tali e non come derivanti dalla cattiveria di altri..

Altro elemento tipico nell'assetto mentale dell'operatore è il concetto di astinenza. La parola astinenza trova il suo pieno significato nella costruzione di uno spazio di osservazione, riflessione e valutazione, elementi questi necessari per l'identificazione della vera natura dei problemi e delle loro soluzioni. Astinenza dunque dall'affannarsi a voler dare risposte immediate, quasi come se dare subito una risposta fosse di plauso per la nostra bravura. Bisogna invece evitare di soddisfare acriticamente le richieste della persona, per permettere la creazione e la tutela di uno spazio di riflessione in cui ogni scelta sia ragionata e coerente. Tuttavia l'astinenza non deve essere applicata troppo rigidamente. Nell'accezione che viene qui proposta, l'astinenza non rappresenta dunque solo uno schermo di difesa per l'operatore che potrebbe altrimenti essere facilmente tratto in inganno, ma rappresenta soprattutto una difesa per gli interessi della persona, la quale, ricevendo risposte affrettate e frettolose, potrebbe avvertire la sensazione di essere manipolato e non compreso nelle sue reali esigenze, incentivando così in lui un senso di profonda insicurezza. E' dunque una questione di equilibrio tra frustrazione e gratificazione delle aspettative della persona,

che trova senso nel riconoscimento dei bisogni reali e prioritari della stessa. Astenendosi dal cadere nelle richieste transferali del paziente, l'operatore, sospendendo la gratificazione e la scarica della tensione creata dal desiderio, permette l'elaborazione soggettivata di ciò che muove l'individuo.

Un altro elemento molto importante nella impostazione di una relazione è la distanza, intesa come distanza emotiva che si viene a creare tra operatore e utente. Nell'accoglienza dell'utente, abbiamo detto che è molto importante un avvicinamento emotivo-affettivo della persona che la faccia sentire a suo agio, completamente accolta e compresa. Al contempo però, occorre distanziarsi emotivamente dalla situazione e vedere con occhio clinico il soggetto, le risorse, le possibili soluzioni. La distanza si giostra dunque sull'equilibrio che esiste tra lo partecipe e lo osservante, equilibrio che si stabilisce a misura della persona che ci troviamo di fronte; non dimentichiamo, infatti, l'importanza della soggettività e della diversità dell'altro in una relazione. Alcune persone, infatti, potrebbero sentire la nostra accoglienza come troppo invadente e pericolosa, altri potrebbero avvertire nella nostra distanza riflessiva un senso di abbandono e di disinteresse. Si tratta di favorire in sé stessi e nel paziente la capacità di sollevarsi al di sopra dell'immediatezza coinvolgente dei fenomeni, di creare uno spazio mentale (di autoriflessione) che consenta di riconoscere la diversità dell'altro e di vedere correttamente la realtà.

Durante il colloquio, l'interazione tra operatore ed utente avviene tramite tre livelli:

- **livello cognitivo** che mira alla prima conoscenza del fenomeno, alla raccolta di dati, informazioni e chiarificazioni.
- **livello empatico-emozionale** che è il livello più profondo in cui si cerca di stabilire quella relazione affettiva con il cliente che ci consente di entrare nel suo inconscio ed evidenziare le dinamiche nascoste che guidano il suo comportamento attuale.
- **livello interpretativo** che utilizza i due livelli precedenti per fornire, dopo elaborazioni transfero-controtransferali, una nuova considerazione degli eventi emersi dal colloquio, in modo da programmare risposte che vanno a soddisfare anche le

richieste, inconsciamente non espresse, ma presenti e condizionanti le domande effettuate.

Accanto ai livelli e alle componenti dell'assetto mentale sopra descritte, per la gestione di un buon colloquio occorre anche tenere presenti diverse variabili che in un qualche modo vanno a condizionare lo svolgimento dello stesso. La prima variabile da tenere presente è la personalità del soggetto, il suo mondo di valori, idee, preconcetti, appartenenze culturali e coinvolgimento emotivo nella situazione. Dobbiamo essere in grado di comprendere quanto il problema vissuto dall'utente è reale o frutto delle sue idee o dei suoi valori, dobbiamo riuscire ad evidenziare il grado di coinvolgimento emotivo che la situazione suscita nello stesso: è importante capire cosa abbia spinto il soggetto a recarsi da un professionista, quanto e se egli è realmente intenzionato a cambiare la sua vita o se invece l'idea del cambiamento gli arreca angoscia e sofferenza. Occorre pertanto studiare la realtà interna del soggetto, la complessità della sua storia personale, le tappe che attraversa, nonché è opportuno inquadrare l'utente all'interno dell'ambiente in cui vive, inteso come ambiente di lavoro, di scambi sociali e familiari. La posizione che un individuo occupa in una data classe sociale o in un gruppo, la natura degli aiuti che riceve dall'ambiente, la sua appartenenza culturale, il suo ruolo in famiglia, ci aiutano a comprendere quanto in realtà la sua situazione problematica sia influenzata da sue carenze o malattie psicologiche e quanto invece sia condizionata dall'ambiente che lo circonda.

L'altra variabile da tenere in considerazione è quella relativa al tempo, inteso sia come disponibilità dell'Assistente Sociale nei confronti del soggetto, sia come tempo psicologico riferito alle fasi della vita che la persona sta vivendo, alla tappa del ciclo vitale familiare che attraversa attualmente e alle modalità di svolgimento di quelle che ha già vissuto.

Accanto alla variabile tempo, c'è da tenere presente la variabile luogo intesa anche questa sotto due aspetti: il luogo fisico, lo spazio, l'ambiente in cui si svolge il colloquio che deve garantire la giusta privacy, il rispetto della persona e il miglior ascolto, per cui è

opportuno che non ci siano interruzioni brusche come il telefono che squilla, le persone che entrano, tutte situazioni che possono indurre nell'intervistato l'impressione di essere "di troppo". Al contempo, il luogo è inteso anche come distribuzione spaziale dei due soggetti che denota il coinvolgimento di entrambi e la loro considerazione della situazione è dunque opportuno che nelle relazioni faccia a faccia, i due soggetti siano disposti in modo da favorire l'impressione di uguaglianza e di cooperazione, evitando posture del corpo che trasmettano distacco, freddezza e disinteresse. Il contesto in cui si snoda la relazione, può essere o meno neutrale, comunque detta le regole della comunicazione. Conoscere le variabili che possono influenzare un colloquio ed averne padronanza, è dunque indispensabile per la realizzazione di un valido processo di aiuto.

La relazione di aiuto, infatti, è da sempre considerata una componente essenziale al processo di cambiamento in funzione di ciò che veicola e che, a seconda dei luoghi e delle culture, viene chiamato effetto placebo, suggestione, magnetismo, carisma, autorità, influenzamento, condizionamento etc. Cercherò, per quanto attualmente possibile, di elaborare esplicitamente nelle sue dinamiche questo "veicolo" che può essere assimilato ad un micro-intervento psicoterapeutico e che è scomposto in fattori psicoterapeutici aspecifici. Questi fattori vengono chiamati psicoterapeutici perché hanno una valenza terapeutica che si attua attraverso processi psicologici all'interno della relazione di aiuto. Vengono definiti aspecifici perché pressoché ubiquitari nelle relazioni di aiuto e non riferiti specificamente a tecniche psicoterapeutiche anche se ne costituiscono un efficace substrato basilare e portante.

Fattori aspecifici della relazione di aiuto

1. Fattore transferale
2. Fattore empatico
3. Fattore anamnestic : effetto narrativo e conoscitivo
4. Fattore diagnostico : effetto ricostruttivo interpretativo con donazione di senso
5. Fattore prescrittivo: counselling attivato da un soggetto transizionale

Fattore transferale

Il paziente attribuisce all'Assistente Sociale un potere di accudimento a saper risolvere i problemi che in passato aveva attribuito e sperimentato con i genitori, in un modello di relazione sul quale si modella e struttura ogni ulteriore relazione di aiuto. Di conseguenza, se un soggetto non ha avuto esperienza di una buona relazione di cura ed accudimento, sarà molto diffidente nei confronti di ogni erogatore di prestazioni di aiuto. Questo fattore, è alla base del ruolo di possibile pacificatore e riorganizzatore che è proprio della Assistente Sociale, in virtù di queste riedizioni e riattualizzazioni relazionali che consentono di sollevare il soggetto dalla sua tensione, facilitandone il processo di ricomposizione attraverso la regressione e l'affidamento. Quindi, la qualità della relazione che si stabilirà è determinante nel processo di cura, in funzione proprio delle parole utilizzate e del clima affettivo-emozionale creato. In questo caso, potrà avere più valore terapeutico, l'utilizzare il momento di difficoltà per condurre il paziente ad accettare una certa fisiologica regressione e dipendenza, cogliendo anche l'occasione per consentirgli di ridare un nuovo ordine ai suoi legami intrapsichici ed interpersonali.

Fattore empatico

Regressione e maternage sono indotti anche dal setting stesso che innesca un tipo di relazione di aiuto e accoglienza, la cui somiglianza con l'accudimento materno è stretta. Questo contesto fornisce, secondo Winnicott, un sostegno (holding) all'io dell'infante permettendone lo sviluppo e la fortificazione. Secondo Kohut queste funzioni fondamentali vengono descritte come riconoscimento empatico e rispecchiamento che forniscono al bambino la consapevolezza di essere riconosciuto, accettato e incoraggiato nei suoi vissuti interiori. In questo contesto, un'importanza fondamentale riveste lo sguardo del genitore, così, anche lo sguardo tecnico dell'Assistente Sociale deve essere meno inquisitorio e più partecipativo nei riguardi della sofferenza, specie negli anziani. La teoria dell'attaccamento di Bowlby insiste invece nelle componenti innate, istintuali ed etologiche, caratterizzate dal desiderio di benessere, continuità di cure, stabilità e

sicurezza ricercate dal bambino nelle persone che lo accudiscono. Queste funzioni vengono fondamentalmente rievocate nella relazione dell'operatore con la persona malata e pertanto regredita in un atteggiamento di dipendenza infantile. Questa regressione faciliterebbe appunto l'accudimento e la cura, ma evoca anche bisogni e sentimenti di protezione e nutrimento per lo più difficilmente accettati da un adulto, benché sofferente, e crea a volte difficoltà ad affidarsi, interferendo con l'alleanza di lavoro. Con queste descrizioni non si vuole affermare che non esista o non sia possibile un rapporto di pariteticità adulta, ma che tale relazione evoca un corredo emozionale particolare che influisce nella vita di relazione estesa del paziente.

Fattore anamnestico: effetto narrativo e conoscitivo

Ho già avuto modo di dire come la procedura di valutazione relativa alla raccolta dei dati del problema e della storia del soggetto, abbia una ineludibile valenza psicoterapica in quanto il paziente si racconta (racconta la sua visione del mondo e delle cose) e raccontandosi, ritrova una storia, la sua storia di eventi e di vissuti che lo identificano nel soggetto che è qui ed ora. Ritrovando la sua presenza e la sua identità, il malato iscrive la sua sofferenza in un contesto storico, sociale e familiare, soggettivo e collettivo, che lo situa e dà significazione agli eventi, anche sgradevoli come la malattia, ma che lo caratterizzano ancora di più invece che decurtarne le possibilità. Questo percorso è assimilabile a quello psicoterapeutico, dove la rievocazione del passato, rivissuto nel presente della relazione di aiuto, media una donazione di senso, prima perduta, non conosciuta o non esistente. Il disagio sociale, infatti, rappresenta una frattura nella continuità di senso esistenziale, una ferita narcisistica che limita il senso di potenza insito in ogni umana proiezione nel futuro. Questo, impedendo i progetti, rendendoli inattuabili, obbliga ad una riflessione ed ad una riorganizzazione definitoria della esistenza e molte persone sentono gratitudine per la sofferenza perché, dicono "grazie ad essa ho capito che...". Ma questo avviene solo nel caso in cui è possibile un lavoro di elaborazione dei micro-lutti associati a tale condizione dolorosa.

Fattore valutativo-diagnostico: effetto ricostruttivo interpretativo con donazione di senso

Continuando ad utilizzare gli apporti psicoanalitici più recenti, corredate dall'osservazione diretta dell'interazione madre-bambino, potremmo sostenere che il rapporto di Servizio Sociale è, riconosciute le debite e realistiche differenze, comparabile nei piani inconsci a quello della madre con il figlio durante i primi mesi di vita. In questo periodo si assiste ad un fenomeno descritto da W. Bion (1962) come contenimento materno (reverie), che consisterebbe nella metabolizzazione delle paure del bambino che vengono restituite, depotenziate nella relazione empatica dell'aspetto eccessivamente doloroso ed arricchite di significato. Similmente il soggetto, regredito nelle modalità relazionali per la condizione di aiuto che richiede dipendenza accuditiva, porterà all'Assistente Sociale l'angoscia relativa alla frattura esistenziale determinata dalla sofferenza senza nome, perché vissuta come insensata, nel tentativo di una donazione di senso che è richiesta sottoforma di riconoscimento e valutazione del problema. Anche nella concezione psichiatrico-fenomenologica la comunicazione di vertice specialistico, all'interno di una relazione significativamente comprensiva, permette di dare un nome alla sofferenza senza significato, il dolore subito, si trasforma in dolore vissuto, estraneo al soggetto perché non voluto e si soggettivizza per mezzo della relazione comprensiva. La crisi del senso di continuità dell'essere (Sinngestzlichkeit) diviene svolta, progetto per una nuova significatività esistenziale. In questa dimensione la diagnosi si propone come un dato che può restituire significatività e senso all'accidente e rappresentare un tassello prima mancante al collage esistenziale. La sofferenza può quindi proporsi come invito a nuove attenzioni esistenziali, a rivisitazione della propria visione del mondo, purtroppo oggi spesso inficiata da stereotipi megalomaniaci e maniacali di iperproduttività e individualismo esasperato.

Fattore prescrittivo : il counselling attivato dal soggetto transizionale

L'Assistente Sociale nel suo lavoro di

counselling, spesso si sovrappone con la figura dell'educatore e questa sua funzione ci interessa per il suo etimo di ex-ducere, che si presta come metafora dell'estrarre le potenzialità nascoste del soggetto-utente, mediante lo attraversamento delle esperienze e del fare nel suo procedere per tentativi ed errori.

Sarebbe l'autore della individuazione (secondo Jung) mentre l'autore della cura sarebbe lo psicoterapeuta. Compito fondamentale dell'educatore è quello di porsi come "soggetto transizionale" (G.Benedetti) che media tra i soggetti relazionali reali e gli "oggetti interni" o meglio il gruppo interno familiare, che è così persecutoriamente proiettato nella realtà. La distanza, è la condizione fondamentale per difendersi dalle "infezioni" da curare e si realizza tramite la capacità di discriminare l'identità personale da quella professionale in modo da non creare contaminazioni tra i desideri e le lacune personali ed eventuali riparazioni di questi aspetti tramite il ruolo professionale. Il "soggetto transizionale" è il supporto, il sostegno (holding), nei momenti critici iniziali della relazione, lo sguardo e la presenza necessari ad accettare l'umiliazione dell'errore e la ferita narcisistica del ricominciare da zero senza vergognarsi della propria debolezza causata dal disagio interno e ambientale. E' colui che accompagna (agogos del pedagogo) nelle traversie del ritorno competitivo e frustrante della società, colui che è vicino quando in famiglia si riproducono i sospetti e le distanze, colui che dà calore ai momenti di tristezza depressiva, ogni volta che problemi affettivi si impongono con la loro complessità e travolgenza.

Mentre lo psicoterapeuta decostruisce e depotenzia i miti inconsci e le difese anacronistiche, l'Assistente Sociale somministra contenuti e propone esperienze da fare in un ambiente "facilitante", comprensivo, libero e protetto da sguardi inquisitori e valutanti. L'Assistente Sociale accompagna fuori, nello spazio sociale, lo psicoterapeuta rende l'interno, la dipendenza più vivibile, accogliente, meno soffocante e castrante del passato. Lo psicoterapeuta regge la depressione e l'Assistente Sociale può smorzare la reazione maniacale e la utilizza nei modi del possibile. Lo psicoterapeuta

presta la sua mente ed il suo cuore, mentre l'Assistente Sociale mette le sue braccia "pensanti" in favore di un progetto unico che ha come scopo la creazione di un individuo capace di soffrire, amare e lavorare. Secondo questa descrizione, tra l'altro, sarà difficile discriminare quello che è terapeutico da quello che non lo è e sarà impossibile discriminare la differenza terapeutica tra l'agire dell'Assistente Sociale e quello dello psicoterapeuta.

Contenitore/contenuto

Come ho già avuto modo di accennare, la relazione Assistente Sociale-utente, ripropone tutti i meccanismi della relazione madre-bambino poiché ognuno di noi porta dentro il fanciullo dell'infanzia. Ne è un esempio la relazione contenitore/contenuto, tipica del rapporto madre-bambino, tramite la quale quest'ultimo è proteso a proiettare nella madre delle esperienze indesiderate che non riesce a comprendere. La madre tenderà ad assumerle dentro di sé, ad interpretarle e a restituirle provviste di un significato, mettendo in atto quella capacità di "reverie" descritta da Bion che consiste nel far emergere la disponibilità affettiva ed emotiva insita in ogni madre. Queste stesse dinamiche, questa relazione contenitore/contenuto, deve essere riproposta dalla stessa Assistente Sociale che finisce per rivestire il ruolo di "madre" nel rapporto con l'utente. Tale ruolo sarà per lei indispensabile perché gli consentirà di entrare nel mondo interno del soggetto per interpretarlo e comportarsi di conseguenza. Così come la madre aiuta il piccolo a costruirsi una mente, tramite l'introyezione e l'interpretazione dei suoi sentimenti, anche quelli negativi, allo stesso modo anche l'Assistente Sociale deve introiettare i sentimenti dell'utente per rielaborarli e restituirglieli, in modo da aiutarlo a pensare e a costruirsi una sua mente. Come sappiamo, una situazione problematica che l'Assistente Sociale si trova ad affrontare, rievoca anche in lei dei sentimenti del passato che vengono applicati impropriamente all'utente o al suo problema. Questo meccanismo potrebbe comportare un sentimento di cecità dell'Assistente Sociale alla situazione che l'utente presenta o di coinvolgimento eccessivo magari schierandosi su un fronte, facendo venire meno il suo

ruolo neutrale. A tal fine è importante che l'Assistente Sociale sia consapevole di quelli che sono i suoi sentimenti e della possibilità di trasportarli nella relazione, investendosi di un senso di onnipotenza o di aspettative ottimistiche che possono indurla in uno stato di stress. La consapevolezza della possibilità di sbagliare è uno strumento fondamentale per potersi avvicinare alle situazioni problematiche perché comporta il mettersi continuamente in discussione circa l'operato che si sta svolgendo. Lo stato mentale dell'Assistente Sociale è un'arma centrale per un buon approccio con l'utente in quanto implica la capacità di far posto al suo stato interiore, di entrare in contatto con le sue emozioni, il tutto al fine di iniziare bene l'incontro per dare prospettive fiduciose di speranza in un cambiamento. In questo modo, il bambino che è dentro sarà proteso a parlare di sé, ad aprirsi, poiché si aspetta di trovare nell'operatore un contenitore delle sue angosce, della sua rabbia e sofferenza e al contempo colui che lo aiuterà a rielaborare i suoi pensieri e a cambiare la sua vita. La comunicazione tra utente ed Assistente Sociale avviene tramite il meccanismo dell'identificazione proiettiva che è una modalità di trasmissione dei pensieri tipica nell'interazione madre-bambino e che si tende ad utilizzare anche nella vita adulta, poiché consente di proiettare le proprie angosce verso un soggetto che fa da contenitore. Tale meccanismo permette, infatti, da un lato di conoscere l'inconscio dell'utente e dall'altro l'utente stesso si sente protetto e liberato dalle frustrazioni perché le condivide con qualcuno e non le sente più estremamente pericolose. Un'Assistente Sociale che ha una buona formazione in merito alle dinamiche di interazione madre-bambino, nonché in merito alle modalità di osservazione dello stesso rapporto, sarà in grado di riconoscere la natura del disturbo e quindi di entrare in comunicazione con l'utente, evitando di lasciarsi investire da tali dinamiche.

Sintesi

I primi colloqui di una relazione professionale di aiuto sono occasione per la conoscenza dei bisogni del richiedente ma sono anche una prima forma di soccorso della persona, a patto che il colloquiatore riesca a stabilire una relazione proficua con il richiedente. Lo scritto passa in rassegna le varie condizioni in cui si possono svolgere i colloqui e i dispositivi migliori per trarre il massimo profitto da queste occasioni di incontro.

Parole chiave

Primi colloqui, assistente sociale, contenuto manifesto, contenuto latente, disposizione del colloquiatore, empatia.

Bibliografia

Bion W.R. (1962). Apprendere dall'esperienza. Roma, Armando, 1972.
Bowlby J.(1969). Attaccamento e perdita Vol. 1. Torino, Boringhieri, 1972.
Winnicott D.W. (1965). Sviluppo affettivo e ambiente. Roma, Armando, 1970.

Riccardo Coltrinari

Psichiatra

Psicoterapeuta

strappato56@gmail.com

Tel. 071 8705951

PRESENTAZIONE DEL DECRETO MINISTERIALE N.77 DEL LUGLIO 2022

Ferdinando Benedetti

Il testo che segue questa presentazione, dal titolo “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, è un allegato di un Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’Economia, delegato con Legge del Parlamento e quindi immediatamente esecutivo; si tratta del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022 entrato in vigore il 7 luglio 2022, un atto obbligato per ottenere i cospicui finanziamenti europei del Next Generation EU, da utilizzare all’interno del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) a favore del nostro Sistema Sanitario Nazionale. In altre parole, i finanziamenti europei Next Generation EU potranno essere ottenuti e spesi solo all’interno del modello organizzativo descritto nel documento che segue. Si tratta di un impegno che il Governo Italiano ha assunto con gli organismi del Governo Europeo e che non potrà essere tradito, pena la perdita dei finanziamenti promessi. Occorre dunque, indipendentemente dagli umori dei governi locali, avere ben presente che il rilancio della Sanità Pubblica dovrà esprimersi attraverso le forme descritte nel Decreto Ministeriale 77/2022 di cui qui di seguito riportiamo alcuni passi significativi e che può essere facilmente reperito nel suo testo integrale su internet. Da notare che il documento è incentrato sul rilancio di tutto il Sistema Sanitario Nazionale, il che fa ben sperare che non siano previste, nella ripartizione dei fondi, discriminazioni tra Regioni ricche e Regioni povere.

Il documento “Modelli e Standard” non si occupa solo di organizzazione e di quantità dell’offerta di servizi sanitari, ma anche di qualità. Rilevante è il continuo richiamo al lavoro di équipe e alla costituzione, come

regola, di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari. Gli studiosi del funzionamento dei gruppi umani e in particolare dei gruppi che hanno come scopo quello di produrre beni o servizi, segnalano in modo inequivocabile che il funzionamento di tali gruppi (gruppi équipes) non può prescindere da alcuni requisiti di base:

1. La stabilità contrattuale (contratti di lavoro a tempo indeterminato) che è presupposto fondamentale per l’assegnazione di ciascun professionista a tempo pieno ad un preciso servizio cui corrisponde un preciso territorio. In questo modo può avverarsi quel radicamento dell’équipe nel tessuto sociale assegnato e la nascita di quella rete di contatti tra autorità intermedie che è la base per una efficace azione preventiva soprattutto nei confronti delle fasce di cittadini più bisognose (azione cosiddetta “proattiva”);
2. La riconoscibilità del Servizio. Per favorire il radicamento sul territorio assegnato ogni Servizio/équipe deve essere facilmente riconoscibile, cioè deve avere una sede dai confini definiti e deve essere curata l’immagine sociale del Servizio stesso;
3. L’unitarietà delle responsabilità gestionali e funzionali. I professionisti di quel Servizio/équipe debbono fare riferimento come gruppo ad uno ed uno solo responsabile gestionale ed uno ed uno solo coordinatore funzionale. Ciò significa che le logiche attualmente dilaganti nella Sanità Pubblica che vedono la proliferazione di centri di potere, uno per ogni categoria professionale, debbono lasciare il passo ad una gestione e conduzione unitaria di tutta l’équipe, pena la frammentazione del gruppo di lavoro e l’impossibilità di lavorare in modo integrato.

ESTRATTI DEL D.M. 77/2022 MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ministero della Salute

(...)

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul

territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da equipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone".

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;

- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;

- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di equipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico,

con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");

- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;

- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;

- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;

- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

(...)

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito

della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimità", strutture e

telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, che sono considerate in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Tabella 1.
Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'equipe multiprofessionale

MMG e PLS e Medico di Medicina di Comunita' e Medici dei Servizi	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attivita' che garantisce presso la Casa della Comunita', nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attivita' la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed e' di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessita' diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicita' multipla il ruolo potra' essere assunto dallo specialista che segue la cronicita' prevalente per gravita'/instabilita' sulle altre e quindi questa figura potra' variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno si che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilita' economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unita' di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

L'integrazione con i servizi sociali così' come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità', ulteriore rispetto al Piano di zona già' previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. In tali termini, ai fini della relativa operatività', si richiamano l'intesa da sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

(...)

La Sanita' di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

La necessita' di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risultano in primo luogo alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) e' costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da piu' patologie croniche, le cui esigenze

assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilita' alle cure. Tali soggetti sono a rischio piu' elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilita', che puo' precedere l'insorgenza di uno stato piu' grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. E' altresì' importante svolgere attivita' di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fase piu' precoce della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equita'.

La Sanita' di Iniziativa e' un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già' nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa.

Lo scopo della Sanita' di Iniziativa e' la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina,

alla presa in carico globale della multimorbidity'. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i setting assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Sanita' di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attivita' di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. caregiver), lo snellimento delle attivita' burocratico-autorizzative.

La Sanita' di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanita' di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP),

e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente,

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

```

+-----+
|Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilita' secondo |
|criteri di densita' di popolazione e caratteristiche orografiche |
|del territorio. |
|La programmazione deve prevedere i seguenti standard: |
|- 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti; |
|- Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina |
|Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto |
|delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al |
|fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di |
|accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le |
|aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case |
|della Comunita' avendone in esse la sede fisica oppure a queste |
|collegate funzionalmente; |
|- 1 Infermiere di Famiglia o Comunita' ogni 3.000 abitanti Tale |
|standard e' da intendersi come numero complessivo di Infermieri di |
|Famiglia o Comunita' impiegati nei diversi setting assistenziali in |
|cui l'assistenza territoriale si articola; |
|- 1 Unita' di Continuita' Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) |
|ogni 100.000 abitanti; |
|- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o |
|comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un |
|bacino di utenza maggiore; |
|- 1 Ospedale di Comunita' dotato di 20 posti letto ogni 100.000 |
|abitanti. |
+-----+

```

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente (3) .

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa

di Comunita', al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunita' hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al

fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi

di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;

- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni. A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole

organicamente nel Programma delle attività territoriali.

Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, e' proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed e' approvato dal direttore generale della ASL (4) .

(...)

5. CASA DELLA COMUNITÀ

```

+-----+
|La Casa della Comunita' (CdC) e' il luogo fisico e di facile |
|individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di |
|assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il |
|modello organizzativo dell'assistenza di prossimita' per la |
|popolazione di riferimento. |
|Nella Casa della Comunita' lavorano in modalita' integrata e |
|multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed |
|erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai |
|sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. |
|234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi |
|prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo |
|21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri |
|12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle |
|competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni |
|dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di |
|rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente |
|Standard: |
|- 1 Casa della Comunita' hub ogni 40.000-50.000 abitanti; |
|- Case della Comunita' spoke e ambulatori di Medici di Medicina |
|Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto |
|delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al |
|fine di favorire la capillarita' dei servizi e maggiore equita' di |
|accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno |
|rispetto del principio di prossimita'. Tutte le aggregazioni dei |
|MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunita' |
|avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate |
|funzionalmente; alle Case della Comunita' accederanno anche gli |
|specialisti ambulatoriali. |
|Standard di personale per 1 Casa di Comunita' hub: |
|- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unita' di Personale di |
|Supporto (Sociosanitario, Amministrativo). |

```

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione

d'equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni - anche nelle loro forme organizzative - Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali.

L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;

- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto

capillarita' e prossimita' del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello hub e spoke. Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunita' di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunita', infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base. La CdC hub garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalita' di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuita' Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuita' Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicita' con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);

- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attivita' dell'Infermiere di Famiglia o Comunita' (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicita' e per la risposta ai bisogni occasionali;

- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunita', anche attraverso i Consultori Familiari e l'attivita' rivolta ai minori - ove esistenti - che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);

- Attivita' di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di eta' o condizioni di rischio e di fragilita'. Tutte le attivita' di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;

- Servizio di assistenza domiciliare di base;

- Partecipazione della Comunita' e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;

- Integrazione con i servizi sociali

La CdC spoke garantisce, nell'ambito delle professionalita' disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalita' di telemedicina:

- Equipe multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica

almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);

- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;

- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);

- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;

- Programmi di screening

- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;

- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;

- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

(...)

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

Le CdC hub al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto:

1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage

e di valutazione

dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC hub e spoke, inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell'offerta dal lavoro multiprofessionale, dall'integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della governance dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all'interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;

- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC hub e CdC spoke al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità

di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensita' specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densita' abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;

- Rete territoriale: la CdC e' messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunita', RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attivita' rivolte ai minori ove gia' esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilita' e altre forme di strutture intermedie e servizi;

- Rete territoriale integrata: la CdC e' in rete con l'attivita' ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo puo' avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici piu' complessi e ad alto grado di instabilita', che sono soggetti a frequenti ricoveri.

In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni e' la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualita' con e per la comunita' di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- e' il luogo dove la comunita', in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le prioritaa di azione e i correlati servizi;

- e' il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunita' e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunita', attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;

- e' il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunita' attraverso lo strumento del budget di comunita';

- e' il luogo dove la comunita' ricompona il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

IL RAPPORTO INTERPERSONALE MEDICO PAZIENTE ALL'INTERNO DELLA DIMENSIONE DELL'AIUTO E DELLA CURA

Riccardo Coltrinari

La relazione Medico-Paziente è in primo luogo di interesse psicologico e si sviluppa in quella parte della medicina conosciuta ed attraversata dal vertice della Psicologia Medica.

La Psicologia Medica studia gli aspetti psicologici costitutivamente presenti nella relazione con il paziente e in ogni atto della disciplina medica. Si interessa quindi sia di quello che vive il paziente ma anche il medico mentre sono in relazione.

Lo scopo di queste notazioni introduttive è quello di restituire alla relazione tra il medico ed il suo paziente, prima di ogni connotazione specialistica, la dimensione di rapporto interpersonale fortemente caratterizzata dalla dimensione di aiuto e di cura. La relazione medico-paziente è un dialogo tra due soggettività, costituita non solo dalle comunicazioni verbali, ma soprattutto da quelle non verbali e condizionata da preconcetti complessi, individuali e collettivi, che ogni individuo porta con sé, riassumibili nelle diverse visioni del mondo e dalle diverse modalità di percezione dello stesso rapporto di cura che vanno stabilendo, il medico per curare e se possibile guarire, il paziente per essere aiutato nel travaglio della malattia. Da sempre il sapere e la figura del medico sono stati considerati il primo farmaco e la fiducia

nelle cure è sempre stata la prima condizione necessaria all'efficacia della prescrizione, cosa che noi moderni mettiamo in relazione a quella che chiamiamo compliance. La relazione con il paziente (o clinica) è da sempre stata considerata una componente essenziale al processo di guarigione in funzione di ciò che "veicola" e che, a seconda dei luoghi e delle culture, viene chiamato effetto placebo, suggestione, magnetismo, carisma, autorità, influenzamento, condizionamento etc.

I contributi provenienti dalla clinica psicoanalitica ci permettono di focalizzare e nominare questo "veicolo" per poterlo utilizzare proficuamente e realisticamente in favore della cura, senza ledere la dignità ed il rispetto dovuto alla persona del malato e situando la medicina come conoscenza scientifica sempre meno affidata alla magia del carisma ed alla praticoneria. Questo veicolo, che può essere assimilato ad un micro-intervento psicoterapeutico, verrà, per quanto attualmente possibile, spiegato nelle dinamiche secondo un'ottica ermeneutica psicoanalitica, e scomposto in fattori psicoterapeutici aspecifici. Questi fattori vengono chiamati psicoterapeutici perché hanno una valenza terapeutica che si attua attraverso processi psicologici all'interno della relazione medico-paziente concordemente alla definizione di psicoterapia, termine che identifica un metodo specifico di trattamento effettuato tramite l'attivazione di processi mentali. Vengono definiti aspecifici perché pressoché ubiquitari nelle relazioni di aiuto e non riferiti specificamente a tecniche psicoterapeutiche anche se ne costituiscono un efficace substrato basilare e portante.

Fattori Psicoterapeutici aspecifici della relazione medico-paziente

1. Fattore transferale
2. Fattore empatico
3. Fattore anamnastico: effetto narrativo e conoscitivo
4. Fattore diagnostico: effetto ricostruttivo interpretativo con donazione di senso

Fattore transferale

Il paziente attribuisce al medico un potere di accudimento ed un saper guarire (che equivale ad un far tacere la sofferenza) che in passato aveva attribuito e sperimentato con i genitori, in un modello di relazione sul quale si modella e struttura ogni ulteriore relazione di aiuto, compresa ovviamente quella con il medico. Questo fattore è alla base del ruolo di possibile pacificatore e riorganizzatore che è proprio del medico in virtù di queste riedizioni e riattualizzazioni relazionali che consentono di sollevare il malato dalla sua tensione facilitandone il processo di ricomposizione attraverso la regressione e l'affidamento. Di contro, sempre per il potere descritto, il medico può, con la sua potenzialmente algida competenza e nella impersonale indifferenza, lasciare che il paziente cada in preda all'angoscia e così si disorganizzi ulteriormente perché privato di una comunicazione portatrice di senso e ricca di risonanza affettiva. La qualità della relazione che si stabilirà è determinante nel processo di cura, in funzione proprio delle parole utilizzate e del clima affettivo-emozionale creato dal medico. Nel reintrodurre un senso nominando la malattia, il medico limita l'angoscia legata alla realizzazione di una minaccia antica, sconosciuta e imponderabile, relata a timori infantili sempre presenti nell'inconscio del paziente. Per realizzare efficacemente queste premesse il medico dovrà adattare il proprio linguaggio a quello del paziente e, non essendo un caso che in questa circostanza sia il corpo a parlare richiedendo cura e attenzione, sarà di conseguenza necessario che il dialogo ed ogni intervento avvenga sul piano delle cure corporee. Infatti, nonostante la comprensione della condizione psicologica del paziente, il medico deve tenere presente che questa via non è per lo più praticabile dal soggetto che focalizza quasi esclusivamente la propria sofferenza nel soma e che quindi criticherà qualsiasi interpretazione selvaggia. In questo caso potrà avere più valore terapeutico l'utilizzare la malattia per condurre il paziente ad accettare una certa fisiologica regressione e dipendenza, cogliendo anche l'occasione per consentirgli di ridare un nuovo ordine ai suoi legami intrapsichici ed interpersonali.

Fattore empatico

Regressione e maternage sono indotti anche dallo stesso esame clinico del malato, dalle manovre di ispezione, percussione, palpazione e auscultazione, innescanti un tipo di relazione la cui somiglianza con l'accudimento materno è stretta.

Le manovre semeiologiche ed il dialogo ad esso associato, corredato da ascolto attento ed interessato durante la rilevazione dei segni, svolgono un potente effetto psicoterapico legato alla somiglianza di queste manovre con le cure che ogni mamma presta al proprio bambino e che forniscono, secondo Winnicott, un sostegno (holding) che si estende dal corpo all'lo dell'infante permettendone lo sviluppo e la fortificazione. Secondo Kohut queste funzioni fondamentali vengono descritte come riconoscimento empatico e rispecchiamento che forniscono al bambino la consapevolezza di essere riconosciuto, accettato e incoraggiato nei suoi vissuti interiori. Importanza fondamentale in questo contesto, riveste lo sguardo del genitore, come di estrema importanza è che lo sguardo clinico sia meno inquisitorio e più partecipativo nei riguardi della sofferenza, specie negli anziani. La teoria dell'attaccamento di Bowlby insiste invece nelle componenti innate, istintuali ed etologiche, caratterizzate dal desiderio di benessere, continuità di cure, stabilità e sicurezza ricercate dal bambino nelle persone che lo accudiscono. Queste funzioni vengono fondamentalmente rievocate nella relazione del medico con la persona malata e pertanto regredita in un atteggiamento di dipendenza infantile. Questa regressione faciliterebbe appunto l'accudimento e la cura, ma evoca anche bisogni e sentimenti di protezione e nutrimento per lo più difficilmente accettati da un adulto, benché sofferente, e creando a volte difficoltà ad affidarsi ed interferendo con la compliance.

Fattore anamnestico: effetto narrativo e conoscitivo

La procedura clinico diagnostica ha una ineludibile valenza psicoterapica nell'aspetto ermeneutico messo in atto tramite la raccolta dei dati anamnestici. In essa il paziente si racconta (racconta la sua visione del mondo e delle cose), vengono rilevati i segni semeioticamente, implicitamente raccolti come pegno di una sofferenza accolta e comprensibile, per arrivare alla formulazione di una diagnosi. Il paziente raccontandosi, ritrova una storia, la sua storia di eventi e di vissuti che lo identificano nel soggetto che è qui ed ora. Ritrovando la sua presenza e la sua identità, il malato iscrive la sua sofferenza in un contesto storico, sociale e familiare, soggettivo e collettivo, che lo situa e da significazione agli eventi, anche sgradevoli come la malattia, ma che lo caratterizzano ancora di più invece che decurtarne le possibilità. Questo percorso è assimilabile a quello psicoterapeutico, dove la rievocazione del passato, rivissuto nel presente della relazione di aiuto, media una donazione di senso, prima perduta, non conosciuta o non esistente. La malattia, infatti, rappresenta una frattura nella continuità di senso esistenziale, una ferita narcisistica che limita il senso di potenza insito in ogni umana proiezione nel futuro. La malattia, impedendo i progetti, rendendoli inattuabili, obbliga ad una riflessione e ad una riorganizzazione definitoria della esistenza (molti malati sono grati verso la loro malattia perché, dicono "grazie ad essa ho capito che..."). Ma questo avviene solo nel caso in cui è possibile un lavoro di elaborazione dei micro-lutti associati alla malattia, lavoro permesso dal lavoro anamnestico e facilitato dal medico che tenga conto di questi aspetti.

Fattore diagnostico: effetto ricostruttivo interpretativo con donazione di senso

Continuando ad utilizzare gli apporti psicoanalitici più recenti, corredati dall'osservazione diretta dell'interazione madre-bambino, potremmo sostenere che il rapporto medico-paziente è, riconosciute le debite e realistiche differenze, comparabile nei piani inconsci a quello della madre con il figlio

durante i primi mesi di vita. In questo periodo si assiste ad un fenomeno descritto da Bion come contenimento materno (*rêverie*) che consisterebbe nella metabolizzazione delle paure del bambino che vengono restituite, depotenziate nella relazione empatica, dell'aspetto eccessivamente doloroso ed arricchite di significato.

Similmente il paziente, regredito nelle modalità relazionali per la condizione di malattia che richiede dipendenza accuditiva, porterà al medico l'angoscia relativa alla frattura esistenziale determinata dalla sofferenza senza nome, perché vissuta come insensata, nel tentativo di una donazione di senso che è richiesta al medico sotto forma di diagnosi. Anche nella concezione psichiatrico-fenomenologica la comunicazione diagnostica, all'interno di una relazione significativamente comprensiva, permette di dare un nome alla sofferenza senza significato, il dolore subito, si trasforma in dolore vissuto, il corpo oggettivato dalla anatomia e dalla patologia (*Körper*) per la presenza di una disfunzione, estranea al soggetto perché non voluta, si soggettivizza per mezzo della relazione comprensiva. La malattia viene così iscritta nel corpo vissuto (*Lieb*), luogo di significazione imprescindibile della soggettività, della presenza e della condizione di gettitudine. La crisi del senso di continuità dell'essere diviene svolta, progetto per una nuova significatività (*Sinngeizlichkeit*) esistenziale. In questa dimensione la diagnosi si propone come un dato che può restituire significatività e senso all'accidente, e rappresentare un tassello prima mancante al collage esistenziale. La comunicazione diagnostico-terapeutica nonché quella prognostica, può, in questa prospettiva, divenire strumento psicoterapico prima che presidio clinico terapeutico.

Esempi di questi aspetti comunicativi inclusi nei cosiddetti "interventi supportivi" o di "aiuto terapeutico" (Tizon, 1988) sono i seguenti:

a) Comunicazioni che assicurano un rapporto psicologico attraverso atteggiamenti che agevolano la relazione e tecniche di intervento terapeutico come ad esempio l'uso dell'empatia (relazione emozionale) e atteggiamenti di apertura e accettazione.

b) Comunicazioni che incoraggiano l'espressione e l'esperienza di stati d'animo

connessi alla malattia e il suo processo terapeutico con la certezza del riserbo.

c) Comunicazioni che favoriscono un'atmosfera terapeutica e che permettono al paziente di non focalizzare l'attenzione esclusivamente sui propri aspetti sofferenti, ma di usare le risorse sane a sua disposizione.

d) Comunicazioni che incoraggiano atteggiamenti adattativi e maturativi da parte del paziente rinforzandone l'autonomia

Le attività relazionali di "ascoltare", "comprendere" e "spiegare" sono abilità cruciali perché favoriscono il rapporto medico-paziente (Balint, 1961).

Un atteggiamento positivo e recettivo alle componenti emozionali (Tizon, 1988; Levinson e Roter, 1995) da parte del medico implica lo sviluppo di capacità di ascolto e osservazione (Singer e Koch, 1997) che assicurano il contatto psicologico con il paziente (relazione interpersonale) e con sé stesso (relazione intrapersonale). Queste capacità sono le basi del terzetto terapeutico di ogni atto medico: "Saper come essere", "Sapere come ascoltare", "Sapere come agire" (Tizon, 1988).

- **A.** Il primo, Saper come essere, equivale ad affermare che la relazione Medico-Paziente è uno strumento diagnostico che rende possibile l'investigazione sui segni della malattia. Contemporaneamente è un fattore terapeutico che permette l'investigazione della vita emozionale del paziente e un metodo di impostare la migliore relazione possibile. Il medico lavora nell'area della soggettività e dell'oggettività.

- **B.** La seconda, Sapere come ascoltare, è l'area della comunicazione ma in entrambe vi sono comunicazione verbale ed emotiva.

- **C.** La terza, Sapere come agire, è l'area degli atti medici terapeutici in cui si trattano i sintomi e si contengono le ansie del paziente.

Una delle componenti psicologiche o emotive che più di frequente capita nelle relazioni di cura è la variante psicologica dell'ansia. Sia il medico che il malato avranno esperienza dell'ansia malgrado le loro differenti personalità, capacità, conflitti, limiti, risorse etc., entrambi sono uniti di fronte alla malattia

nel loro sforzo di vincerla. L'ansia del paziente è centrata sulla malattia stessa ed ogni realtà oggettiva che la riguarda, compreso il contesto sanitario. L'ansia del medico sorge dalla sfida clinica e da tutto ciò che vi è associato, come la relazione con il paziente e la sua famiglia, le risorse e le abilità proprie del medico.

Incontriamo sostanzialmente tre forme di ansia che emergono dalla relazione medico paziente.

a) Ansia Confusionale che subentra quando non c'è sufficiente comprensione o chiarezza a proposito di ciò che accade al paziente, al medico o alla relazione.

b) Ansia paranoide che compare quando c'è la percezione di attacchi, sia esterni al medico che al paziente, sia interni a ciascuno dei due, reali o fantasticati dentro la relazione o dentro il contesto del benessere.

c) Ansia Depressiva che sopraggiunge quando entrambi i partecipanti divengono consapevoli che certe loro azioni hanno avuto effetto negativo sull'equilibrio della relazione.

Le due reazioni più frequenti sono quelle regressive e quelle depressive. Le prime reazioni, con limiti ragionevoli, possono essere terapeutiche giacché la regressione implica una più o meno conscia accettazione della malattia e una diminuzione della normale capacità che il paziente possedeva prima della indisposizione. Questo è il primo passo verso l'assunzione del "ruolo del paziente" che significa, tra le altre cose, permettere a sé stesso di essere aiutato e che ci si prenda cura di lui. Con la regressione il soggetto perde indipendenza, maturità e capacità adattative, regredendo progressivamente verso stadi più infantili di dipendenza, egocentrismo, impazienza e desiderio di attenzione e aiuto, aggressività etc. Di fronte a questa scena, il medico ha il "ruolo del professionista", il cui compito è trattare la regressione del paziente evitando di accrescerla, ed anzi concentrando il suo interesse su quegli aspetti più adattabili, maturi e indipendenti che il paziente riesce a conservare. La depressione, (elaborazione del lutto) la seconda delle due reazioni, è una diretta conseguenza psicopatologica della situazione di malattia, che deriva dinamicamente dalla diminuzione dell'autostima mentre il paziente si confronta, attraverso la malattia, con le limitazioni e le debolezze proprie della

condizione umana. Ovviamente la questione di come i fattori psicologici agiscano nella relazione Medico-Paziente avrebbero tante risposte quanti sono gli incontri che tra curante e malato hanno luogo, specialmente se ciascuna relazione di questo tipo è considerata unica e irripetibile.

Tipologia dei pazienti

A. Il paziente dipendente prova un enorme bisogno di essere accudito come un bambinetto (con una forte paura di abbandono). Inutilità ed impotenza, caratteristiche della situazione di malattia, accrescono questa paura e questa pretesa che il paziente tenta di soddisfare con richieste di cura e protezione sproporzionate. Finché questi bisogni sono così grandi è molto difficile entrare in rapporto con lui. In qualche caso il suo egocentrismo gli impedisce di realizzare che anche altri possano avere le sue necessità.

B. Il tipo ordinato accumula aggressività repressa e piena di paura che può liberarsi e dominarlo. In questo prototipo si trovano particolari aspetti della personalità come la metodicità, la precisione, l'ordine, il perfezionismo e la meticolosa indagine degli altri.

C. Il tipo teatrale è altamente narcisistico e utilizza le attrattive personali per stabilire e mantenere una affettuosa, intensa e idealizzata relazione (in stile con il rapporto mantenuto con le figure parentali). Egli teme la malattia perché lo danneggia fisicamente e gli provoca una perdita di fascino. Si rapporta al medico calorosamente, con grande affetto e fa grandi sforzi per assicurarsi la sua attenzione, sebbene sia capace di manifestare intensa gelosia nel caso in cui il curante dedichi il suo interesse ad altri pazienti mentre si occupa di lui.

D. Il tipo sacrificato offre una immagine di autosufficienza nella sofferenza e tenta senza legame, di fare in modo che gli altri si accorgano dell'intensità della sua sofferenza e della sua forza nel sopportarla. Lo scopo della sua fantasia è l'attenzione, l'affetto e l'accettazione. Il suo senso di colpa è intenso ed il suo atteggiamento chiaramente masochistico. Ottiene una certa soddisfazione narcisistica dalla sua tribolazione e dal dolore. Il suo comportamento sottomesso ha lo scopo

di ottenere l'attenzione sul suo Sé sofferente.

E. Il tipo sospettoso reprime la sua debolezza vigorosamente. Egli teme la sua malattia perché lo può lasciare in una situazione di grande vulnerabilità nella quale chiunque può danneggiarlo. La sua difesa fondamentale è la proiezione che egli usa per mettere dentro gli altri i suoi impulsi negativi, a volte aggressivi. Egli è sempre in guardia e trae vantaggio dalle situazioni spiacevoli per gettare sospetti sugli altri. È molto sensibile alle critiche e accusa gli altri di essere la causa della sua malattia, del suo decorso o dei danni che ne derivano.

F. Il tipo orgoglioso credendosi indispensabile per gli altri, ha un esaltato senso del suo potere e del suo valore. La malattia è una minaccia per il suo concetto di sé dato che ne diminuisce il potere, così egli la teme. Quando è in buona salute egli si crede quasi invulnerabile, ma la sua malattia gli dimostra, facendo emergere la sua debolezza e causandogli intensa ansia, che le cose non stanno come egli crede. La sua condotta è orgogliosa, vanagloriosa e arrogante, ed egli cerca di assicurarsi che i più prestigiosi professionisti si occupino di lui e di stabilire con loro una intensa relazione personale.

Tipologia dei medici

I. Il tipo superidentificato è onnipotente, onnivedente, ordinato e dominante: egli si aspetta obbedienza e dipendenza dal suo paziente.

II. Il tipo organicista si occupa solo del corpo o di sue delimitate parti disinteressandosi di alcunché si trovi fuori dall'obiettivo centrale dei suoi sforzi terapeutici.

III. Il tipo imparziale si astiene dall'onnipotenza e non viene influenzato dal paziente o dal suo nucleo familiare; egli aderisce strettamente alla tecnica.

IV. Il tipo premuroso è catturato da una parte dall'onnipotenza che ritiene il paziente si aspetti da lui e dall'altra dalla consapevolezza dei propri limiti riguardo il compito in corso. Egli tende a diventare depresso e rassegnato ed incapace come è di fornire l'onnipotenza richiestagli, proietta questi atteggiamenti nel paziente, vissuto come un indifeso angosciato, individuo, degno di compassione.

V. Il tipo ambivalente non rinuncia al senso di onnipotenza, ma conosce i suoi limiti. Si sente

insicuro ed esercita un controllo eccessivo sui suoi pazienti vissuti come potenziali infidi nemici.

Nel complesso, potremmo dire che il più appropriato tipo di rapporto medico-paziente è quello che favorisce quanto più possibile in ciascun caso, sollievo emotivo nel paziente, poiché questo ha un importante effetto positivo in tutti i tipi di trattamento. Con questa premessa non si ottiene solo la cura emotiva del paziente, ma anche la cura psicologica di sé stesso come professionista e di conseguenza della relazione con il paziente.

Tizòn (1988) ha dato rilievo a due tipi di cura fondamentali che dovrebbero essere mantenute in una relazione terapeutica, per fare in modo che sia centrata sul paziente:

1. Attenzione psicologica superficiale o struttura psicologica esterna, costituita da tutto ciò che è associato con lo spazio fisico nel quale ha luogo la relazione: l'organizzazione personalizzata dell'incontro, la considerazione globale del paziente, la difesa della sua privacy, etc.
2. Attenzione psicologica interna, o struttura psicologica interna, costituita da tutto ciò che avviene nello spazio psicologico del rapporto; considerazione di ciò che deve essere esplorato, contenimento dei propri conflitti e dell'ansia del paziente, atteggiamento recettivo verso il dolore e la sofferenza etc.

Considerazioni critiche, limiti e scotomi del sapere medico

Il sapere medico nella sua evoluzione si è focalizzato sulla malattia come morbo da debellare dimenticando la sua funzione di cura del malato nella sua complessità esistenziale, nel momento in cui i fondamenti scientifici hanno escluso qualsiasi forma di sapere esperienziale (di cui è ricchissima la clinica) che non fosse scientificamente oggettivabile. Il dolore e la sofferenza del soggetto non essendo oggettivabili, misurabili e prevedibili sono stati espunti dai campi di interesse del medico e della medicina allontanando inconsapevolmente il fondamentale obiettivo della sua professione e scienza, cioè la persona malata. Non si tratta di trascurare le possibilità di oggettivazione diagnostica a

favore di aspetti empatici, ma di restituire al medico la sua capacità di curare attraverso quella sapidità e tonalità relazionale che è complementare al corredo di conoscenze scientifiche.

Il processo di oggettivazione operato grazie alla metodologia scientifica ci permette di utilizzare il "rationale" necessario ad affrontare le noxae patogene, riparando il medico da quella parte del sapere soggettivo ed esperienziale che sfocerebbe naturalmente in praticoneria e sciamanesimo. D'altra parte, la soggettività del medico, giocata attraverso la capacità di creare clima, calore, tono e sapidità nella relazione, anche questi somministrati razionalmente tramite i fattori psicoterapeutici aspecifici, è assolutamente necessaria alla cura e senza di questa il medico sarebbe in breve sostituito dal computer che diverrebbe l'unico referente della salute disumanizzando definitivamente la professione. Tornando al discorso sulla sofferenza si nota una tendenza alla sua negazione prima della rivelazione di malattia come possibile smacco legato alle traversie della vita. Per questo viene collocata al di fuori del soggetto ed evacuativamente inscritta negli spazi dell'immaginario medico collettivo come Nosografia, ed in questo modo reificata ed introiettata come oggetto persecutorio tramite la diagnosi. Ad esempio, il dolore da artrosi che sta nella nosografia è diverso dal mio dolore alla schiena e per cui soffro sia nel camminare che nella limitazione negli spostamenti. Quando mi sarà diagnosticata l'artrosi mi troverò con una terapia ed una prognosi non relativa alla mia vita ma al quadro patologico assegnato dalla diagnosi e che non avrà niente a che fare con la mia sofferenza e le mie limitazioni. La malattia ed il dolore corrispondente divengono oggetto di cura secondo le asettiche ed impersonali leggi della terapia medica, dimenticando il soggetto e la sua angoscia, legata alla presenza della sofferenza considerata non appartenente alla condizione umana: infatti l'uomo, oggi molto più di ieri, esiste se è sano e produce. Se si ammala entra nel circuito dei bilanci come voce in perdita, debito da sanare tramite strategie economiche.

In ogni caso il soggetto ammalato non ha più un Luogo né un Tempo da abitare, né il suo dolore da gestire; a lui non resta che declinarsi

come "oggetto di cura" all'interno del mondo dei medici ormai adattati alla reificazione dei concetti che la patologia descrive, affacciati dietro le tecniche di cura, molestati dalle angosce persecutorie dei pazienti da loro stessi inoculate tramite il loro sapere. Solo una riappropriazione del dolore da parte del soggetto, acquisizione realizzata al di fuori degli schemi collettivamente proposti, può permettere il vissuto del dolore, tramite una figura, di medico o non, che possa digerire la persecutorietà del "bolo" prima rigurgitato, e restituire la soggettività del dolore appartenente a quel soggetto che milioni di anni di evoluzione hanno determinato irripetibilmente e che vivrà il suo grande dolore con modalità proprie dello storico ed unico suo essere al mondo. Il dolore così vissuto diviene sì ferita, ma "ferita feritoia" dalla quale osservare l'Altro, comunque vicino tramite la sua irripetibile sofferenza.

La relazione con la famiglia

In tempo di transizione epocale anche istituzioni consolidate come la famiglia risentono di mutamenti e condizionamenti culturali. Paradossalmente nell'attuale la famiglia rimane sempre meno definibile come riferimento esistenziale etico e educativo e, all'opposto, nonostante le trasformazioni, unica sicurezza nel magma socio-istituzionale confusivo che ci avvolge coinvolgendo identità e appartenenze. L'individuo senza solidi riferimenti, consegnato alle illusioni virtuali ed ai paradisi farmacologici, si rivolge al medico in un clima di sospetto e svalutazione, tentando la cura al pari di oroscopi, divinazioni, medicine alternative e culti new-age. In questa cornice una "attrezzatura da cantiere psicologico" diviene necessaria per affrontare le domande subdole e mistificanti caratterizzate dal diritto/pretesa alla guarigione e non alla cura. Quando la malattia non è genericamente una sofferenza da stress ma si configura seriamente come una limitazione non solo funzionale, ad esempio come nelle malattie croniche e di interesse oncologico, emerge sullo sfondo della relazione con il paziente, minacciosa e confusa, la famiglia con cui si avrà pesantemente a che fare. Dapprima con un lamento implorante o con richieste di esorbitanti prestazioni, la famiglia presiederà il campo relazionale prima calcato dal medico

e dal suo paziente. Una malattia seria ha il potere di evidenziare quanto della sofferenza dell'individuo sia dovuta alla sua collocazione ed al ruolo tenuto dal paziente in famiglia, riguardo al suo modo di vivere, collocare ed elaborare la sofferenza. La cultura familiare può dare alla malattia significati di colpa collettiva o individuale, di sconfitta irreparabile, di sviluppo destinale, come perdita di dignità e status che impediscono la domanda di cura o, più frequentemente interferiscono e la condizionano. Le dinamiche comunicative familiari, decantato storico delle interazioni in essa avvenute, rappresentano sovente uno scoglio contro il quale si infrange un progetto di cura che non le tenga in considerazione per una alleanza sincera, non strategica. Comprendere questa fitta rete di relazioni estremamente significative per il paziente, significa poter utilizzare al meglio le proposte terapeutiche e mobilitare le risorse affettive necessarie nel momento della prova e della difficoltà, evitando atteggiamenti e prescrizioni che danneggino la matrice familiare che, anche se descritta come produttrice della designazione del paziente a capro espiatorio delle conflittualità, rimane la fonte del rifornimento affettivo-emotivo a cui attingere nei momenti di crisi.

La relazione con i colleghi e con le istituzioni

L'intervento medico è attualmente, e lo sarà sempre di più, una rete di interventi integrati, dove il contatto e la relazione con colleghi ed istituzioni sarà qualitativamente e quantitativamente importante, conflittuale e coinvolgente quanto quello con il paziente. Ma mentre quella con il paziente è una relazione di aiuto, con i colleghi sarà più difficile realizzare l'idea di pariteticità ai fini dell'integrazione. Conflitti di pertinenza e competenza, logiche amministrativo-procedurali, superspecializzazione ed aumento della complessità del sapere, senza menzionare le problematiche degli individui immersi in questo contesto, renderanno sempre più complicata sia la relazione che la pratica clinica.

La globalizzazione della interazione procurerà difficoltà ancora non prevedibili, in relazione alla dignità del paziente e alla libertà di espressione creativa nella professione, visto che le procedure e gli aspetti medico legali

tracimeranno all'interno degli spazi relazionali con il paziente diventato utente delle aziende. L'utente, oscuro oggetto del desiderio nella ricerca scientifica, capro espiatorio da allontanare nei malati terminali, oggetto da controllare e riparare in molti ambiti della medicina, cerca spazi dove possa essere riconosciuto come persona al di fuori da bilanci costo/benefici e da politiche sanitarie volte ridurre il danno sociale che la malattia evidenziandosi comporta. Il rapporto con il proprio medico è lo spazio adeguato a questo riconoscimento, e toccherà al medico difenderlo da mandati istituzionali, procedure amministrative sempre più complesse, dalle pressioni economiche pubblicitarie e dalle "mode" di volta in volta egemoni.

Del mandato istituzionale sarà necessario approfondire l'implicazione di questo nel rapporto medico paziente. Per esempio, un medico di base si sente incentivato e spinto a ridurre le ospedalizzazioni, le indagini diagnostiche e la spesa sui farmaci, per una politica sanitaria ormai attuata. Se il medico collude con queste richieste non rendendo consapevole che tale politica giustifica una maggiore distanza emotiva si troverà con pazienti che si lamentano del suo operato per scarsa partecipazione ed interesse, deprecandolo per non aver capito l'importanza delle misure economiche prese. Ma la conseguenza si riverserà nel tempo sclerotizzando ed impoverendo la motivazione e la vocazione alla medicina, indirizzandolo verso la managerializzazione della professione che condurrà alla depressione ed al burn-out per un tradimento della spinta vitale ed originaria alla professione.

Sintesi

La maggioranza dei pazienti che vanno dal Medico di Base sono spinti, spesso inconsapevolmente, da motivi psicologici. Balint diceva che i 2/3 dei pazienti del medico generico non sono casi medici. I medici di base quindi lavorano per 2/3 del tempo come "psicoterapeuti" distribuendo placebo, dando rassicurazioni, interpretando il disturbo

psicologico come somatico, cioè offrendo una razionalizzazione difensiva di tipo medico ma rimandando un senso all'angoscia anche se al prezzo di rimuovere ancor di più le cause del disturbo. In genere il Medico di Base di tutto ciò non è consapevole, ma questo è un altro problema. Scopo di questo lavoro è restituire alla relazione tra il medico ed il suo paziente, prima di ogni connotazione specialistica, la dimensione di rapporto interpersonale connotata dalla dimensione di aiuto e di cura.

Parole chiave

Psicologia Medica, fattori psicoterapeutici specifici

Bibliografia

- Balint M. (1961). Medico, paziente e malattia Roma, Fioriti, 2014*
Bion W.R. (1962). Apprendere dall'esperienza Roma, Armando, 1972
Bowlby J. (1957) Cure materne e igiene mentale del fanciullo. Firenze, Giunti Barbera, 2012
Bowlby J. (1976) Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino, Boringhieri
Bowlby, J. (1978) Attaccamento e perdita, Vol. 2: La separazione dalla madre. Torino, Boringhieri
Bowlby J. (1982) Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano, Raffaello Cortina, 1996
Bowlby J. (1983). Attaccamento e perdita, Vol. 3: La perdita della madre. Torino, Boringhieri.
Kohut H. (1984). La Cura Psicoanalitica del Sé. Torino, Boringhieri, 1986.
Levinson W., Roter D. (1997). Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons JAMA, February 19-Vol 277, No, 7
Tizón, J. L. (1988). Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Barcelona, edizione doyma 272 p.
Winnicott Donald W. (1989). Sulla natura umana. Milano, Cortina Ed., 1996

Riccardo Coltrinari

Psichiatra
Psicoterapeuta
strappato56@gmail.com
Tel. 071 8705951

PROMOZIONE E TUTELA DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO IN ETÀ EVOLUTIVA: ORIENTAMENTI E PROPOSTE

Gaetano Maria Moretti

Premessa

Per molti anni, fino al recente passato, si è assistito in Italia, e più in generale nel mondo occidentale, ad una politica scarsamente orientata alle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza. L'atteggiamento culturale prevalente delle istituzioni e dei cittadini è stato di disattenzione, di cronico disinteresse verso i temi dello sviluppo in età evolutiva che per loro natura presentano numerosi problemi, complessi e delicati. Tali problemi si possono analizzare ed affrontare solo con l'impegno serio e costante di tutti, dando centralità ai valori etici, prima che giuridici, della responsabilità degli adulti, del rispetto e della considerazione verso i minori. Procreare figli non significa automaticamente "generare" persone che un giorno saranno adulti autonomi e responsabili; ciò dipenderà molto dalla misura in cui tutti gli adulti intorno al bambino prima e all'adolescente poi saranno stati capaci di garantirgli le opportunità di crescita e di sviluppo. Una politica per l'infanzia non può essere sinonimo di politica dell'emergenza, di tutela dei soli soggetti a rischio o già in gravi difficoltà, ma deve essere una politica di garanzia di sviluppo per tutti coloro che vanno costruendosi la propria personalità. Allo stato attuale pertanto occuparsi della salute in età evolutiva significa farsi carico di rendere l'ambiente di vita del bambino quanto più possibile idoneo per il suo sviluppo. sarebbe un

tragico errore limitarsi a ritenere che i problemi e le difficoltà dell'infanzia e dell'adolescenza si risolvano tutti e solo attraverso misure di protezione, tutela ed assistenza. Occorre confrontarsi in positivo sulle esigenze di chi cresce e sui cambiamenti che tale crescita determina.

A partire dalla Convenzione ONU del 1989 sui diritti dell'infanzia, si è messo in moto un importante processo di cambiamento che ha coinvolto anche i Governi che si sono succeduti in Italia.

Questo processo di orientamento verso la realizzazione di un nuovo welfare diretto ai concittadini più giovani va sostenuto; il nuovo atteggiamento culturale di promozione dello sviluppo e di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza deve calarsi dalle istituzioni ai cittadini per diventare patrimonio culturale di tutto il Paese. Ora occorre che le Regioni, e tra queste la Regione Marche, con il contributo dei Comuni, a cui spetta il compito applicativo oltreché ideativo, e del privato sociale si dotino di propri piani regionali in favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

1° Sezione: i contesti dello sviluppo

Il termine sviluppo si riferisce ai processi maturativi fisici, psichici e sociali che si producono in un individuo durante tutto il corso della sua vita. Nel caso specifico tuttavia ci si riferisce all'età in cui lo sviluppo è più intenso e cioè ai periodi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza. Se non si vuole sposare il modello organicista secondo il quale i comportamenti di una persona trovano una spiegazione su base innata e quindi implicano esclusivamente una determinazione genetica, l'attenzione si sposta da come gli individui si comportano alla natura delle relazioni di cui essi sono parte e al gruppo sociale di appartenenza; quindi ai contesti sociali in cui si sviluppano. Questo non significa negare la specificità che ogni persona ha in sé, più semplicemente indica che i processi di sviluppo sono la risultante dell'interazione di fattori genetici ed ambientali. Lo sviluppo è un processo, cioè una successione di fenomeni correlati tra loro, che si determina con una certa regolarità a partire da condizioni date. Per spiegare come si manifestano specifici comportamenti

in una data età occorre ripercorrere la storia dell'individuo, rintracciare nel suo percorso gli eventi significativi all'interno di specifici contesti nei quali sono maturati. Tutti i bambini fisicamente sani hanno in sé dei talenti e lo sviluppo di questi talenti dipende molto dall'ambiente in cui vivranno.

La stessa definizione di salute intesa: "come una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale (Seppilli)" spinge ad una responsabilizzazione collettiva verso le caratteristiche ambientali e sociali della comunità e dei fattori di vario tipo che la influenzano.

La Famiglia

Oltre il senso comune che puntualizza il ruolo educativo dei genitori, le regole insegnate, i valori trasmessi, c'è molto di più. La famiglia con il suo contesto di scambio di relazioni, emozioni, affetti, è il fattore primario in cui si realizza lo sviluppo del bambino ed è in grado di condizionarne l'esito in tutti i settori della persona: emotivo, cognitivo, del rapporto con gli altri, ecc. Quando un bambino, nato fisicamente sano, presenta disturbi di natura cognitiva e/o affettiva, emotiva, relazionale, si riscontrano sempre aree di difficoltà nel contesto familiare. Turbamenti emotivi profondi in uno o in entrambi i genitori e/o situazioni relazionali disfunzionali nell'ambito coniugale possono rendere inadeguato il rapporto con i figli e quindi ostacolarne l'evoluzione: i bisogni dell'adulto finiscono per prendere il sopravvento su quelli del bambino, relegandoli in misura più o meno grave sullo sfondo.

Dunque, la capacità degli adulti di riferimento di essere attenti e responsivi ai bisogni del bambino è fondamentale per un buon esito dello sviluppo. E' necessario sottolineare, infatti, come anche quelle funzioni psichiche precoci, dall'indubbio carattere innato ed adattivo sul piano sociale, possono evolvere ed adattarsi solo a partire dal rapporto con specifici partner sociali che le riconoscono e le sostengono, attribuendo loro un significato condiviso all'interno di relazioni stabili" (Di Blasio, 1995). Si sostiene in questa sede che lo sviluppo infantile dipende in larga misura dalla qualità degli scambi emotivi con le figure di accudimento. Lo sviluppo positivo

e favorevole del neonato è strettamente associato a risposte emozionali dei genitori coerenti e prevedibili, qualificate da una frequente riparazione degli errori interattivi e dei fraintendimenti emozionali e caratterizzata dalla trasformazione degli affetti negativi e ostili in positivi e collaborativi. Per contro, una linea sfavorevole di sviluppo risulta associata a prolungati periodi di fallimento interattivo con incomprensione e sfalsature emozionali, nonché alla predominanza degli affetti negativi (Di Blasio, 1995).

La chiara percezione dei ruoli è fondamentale. La relazione è asimmetrica nel senso che il bambino dipende dall'adulto e non può essere diversamente. Ciò significa un livello di responsabilità differente che, quando è chiaramente percepito, porta a mettere al primo posto la decodificazione degli stati di necessità dei figli. Questo fino a quando la crescita dell'autonomia, nella tarda adolescenza e nella giovinezza, consente alla coppia di ricentrarsi progressivamente su se stessa. Le famiglie, nel delicato passaggio che comporta la nascita di un figlio, sono spesso lasciate sole di fronte alle difficoltà che si incontrano nella vita quotidiana per la carenza di servizi a cui affidare i propri bambini durante il tempo di lavoro e di punti di riferimento che possano accogliere i loro dubbi, ascoltare le loro esperienze per poi sostenerli e orientarli nelle competenze genitoriali. Quello del genitore è un difficile compito, rispetto al quale nessuno è esente da errori; occorre sostenere e mettersi al fianco di tutte quelle persone, siano essi genitori biologici o figure diverse, che si assumono la responsabilità di esercitare, nell'incertezza dei nostri tempi e spesso in condizioni difficili, la genitorialità il cui fine è crescere figli sani che un domani saranno adulti responsabili, dotati di autonomia di pensiero e capaci di dominare la realtà.

La scuola

L'istituzione scolastica è fondamentale nella formazione della persona che non può essere intesa come semplice acquisizione di contenuti/conoscenze.

La funzione educativa è il contesto nel quale si possono creare le condizioni per il potenziamento delle capacità, prioritariamente cognitive e sociali, e per il consolidamento

dell'immagine di sé, indipendentemente dai contenuti disciplinari acquisiti.

Ciò significa rinunciare ad un insegnamento centrato sulla "trasmissione di informazioni", sul "libro di testo da finire necessariamente entro l'anno" e significa mettere la disciplina al servizio della persona, chiedendosi come suscitare la motivazione, gli interessi, come potenziare le capacità di pensiero. Gli insegnanti, spesso, non mettono in atto quella necessaria flessibilità nella programmazione didattica che consentirebbe loro di partire dai saperi esperienziali dei ragazzi per ricondurli ai contenuti delle materie disciplinari. In questo modo viene meno l'interesse e la motivazione degli alunni che vivono l'esperienza offerta dalla scuola come lontana dalle loro conoscenze; viene meno la possibilità del minore di essere protagonista diretto del proprio processo di apprendimento e non semplice spettatore. Gli insegnanti forniscono spesso soluzioni date e non problematizzanti, certezze e non ipotesi da verificare, contenuti e non dati da cui partire per poi rielaborarli. Occorre condurre per mano gli alunni a raccogliere le informazioni per arrivare a soluzioni personali (parziali certo, ma costruite ragionando) e poi metterle a confronto con altre soluzioni.

I Programmi ministeriali attuali stabiliscono gli obiettivi da raggiungere a livello di competenze e definiscono gli obiettivi di contenuto solo come possibili esemplificazioni, prevedendo fasce di età ampie per raggiungerli. Ciò che si assiste nella pratica dell'insegnamento è l'esatto opposto: la programmazione proposta dalle scuole determina in modo rigido gli obiettivi definendoli in termini di contenuti e non di competenze cognitive e di conseguenza, nel momento della valutazione, non considera i livelli da cui è partito quel determinato alunno e quali competenze ha migliorato, ma solo se ha raggiunto o meno determinate conoscenze stabilite in modo aprioristico. Viene meno il principio epistemologico cardine che caratterizza tutte le discipline che intendono definirsi "scientifiche" e in base al quale l'insegnamento potrebbe costituirsi come un processo di ricerca: partenza da un problema (gli alunni della classe con le loro differenze e specifiche individualità), l'analisi dei dati (livelli di partenza dei ragazzi a cui si insegna), ipotesi di intervento (strategie d'insegnamento),

ipotesi di obiettivi attesi, verifica dei risultati raggiunti che nel caso di evidenze negative spinge a rimettere in discussione le strategie utilizzate e gli obiettivi previsti. E' ormai diventato un luogo comune porsi domande sul perché un dato alunno ha tante difficoltà in matematica o in italiano per poi concludere in modo retorico che non è "dotato". Non ci si chiede mai se quell'alunno non comprende la matematica e l'italiano oppure non comprende come gli sono state insegnate. Il metodo d'insegnamento quasi mai viene sottoposto a verifica.

Tutto ciò non costituisce un appiattimento verso il basso, viceversa un appiattimento verso l'alto; ogni disciplina ha una sua struttura, un suo linguaggio, sue valenze formative e, all'interno di questa cornice, i contenuti recedono sullo sfondo, mentre risaltano come "figura" le valenze formative; alcune di queste saranno specifiche di quella disciplina, altre trasversali e perciò interdisciplinari. Occorre conoscerle, come occorre conoscere le tappe di sviluppo in età evolutiva se si vuole diventare tecnologi dell'insegnamento. Fatti, episodi, eventi, informazioni particolari costituiscono un elemento periferico dell'apprendimento, l'occasione per mettere in atto le relazioni, i collegamenti, il linguaggio, la capacità di applicare i concetti disciplinari. Ciò significa che gli insegnanti dovranno formarsi per essere in grado di compiere un'approfondita analisi disciplinare, oltreché diventare esperti nelle metodiche d'insegnamento ed è implicito in questo che non si può divenire competenti di tutte le discipline. Se si realizzano queste condizioni, ogni alunno potrà essere considerato un portatore di talenti da sviluppare, ciascuno con i suoi livelli di partenza e rispetto ai quali non si può prevedere la velocità con cui progredirà, né il punto di arrivo; la disciplina costituirà l'occasione per sviluppare questi talenti. Nelle situazioni di alunni in stato di disagio, che sempre si accompagna in misura più o meno grande a sofferenza e perdita d'interessi, il compito dell'insegnante è certo difficile! Ma se si è liberi dalla preoccupazione del "programma da dover finire entro l'anno" si avrà maggiore tranquillità e tempo a disposizione per trovare occasioni di aggancio con l'esperienza di quell'alunno. L'atteggiamento di fiducia

dell'insegnante sarà avvertito dal ragazzo e gli permetterà di sentirsi comunque valorizzato. Ciò sottolinea ancora una volta, se ce ne fosse bisogno, che tra le finalità formative della scuola non ci sono solo le competenze cognitive, ma al pari livello un potenziamento della componente affettivo-relazionale della persona. L'atteggiamento di rispetto verso l'alunno, di fiducia e di valorizzazione delle sue capacità è l'elemento fondamentale su cui si articola la pratica dell'insegnamento intesa come educazione e formazione

e deve essere messo al primo posto nel bagaglio degli strumenti professionali di un insegnante.

In ultimo, occorre mettere l'accento su un'altra importante funzione che la scuola può rivestire e che spesso viene sottovalutata se non addirittura ignorata. Le figure che operano nell'istituzione scolastica possono essere formate e sensibilizzate a rivestire un ruolo di Parental Support Network rispetto al quale molti studi in chiave ecologica stanno mettendo in luce la rilevanza di questo processo ai fini del sostegno genitoriale e, quindi, dello sviluppo dei bambini (vedi il paragrafo "linee operative").

Gli ambienti

Quanto spazio viene dedicato dalle Istituzioni/Enti locali all'analisi dei bisogni dell'infanzia a livello locale (quartiere/città) e all'attuazione di interventi concreti?

L'art. 31 della Convenzione Internazionale sui diritti dei minori afferma: "gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e allo svago, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica".

"Gli Stati parti devono rispettare e promuovere il diritto del fanciullo a partecipare alla vita culturale ed artistica ed incoraggiano l'organizzazione di adeguate attività di natura ricreativa, artistica, culturale in condizioni di uguaglianza".

Strutture tradizionali per l'infanzia e l'adolescenza.

- Le attività artistiche/culturali
- I parchi gioco/spazi verdi
- Le attrazzature soirtuve e ricreative (biblioteche/ludoteche)
- I centri di aggregazione extrascolastica

- Gli asili nido
- Strutture innovative di sostegno sociale alle famiglie, di risposta ai bisogni di socialità dei bambini e di aiuto educativo ai genitori.
- I centri per bambini e famiglie. Ne esistono di varie tipologie; assumono carattere educativo per i bambini e di sostegno reciproco per i genitori che possono condividere tra loro l'esperienza della genitorialità (vedi il paragrafo "linee operative").

La priorità su cui intervenire: "il sostegno alla genitorialità"

La famiglia in Italia sta subendo importanti trasformazioni:

- diminuisce il numero di figli per nucleo familiare e ciò comporta una rilevante sperequazione nei rapporti di età tra le generazioni;
- aumenta l'età media in cui la donna ha il primo figlio e si assiste ad un processo di "invecchiamento" della famiglia;
- aumenta l'età media della popolazione e ciò comporta per la famiglia un aumento di problematicità legata alla presa in carico e all'assistenza di familiari anziani;
- diminuisce il lavoro domestico della donna e ne consegue per i genitori la necessità di armonizzare i tempi di lavoro con i tempi di cura dei figli e, più in generale, con quelli dedicati alla famiglia;
- si incrementa sempre più il tempo di permanenza in famiglia dei giovani non coniugati che hanno raggiunto la maggiore età.

Tali processi di cambiamento sono indicativi di possibili difficoltà per i giovani di costruire il proprio processo di autonomia che è indispensabile per la formazione di una personalità sana. D'altro lato segnalano nuovi problemi a cui i genitori sono chiamati a rispondere sul piano della propria responsabilità di generare condizioni per uno sviluppo sano. Il difficile compito dei genitori va sorretto. La fragilità e le difficoltà della famiglia oggi, unitamente all'importanza fondamentale che essa riveste per lo sviluppo della personalità del fanciullo, esigono un'adeguata azione di sostegno da parte dell'intera comunità. L'educazione dei genitori è stata tradizionalmente trascurata, la nuova

prospettiva dell'educazione genitoriale, pur avvalendosi del volontariato e del privato sociale, deve poter contare programmaticamente sulle risorse pubbliche.

Anche là dove sono previsti, stentano a decollare spazi di ascolto capaci di favorire l'incontro tra famiglie e chi dovrebbe occuparsene su scala professionale e solidaristica. La forbice tra intenzioni programmatiche delle Istituzioni ed effettive realizzazioni territoriali è ampia e spesso è evidenziata dalla mancanza di parametrizzazione degli obiettivi alle effettive realizzazioni e quindi da idonei strumenti di misura per verificare le realizzazioni concrete.

Linee operative

Il ruolo dei servizi territoriali.

Il "Manuale di orientamento alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97" ed il "Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (2000-2001)" sollecitano i servizi sociali ed i servizi sanitari territoriali dell'età evolutiva (a livello della Regione Marche sono stati previsti dal Piano Sanitario le Umee ed i Consultori familiari e dal Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali 2000/2001 gli Uffici di promozione sociale) a fare proprio l'obiettivo primario della prevenzione, sostenendo la genitorialità, valorizzando le risorse del nucleo familiare e coinvolgendolo nella ricerca di modalità di superamento di eventuali difficoltà. In tale contesto l'operatore deve saper modificare il ruolo tradizionalmente assegnatogli per configurarsi come un conduttore e facilitatore che valorizza le competenze dei genitori e li aiuta a metterle in circolo. Al contrario, molti servizi che dovrebbero investire sulla salute si sono occupati prevalentemente dell'emergenza e del disturbo conclamato, privilegiando il lavoro di cura e la logica delle risposte momentanee. Così come si accompagna la donna nel percorso gravidanza/parto (i corsi di preparazione alla gravidanza/parto sono una tipologia di risposta ampiamente consolidata nella pratica dei consultori familiari), la coppia di genitori potrebbe essere sorretta nell'acquisizione della competenza genitoriale necessaria alla crescita del proprio figlio, facendo particolare attenzione ai periodi

neonatale/prima infanzia e dell'adolescenza che costituiscono fasi particolarmente critiche dello sviluppo. Si vuol sottolineare in questa sede che l'adolescenza non è l'unico periodo che racchiude passaggi critici dello sviluppo e potenziali difficoltà; molti disturbi esordiscono nella primissima infanzia e di quelli che esplodono nell'adolescenza quasi sempre si rintracciano sintomi premonitori nella storia evolutiva del minore.

Il ruolo della scuola

Un altro esempio di sostegno alla famiglia è rappresentato dai rapporti tra la famiglia e la scuola. Quando gli insegnanti riescono a coinvolgere i genitori in progetti comuni, favorendo la nascita di reti di relazioni tra famiglia e scuola, possono incidere sul loro atteggiamento e di riflesso sui processi di sviluppo dei bambini (Mildred Smith, 1968). A seguito di questa ricerca pionieristica, numerosi studi recenti hanno dimostrato come l'importanza della qualità e dell'estensione della rete di relazione che i genitori hanno con persone in grado di offrire supporto (Parental Support Network) influenzino positivamente fattori rilevanti per lo sviluppo dei bambini come la competenza dei genitori nel gestire le relazioni educative con i figli e la loro disponibilità a rispondere in modo adeguato sul piano emozionale e cognitivo (Melson, Hsu, ladd 1993; Ball, Pianta, 1993). L'influenza del Parental Support Network è particolarmente accentuata nei più bassi livelli socioculturali e nei di gruppi di genitori con bambini a rischio, ma si esercita a tutti i livelli socioculturali. La scuola può sicuramente configurarsi come punto di riferimento in tal senso.

I servizi innovativi

A sostegno della genitorialità operano in alcune realtà locali, prevalentemente del Centro/Nord e del Nord Italia, una tipologia innovativa di servizi (Centri gioco, Centri per bambini e genitori, Centri per le famiglie, tane familiari, ecc.). In una prospettiva di prevenzione, tali esperienze sono da valorizzare poiché offrono ai genitori l'opportunità di confrontare i propri stili educativi e acquisire stimoli di riflessione per meglio affrontare le situazioni che investono i propri figli. Tali servizi si

caratterizzano per l'obiettivo di valorizzare i saperi esperienziali mettendoli in circolo, sviluppando una responsabilità diffusa nei confronti dell'infanzia e spingendo le famiglie alla solidarietà. Sono servizi che si occupano di tenere i bambini consentendo una notevole flessibilità di orario e nello stesso tempo permettono un forte coinvolgimento degli adulti che in alcuni casi partecipano alla gestione delle attività del centro. La possibilità di confrontarsi sul rapporto genitori/figli in gruppi di discussione guidati o meno potrebbe costituire un'occasione raccolta da molti per meglio affrontare l'incertezza, comprendere le problematiche e trovare un sostegno, un indirizzo.

Il ruolo del sistema di Educazione Permanente degli Adulti

Il sostegno alla genitorialità può trovare un importante base di appoggio nelle finalità perseguite dal sistema di Educazione Permanente degli Adulti per il quale è stata proposta dal Ministero della P.I. una riorganizzazione ed un rilancio. Se tra le finalità di questo sistema sono riconosciuti il diritto alla formazione permanente, il soddisfacimento dei bisogni culturali individuali e quindi la crescita culturale e civile della persona, a buon diritto potranno trovare spazio al suo interno percorsi formativi rivolti ad acquisire conoscenze e promuovere momenti di riflessione sul vissuto esperienziale per migliorare la propria competenza genitoriale. Ciò appare tanto più significativo se si pensa che il sistema di Educazione Permanente degli Adulti raggiunge anche le fasce deboli della popolazione, cioè proprio quelle persone che hanno meno opportunità di entrare in contatto con i sistemi istituzionali per formulare una richiesta di aiuto in caso di difficoltà. Alle Regioni ed alle Province con il coinvolgimento degli EE.LL. spetta il compito di programmare l'offerta per rispondere alle esigenze formative in questo ambito ed individuare personale qualificato con competenze professionali specifiche per attuare le iniziative programmate.

2° Sezione: il disagio

Le situazioni di disagio

Il monitoraggio e la rilevazione delle varie manifestazioni del disagio nell'infanzia è un obiettivo prioritario, ma prima di rilevarle occorre definirle.

Dove c'è una condizione di difficoltà di uno o di entrambi i genitori a livello personale, relazionale, o a livello economico/sociale è probabile riscontrare una situazione di disagio/malessere nei figli. Amplificano il disagio quei servizi sociali o sanitari che non si curano di prendere informazioni sul malessere dei bambini limitandosi a rispondere unicamente al disagio che i genitori o uno di loro porta come bisogno. I servizi della comunità territoriale difficilmente indagano su queste situazioni, spesso esplosive, per poi prendersene carico nella loro complessità, ma intervengono solo nei casi in cui il minore presenti seri problemi psichici o organici o nei casi in cui ne viene pregiudicata la tutela da gravi forme di trascuratezza, maltrattamento o abuso. C'è poca attenzione al minore ad esempio nei casi di separazione conflittuale della coppia dove interventi di mediazione familiare potrebbero favorire la costruzione di una divisione basata sull'accordo ragionevole e non sul rancore, la rivalsa, l'istigazione dei figli contro l'altro coniuge. C'è poca attenzione quando un genitore chiede aiuto per se stesso, per sue difficoltà emotive; non si indaga se queste difficoltà influiscono sui figli e non lo si aiuta a prenderne consapevolezza e a riparare.

Nei casi di mancanza di interessi/motivazioni, di ripetuti insuccessi scolastici, di difficoltà a fare amicizie, c'è un disagio del bambino da comprendere e da aiutare. Produce disagio all'infanzia la scuola che non sa ridurre l'insuccesso scolastico e mette al primo posto della sua attività educativa il «programma ed il libro di testo» anziché il bambino con i suoi bisogni e tempi specifici di apprendimento. E' necessario finalizzare il lavoro didattico alla «centralità dell'alunno, rispetto al quale le stesse discipline devono considerarsi campi di educazione e formazione. La finalizzazione alla persona degli insegnamenti scolastici consente di superare il carattere aggiuntivo e periferico delle tante educazioni (alla salute, alla pace, alla legalità, all'interculturalità...)

riconducendole pienamente dentro il curricolo, del quale costituiscono importanti trasversalità, capaci di connettere e dare significato a molti apprendimenti settoriali” (Circolare Ministeriale n° 423/’98). La ripetenza può essere considerata il segnale di una situazione a rischio; il dato delle ripetenze e dell’abbandono scolastico a tutt’oggi rimane un indicatore valido per l’analisi del fenomeno lavoro-minorile (Eurispes- rapporto 1995).

Nei casi di abbandono scolastico o di lavoro minorile. Precedentemente agli anni ottanta il lavoro minorile era prevalentemente spiegato sulla base del bisogno economico e della precarietà delle famiglie. Il lavoro minorile costituiva una fonte di reddito anche se mal pagata e a prezzo di uno sfruttamento quasi sempre pesante. Nel recente passato la presenza illegale di minori sul mercato del lavoro riguardava prevalentemente piccole imprese, il lavoro a domicilio e l’agricoltura. L’abbandono scolastico costituiva l’altra faccia di questo fenomeno: l’istituzione scolastica si poneva come “agente passivo di registrazione e legittimazione delle differenze sociali”. Il fenomeno del lavoro minorile oggi sembra, in parte, mettere in crisi questo modello tradizionale e può essere spiegato anche chiamando in causa fattori differenti. Si sottolinea «in parte» poiché il lavoro illegale dei minori immigrati o dei minori appartenenti a famiglie il cui disagio economico permane profondo varicondotto al modello interpretativo tradizionale. In media il livello economico della famiglia italiana è aumentato e alla famiglia estesa si è sostituito un modello di famiglia mononucleare; la grande maggioranza delle famiglie italiane non è più collocabile in uno stato di bisogno o di grave necessità tale da giustificare il ricorso al lavoro dei figli minorenni. Il fenomeno in oggetto sembra possa essere ricondotto più a fattori culturali che di ristrettezze economiche. In un sistema di valori in cui predomina il consumismo e la cultura del superfluo il minore è spinto ad inserirsi nel mondo del lavoro dal desiderio di emancipazione offerto dal guadagno e non più, come accadeva in passato, per la necessità d’integrare il reddito della propria famiglia. Queste nuove forme di lavoro minorile con un impiego prevalentemente stagionale nei settori terziario e dei servizi con particolare riferimento

al turismo, non implicano l’abbandono scolastico; si assiste al fenomeno di minori che lavorano e al contempo frequentano la scuola a discapito del loro tempo libero. A ciò si accompagna una grave responsabilità da parte dei genitori che diventano conniventi dei propri figli in tali scelte. Tale atteggiamento di connivenza può essere in parte sostenuto da vari pregiudizi culturali: la credenza che il lavoro possa costituire un deterrente alla devianza nel momento in cui si apprendono i valori (la disciplina, le norme e soprattutto la necessità morale del lavoro), la convinzione che il minore possa acquisire orientamenti, abilità e interessi professionali specifici. Con ciò ci si dimentica che viene a mancare il rispetto dei diritti dei minori al gioco, allo svago, al riposo e a tutte quelle attività che vanno a sostegno di un armonico sviluppo della persona. Dal canto suo la scuola, pur essendo formalmente aperta a tutti, in realtà non riesce a superare il divario con gli ambiti sociali, in particolare con quello del lavoro; la scuola cioè non è ancora capace di fornire a livello formativo gli strumenti atti a garantire l’inserimento nel mondo del lavoro. Inoltre, la rigidità dei programmi non consente quella flessibilità necessaria per adattarsi ai saperi esperienziali di ogni ragazzo e da qui innescare quei processi motivazionali che sono alla base di ogni apprendimento significativo. Viene a mancare la formazione intesa come potenziamento delle capacità dell’individuo la cui finalità è la promozione di un adulto capace di esprimere un pensiero critico, libero nei giudizi, autonomo nelle scelte ed in grado di progettare. I ripetuti insuccessi scolastici e la perdita di motivazione allo studio sono fattori che concorrono ad avviare precocemente al lavoro i ragazzi.

Nei casi delle famiglie immigrate dove c’è difficoltà d’integrazione culturale/sociale e poco contatto con le istituzioni/enti. Alcune problematiche sulle quali è necessario indagare sono: la mortalità dei bambini stranieri in Italia entro il primo anno di vita, il ricorso diffuso all’interruzione di gravidanza, le irregolarità dei percorsi o l’abbandono scolastico, la possibilità per i bambini immigrati di partecipare ad attività extrascolastiche. Il passaggio ad una società multiculturale per il minore straniero vuol dire riuscire a mediare tra due mondi, quello familiare e quello della società di

arrivo, che sono spesso in contrapposizione. Per i servizi invece la trasformazione multiculturale significa adeguare i servizi già esistenti per facilitarne l'accesso, attraverso, ad esempio, la traduzione in lingua delle informazioni più importanti, l'organizzazione di corsi di formazione all'intercultura per gli operatori, l'inserimento di mediatori culturali madrelingua, l'attivazione di specifiche unità di intervento territoriali. Obiettivo comune di tali progetti sarebbe dunque quello di permettere l'integrazione del minore straniero. Gli elementi che occorre tener presente nello sviluppo dei progetti sono fondamentalmente l'aspetto giuridico e quello etnico e culturale. A livello giuridico infatti il termine straniero comprende situazioni differenti: i termini "immigrato", "profugo" o "rifugiato" rimandano a specifiche normative e richiedono interventi differenti. I progetti devono quindi specificare la tipologia di soggetti a cui il servizio è rivolto. Innanzitutto occorre migliorare la condizione dei minori stranieri regolari, in secondo luogo va fatta particolare attenzione ai bambini rifugiati e profughi per i quali l'esperienza migratoria coincide con una violenta recisione con il paese d'origine e che, pertanto, necessitano di un adeguato supporto psicologico fin dal momento in cui giungono in Italia. Un'altra figura che va distinta è il soggetto minore non accompagnato, verso cui si dovrebbero programmare interventi capaci di migliorare le condizioni momentanee e di favorire il rientro in patria, prevedendo per questo strutture specifiche. Per quanto riguarda l'intervento che concerne l'aspetto etnico e culturale, i progetti potrebbero svilupparsi lungo due linee guida: permettere il riconoscimento delle diverse culture e favorire la comprensione tra loro, coinvolgendo le comunità straniere presenti sul territorio e prevedendo specifiche figure di intermediazione, come ad esempio la figura del tutore culturale, che dovrebbe essere un referente riconosciuto dal soggetto in questione, dalla famiglia, dalle strutture sociali e dalla comunità straniera di riferimento. In tale ottica i servizi dovrebbero essere organizzati in modo da poter far riferimento a diversi tutori culturali. Tale figura dovrebbe avere il compito di mediare tra figlio, famiglia, società di arrivo e comunità di connazionali. Le tipologie di intervento più opportune dovrebbero

riguardare anche la tutela della maternità e della paternità dei genitori stranieri, creando strutture specifiche per puerpere, ragazze madri, neonati abbandonati, figli con un solo genitore. Inoltre si dovrebbero rafforzare gli interventi alternativi all'istituzionalizzazione, attraverso forme di sostegno socio-economico alla famiglia o il rafforzamento dell'affidamento familiare. Si possono inoltre favorire iniziative inerenti una maggiore flessibilità d'orario di asili nido o scuole materne. Per tutelare la cultura d'appartenenza, si dovrebbero prevedere luoghi in cui sia possibile rafforzare l'identità culturale d'origine, come spazi in cui sperimentare servizi socio-educativi per la prima infanzia con riferimenti alla cultura d'origine. Agli adolescenti si potrebbe offrire l'opportunità di imparare o mantenere la lingua o la scrittura d'origine, o essere informati sulla situazione socio-politica del paese. Se adeguatamente gestiti, questi spazi possono rappresentare luoghi in cui avviene la mediazione tra la propria cultura e la società d'arrivo.

La solitudine del bambino domestico

Fra i fenomeni sociali che caratterizzano le nuove povertà, va sottolineata la mancanza di possibilità di relazioni sociali che si può definire come solitudine del bambino domestico. I bambini sono sostanzialmente privati di esperienze sociali e condizionati dai tempi e ritmi di vita degli adulti che non paiono modificare l'organizzazione della loro giornata per rispondere a questi bisogni, quali il contatto con i coetanei e del gioco con gli adulti. E' pertanto necessaria una politica rivolta alla difesa degli asili nido e alla loro qualificazione, alla diffusione dei servizi collaterali all'asilo nido (reti di "tane familiari", centri per bambini e genitori, ecc.), al potenziamento delle ludoteche e dei centri educativo-ricreativi diurni.

La priorità su cui intervenire: "la lettura del disagio"

Il disagio nelle forme prima definite non è qualche cosa che viene portato con una domanda definita. Spesso o quasi sempre non ci sono richieste specifiche avanzate ad uno sportello di un ente/istituzione. La sua rilevazione dipende dalla capacità degli

operatori istituzionali che entrano a contatto con il bambino di osservare le sue difficoltà, di rilevare i bisogni inespressi nella domanda per fornire una relazione di “aiuto” al bambino, ma anche al suo ambiente di sviluppo: la famiglia. Ciò significa che gli operatori istituzionali che entrano a contatto con una famiglia in difficoltà, devono acquisire la cultura/capacità di partire da una richiesta, spesso di natura assistenziale, per indagare con discrezione su possibili difficoltà interne alla famiglia che assistenziali non sono affatto e che coinvolgono i figli che in essa vivono.

Ancora più grande è il problema in quei casi dove non c'è contatto con le istituzioni ad es. extracomunitari, nomadi che non vogliono o non possono aver contatto con le istituzioni.

In questo caso gli operatori istituzionali non sono nella possibilità di rilevare il disagio, essi devono raccordarsi per prenderlo in carico.

Possono rilevare questi stati di necessità le associazioni di volontariato, le associazioni religiose non ultime, gli ambienti di lavoro o il vicinato (semplici cittadini) che entrano a contatto con tali situazioni ed hanno la possibilità di orientare ed indirizzare ai servizi o nei casi di pregiudizio di segnalare. Ciò presuppone che nel territorio esistano e siano visibili agenzie sociali, sportelli comunali, servizi sanitari che siano nella possibilità/capacità di prendere in carico le problematiche rilevate da altri.

- Alcune criticità per un'efficace azione di rilevazione del disagio
- Atteggiamento/cultura degli operatori istituzionali (necessità di formazione)
- Rete dei servizi sociali
- Strutture di sostegno sociale integrazione
- Servizi adibiti alla presa in carico (difettano in chiarezza e specificità)

Linee operative per l'individuazione e la presa in carico del disagio

Sensibilizzazione e formazione degli operatori

Col tramonto della pretesa che la gente ci metta in mano richieste d'aiuto spontanee e ben definite è tempo di prepararsi a diventare degli esperti nel “motivare al cambiamento”.

Il che significa far emergere il bisogno di cambiamento, oltreché essere capaci d'indurlo (M.Selvini Palazzoli in S. Cirillo 1990). Di fronte a generiche richieste di consiglio o di aiuto che un genitore può formulare a figure significative come insegnanti (ad es. nei colloqui scolastici) o di fronte a richieste assistenziali (ad es. le richieste di un sussidio) o a richieste di diagnosi valutative (ad es. erogazione di certificati) spesso si celano bisogni inespressi. Una raccolta d'informazione più ampia rispetto alla richiesta, condotta con discrezione, ad esempio sulla qualità delle relazioni del microsistema familiare, oppure di come il microsistema familiare interagisce con altri microsistemi (le famiglie di origine, i coetanei del bambino, la scuola, il vicinato, il mondo del lavoro), può far emergere questi bisogni celati e suggerire all'operatore, disubbidiente soltanto alle rigide consuetudini burocratiche, qualche intervento migliorativo altrimenti impossibile. Prima di consigliare, indirizzare, intervenire occorre capire! Spesso all'operatore attento si aprono scenari impensati; vengono alla luce problemi ben più complessi e gravi di quelli espressi nelle richieste iniziali che non possono essere formulati da parte di persone che poco sanno di servizi, che vivono confusamente la propria situazione, che provano sentimenti di vergogna verso la condizione in cui si trovano, o che sono inconsapevolmente responsabili di situazioni pregiudiziali per i loro figli.

Gli orientamenti a livello di scuole e di aziende sanitarie.

Tali atteggiamenti non si acquisiscono con delle direttive. E' pur vero però che gli orientamenti contano! Soprattutto le aziende sanitarie sono abituate a privilegiare l'acuzie e l'emergenza a discapito della prevenzione e della diagnosi precoce. L'istituzione scolastica a livello di orientamenti è sicuramente più avanti nell'indicare la necessità di porre attenzione allo sviluppo del bambino nel suo complesso, ma nella realtà ciò stenta a tradursi in atteggiamenti idonei da parte degli insegnanti che a tutt'oggi risultano centrati prevalentemente sull'apprendimento dei contenuti.

La costituzione di servizi specifici per l'età evolutiva

Pur essendo previsti dalla Legge di Piano Sanitario Regionale 1998/2000 che riconosce la specificità e la rilevanza dei problemi nell'area, i servizi territoriali che dovrebbero occuparsi delle problematiche dell'età evolutiva (Unità multidisciplinari per l'età evolutiva e Consultori familiari) stentano a decollare o sono previsti solo sulla carta. Così facendo la necessaria specializzazione degli operatori verso tale tipo di problematiche non viene favorita e ciò pregiudica la qualità di interventi nel migliore dei casi o addirittura va a sostegno del diffuso atteggiamento di rifiuto della presa in carico di queste situazioni nel peggiore.

Il ruolo di filtro dei pediatri di libera scelta (Pls).

Il pediatra di base può costituire un filtro importante per la rilevazione del disagio infantile se culturalmente orientato alla rilevazione di questo fenomeno. Spesso mancano gli strumenti culturali per individuare quei problemi la cui presa in carico precoce risulta determinante ai fini dell'evoluzione del problema stesso. Il pediatra, in quanto medico, ha un iter formativo di tipo organicista che non lo aiuta ad indagare in tal senso. Si rileva dunque la necessità di una formazione capace di promuovere atteggiamenti idonei ad indagare sugli ambienti e sul percorso di sviluppo del bambino. I bilanci di salute, la cui attuazione da parte dei Pls è prevista dal DPR 613/96 e relativo Accordo Integrativo Regionale, potrebbero costituire un'occasione molto importante per la rilevazione del disagio se opportunamente modificati. Allo stato attuale la guida alla attuazione dei bilanci di salute non pone l'attenzione alla rilevazione dei fenomeni in oggetto in quanto non prevede un'indagine sullo sviluppo psichico del bambino. Sarebbe opportuno integrare tale strumento con indicatori di sviluppo e relativi indicatori di rischio. Esiste infine un problema di raccordo tra i Pls, i servizi territoriali e la scuola. E' necessario istituire gruppi di lavoro affinché gli operatori su indicati elaborino protocolli operativi che, partendo dalla rilevazione, giungano a definire le modalità di presa in carico delle situazioni di disagio

che richiedono sempre interventi integrati da parte di operatori che fanno parte di istituzioni diverse.

L'integrazione dei soggetti istituzionali (enti locali, sanità, scuola).

Il Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali 2000/2001 prevede modalità di lavoro nuove ai Comuni ed a tutti gli attori pubblici coinvolti per la realizzazione di una rete di servizi che sia centrata sulla reale domanda e sui bisogni espressi in un dato ambito territoriale (comunità locale), e ciò significa "pensare a come far crescere la capacità di interazione di tutti i soggetti presenti (pubblici e privati) in un'ottica di promozione e piena valorizzazione delle risorse esistenti... Solo un collegamento stabile fra i comuni, innanzitutto, e quindi fra questi e tutti gli altri soggetti pubblici e privati della comunità locale può consentire un netto salto di qualità nell'offerta dei servizi e l'avvio di un percorso che possa condurre alla realizzazione di un sistema significativamente integrato". Proprio in considerazione di tale necessità sarebbe fortemente auspicabile che i piani territoriali, che i Comuni dovranno approntare, fossero preceduti da gruppi di lavoro degli operatori di quei soggetti pubblici e privati prima citati e ciò al fine di: fare una ricognizione delle forme di disagio e delle loro priorità a livello locale, rilevare le risorse presenti nel territorio, suggerire percorsi di integrazione e di raccordo. Una iniziativa di tal genere potrebbe essere sperimentata su alcune realtà territoriali e costituirebbe un reale tentativo di programmazione dal basso che raggiungerebbe la finalità, non secondaria, di promuovere la sensibilizzazione degli operatori e lo studio del problema rispetto al quale non ci sono soluzioni preconfezionate.

3° Sezione: La situazione di disturbo

Il disturbo psichico

Il disturbo psichico su base non organica si configura come una condizione di difficoltà e di sofferenza per cui lo sviluppo psicologico dell'individuo viene ostacolato. Questa condizione di sofferenza viene evidenziata dai bambini e dalle bambine attraverso una

serie di sintomi che variano a seconda dell'età e che possono essere a carico sia del corpo che della mente. Più il bambino è piccolo, più i sintomi avranno manifestazione somatica mentre, crescendo, i sintomi coinvolgeranno preferibilmente la sfera del pensiero. Molto spesso però quello che il bambino segnala non viene preso in considerazione, a meno che non si possa collegare ad una malattia fisica, e tutt'al più viene represso con una terapia farmacologica. In questa operazione di negazione del sintomo psicologico sono alleati inconsapevolmente molti adulti, dai pediatri agli operatori sanitari in genere, agli educatori, ai genitori. Infatti, la percentuale di bambini che pur avendone bisogno non arrivano ai servizi è molto alta. Considerando la popolazione da 0 a 18 anni è possibile stimare che circa il 15-20% dei ragazzi presentano disturbi che necessitano di una valutazione; di essi solo il 10-15% arriva ai servizi. Per questo vanno prese misure specifiche atte a cogliere l'evidenza della sintomatologia presentata dal bambino e a superare le difficoltà degli adulti che lo circondano nel formulare una specifica richiesta di aiuto.

Obiettivi del trattamento

Per trattamento si intendono le varie azioni intraprese per migliorare la salute psichica del bambino. Il trattamento è finalizzato a:

- superare le difficoltà di rapporto interpersonale;
- modificare le patologie più strutturate;
- riabilitare le competenze perdute a causa dei disturbi psichici (come ad esempio le difficoltà scolastiche) ed evitare che il disturbo si strutturi e diventi più grave;
- favorire l'integrazione sociale in attività extrascolastiche;
- aiutare i genitori a divenire consapevoli della natura dei disturbi dei figli e responsabili verso modalità disfunzionali di rapporto e di risposte emotive che concorrono a determinarlo e a mantenerlo.

L'handicap

Secondo L'Oms "l'handicap è una condizione di svantaggio che impedisce al soggetto

portatore di svolgere il ruolo e di soddisfare le aspettative correlate al suo sesso, alla sua età ed alla sua condizione sociale all'interno del gruppo di appartenenza". Sulla base di tale definizione l'handicap può essere derivato da fattori intrinseci al soggetto (di natura organica) o da fattori estrinseci (di natura sociale, economica, culturale). A rafforzare l'affermazione che l'handicap non è rappresentato dalle sole situazioni organiche iniziano ad emergere evidenze empiriche. Dallo studio effettuato dall'Agenzia Sanitaria Regionale per la stesura della Relazione sullo stato di salute della popolazione marchigiana risulta che il 59.3 % delle situazioni di handicap, individuate da un campione regionale di Umee (L.N. 104/'92; L.R. 18/'96), sono handicap psichici su base non organica.

Avendo già affrontato ampiamente i disturbi psichici, ci limiteremo in questa sezione a considerare gli handicaps su base organica. "L'handicap fisico e/o psichico fondato sul danno organico è un «dato» estraneo al sistema familiare, subìto come un'aggressione del destino, e perciò accompagnato da sentimenti intensi di rifiuto e di rivolta. Una tale percezione di estraneità viene presto assunta come propria dall'handicappato stesso che si trova a vivere come indesiderabile una parte di sé, in quanto indesiderata da coloro che ama. (...) Essere, sani, belli, efficienti, competitivi, felici è certamente un bene, ma pagarla al prezzo dell'equilibrio psichico o della crescita globale della famiglia è un errore" (A.M. Sorrentino, 1987). La tipologia di risposte che, nella quasi totalità dei casi, i servizi offrono è la riabilitazione e la cura medica e questo trova profonde radici nella cultura occidentale.

"Di fronte alla malattia grave la nostra cultura si sente attaccata nel più profondo, sfidata nella sua illusione di onnipotenza,(...) Perciò reagisce a questa sfida con forte atteggiamento compensatorio accentuando i propri sforzi tecnici, perfezionando le proprie conoscenze, mobilitando le proprie risorse (...) Quando infine si prende coscienza che siamo impotenti a colmare del tutto «la differenza», la reazione più frequente è l'oblio. (...) col passare degli anni si constata un progressivo disimpegno delle strutture sociali verso coloro che non potendo più offrire la speranza di un progresso, necessitano di solo appoggio o assistenza."

(A.M. Sorrentino, 1987). E' indispensabile sottolineare che, frequentemente, nelle situazioni di handicap possono innestarsi disturbi psichici che nulla hanno a che fare con l'eziologia organica del problema, ma derivano da situazioni di difficoltà interna alla famiglia.

Dunque i servizi rischiano di muoversi tra due polarità: l'eccessivo tecnicismo riabilitativo da un lato ed il disimpegno che deriva dai sentimenti di fallimento dall'altro. Ci si dimentica che l'handicap organico viene vissuto dai genitori come un evento drammatico, dietro al quale c'è tanta sofferenza e ciò rappresenta un fattore potenzialmente dirompente e destabilizzante per l'equilibrio del sistema familiare. La richiesta di riabilitazione e di terapia è sempre da considerarsi come una pedana di lancio per comprendere la complessità che si cela dietro alla domanda. Occorre dunque valutare come la famiglia reagisce a questo evento doloroso e quali conseguenze si producono nell'ambito dei rapporti familiari, includendo nel campo di osservazione i genitori ed i fratelli del portatore di handicap. Questo tipo di approccio in cui, oltre a fornire una terapia riabilitativa al bambino, si cerca d'intervenire allargando il campo di osservazione all'intero nucleo familiare, offrendo risposte alle problematiche che possono emergere, ci sembra l'approccio più proficuo. Prendere in carico riabilitativo un bambino portatore di handicap e quindi entrare in un "gioco" di rapporti con la famiglia senza aver debitamente riflettuto su quali aspettative e bisogni, spesso non dichiarati, vengono portati dai genitori nel momento in cui richiedono la riabilitazione rischia di mettere l'operatore nella posizione di chi offre, in modo inconsapevole, interventi poco rilevanti o peggio dannosi ed è, pertanto, da ritenersi inaccettabile.

Le priorità su cui intervenire: la diagnosi precoce e la multidisciplinarietà degli interventi

La diagnosi precoce del disturbo psichico

Per diagnosi precoce si intende una valutazione della sintomatologia nell'infanzia e nell'adolescenza che permetta di riconoscere

precocemente i primi segni di un disagio psichico, proponendo le eventuali misure terapeutiche che ne risolvano il problema o ne limitino la cronicizzazione. Se il disturbo psichico su base non organica è reversibile, è altrettanto vero che gli esiti di remissione parziale o totale dei sintomi dipendono dalla tempestività della diagnosi e dalla specificità e multidisciplinarietà degli interventi psicoterapeutici, riabilitativi, educativi e d'inserimento sociale, possibilmente attuati entro i 5/6 anni di vita. Tutto ciò molto spesso non accade. Recenti ricerche hanno evidenziato che i disturbi psichici, pur essendo riconoscibili entro i primi 3 anni di vita, vengono diagnosticati intorno ai 4/6 anni nei 2/3 dei casi e, nei restanti casi, intorno ai 10/11 anni (Levi, Meandri - 1994). E' di primaria importanza per una prevenzione specifica lavorare a livello integrato per una definizione comune degli indicatori di rischio con i pediatri di base, gli insegnanti, gli operatori sociali e sanitari dei diversi servizi. Per questo è necessario un buon livello di collaborazione e di informazione tra i servizi.

La multidisciplinarietà

Allo stato attuale i servizi si limitano ad adempiere alle disposizioni di legge (L.N. 104/'92 e corrispettiva L.R. 18/'96) effettuando la diagnosi clinica e funzionale del bambino in situazione di difficoltà e fermandosi ad una generica presa in carico. Nel migliore dei casi offrono un intervento parziale, quasi sempre di tipo riabilitativo. La diagnosi funzionale rappresenta il primo contatto con una famiglia portatrice di un bisogno complesso che come tale va interpretato e preso in carico in modo globale e coordinato da parte degli operatori socio-sanitari accreditati per un'efficace risposta in termini di diagnosi, cura, riabilitazione e integrazione sociale. La capacità/possibilità dei servizi di offrire risposte multidisciplinari è una condizione indispensabile per affrontare questo tipo di problematiche. Sia nei casi di handicap organico che nei casi di disturbo psichico occorre che i servizi sappiano rispondere alla complessità dei problemi posti offrendo: risposte riabilitative centrate sui deficit del minore, presa in carico delle eventuali problematiche del nucleo familiare, interventi

di assistenza e di integrazione sociale. E' ovvio che nei casi delle situazioni di disturbo psichico la presa in carico della famiglia è una esigenza quasi sempre presente, cosa che non accade necessariamente, ma deve essere oggetto di valutazione, nelle situazioni su base organica.

Linee operative: l'organizzazione dei servizi

La presa in carico dei disturbi psichici necessita che:

- i servizi siano organizzati specificamente con personale formato nelle problematiche dell'età evolutiva e che gli operatori sappiano lavorare in modo integrato (multidisciplinarietà delle valutazioni e degli interventi);
- i servizi di zona siano pubblicizzati e ben visibili;
- la richiesta di visita specialistica, fatta dai genitori, sia sempre soddisfatta;
- il motivo della richiesta sia valutato con attenzione e competenza da personale specializzato;
- il servizio sia in grado di fornire un parere diagnostico e una presa in carico capace di muoversi sia in ambito terapeutico che riabilitativo (duplice polarità);
- la risposta sia chiara e possibilmente scritta sia in termini di diagnosi che di piano di trattamento;
- esistano servizi di terzo livello per i casi gravi a cui indirizzare gli utenti.

E' urgente che la Regione attui un attento monitoraggio di come sono organizzati i servizi territoriali dell'età evolutiva nelle ASL e quali interventi sono nella capacità/possibilità di erogare. E' altrettanto urgente che la Regione, attraverso l'Agenzia sanitaria regionale, contribuisca all'elaborazione di linee guida e protocolli diagnostico-procedurali per l'attuazione degli interventi in questa complessa area di problematiche. Ciò, oltre a costituire un'indispensabile stimolo alla riflessione, potrebbe configurarsi come importante momento di formazione per gli operatori chiamati a far parte dei gruppi di lavoro e precludere ad una formazione allargata,

estesa a tutti gli operatori socio-sanitari coinvolti.

4° Sezione: la situazione di grave trascuratezza, maltrattamento e abuso dei bambini

La tutela del minore

Le forme di violenza fisica o sessuale non esauriscono il quadro degli abusi di cui può essere vittima un bambino sia all'esterno che all'interno della sua famiglia: la violenza fisica non supera il 30% dei casi segnalati e quella sessuale è inferiore al 10% del totale. Il rimanente 60% è costituito soprattutto dalla cosiddetta violenza psicologica o mentale e dall'incuria, che nei casi più gravi può risolversi in vero e proprio abbandono. Il maltrattamento può essere definito come: "Gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale, e morale le cui manifestazioni sono trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino". (Consiglio d'Europa - IV Convegno Criminologico - Strasburgo 1978)

Finalità della tutela

Protezione immediata del bambino da ulteriori violenze e maltrattamenti.

Diagnosi e prognosi sulla recuperabilità dei genitori come tali e sulla praticabilità di un percorso psicoterapeutico.

Alcune necessità prioritarie

Aiutare il bambino già traumatizzato dal maltrattamento subito, a superare lo stress dell'allontanamento dai genitori e dell'inserimento in un ambiente sconosciuto.

Sostenere il bambino nel processo di elaborazione di quanto accaduto.

Monitorare i comportamenti del bambino e la relazione con i genitori durante i loro incontri o nei contatti telefonici.

Indirizzare i genitori ad assumere atteggiamenti più appropriati verso i loro figli.

Alcune problematiche ricorrenti nelle situazioni di maltrattamento

Problematiche di personalità ricorrenti nelle piccole vittime (tendenze depressive, passività, inibizione, dipendenza, rabbia, aggressività, incapacità di relazionarsi con i coetanei, bassa stima di sé).

Presenza di patologie psichiatriche in uno o entrambi i genitori.

Profondi disturbi emotivi nei genitori; grave disfunzionalità delle relazioni all'interno della coppia e con le famiglie di origine di ciascun genitore.

Le priorità su cui intervenire: "sensibilità al fenomeno, efficacia degli interventi"

Promuovere una sensibilità specifica. Si tratta di promuovere una capacità di ascolto e di riconoscimento precoce dei segnali di disagio delle/i bambine/i prodotto dagli adulti soprattutto nell'ambito familiare. C'è una forte resistenza emotiva in tal senso. Occorre quindi sensibilizzare i cittadini, gli operatori della scuola, gli operatori del tempo libero e dei servizi ad ascoltare i messaggi dei bambini, a riconoscere gli indicatori di rischio e della gravità dell'evento. Occorre aiutarli a superare il timore della denuncia, offrendo innanzitutto una chiarezza ed una visibilità dei servizi, presenti nel territorio, preposti alla presa in carico di queste situazioni e capaci di offrire un sostegno ed una guida ai denunciati.

Dare attuazione all'organizzazione dei servizi prevista dalla Regione Marche nel Piano Sanitario 1998/2000 e nel Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali 2000/2001.

Promuovere un lavoro integrato tra le diverse istituzioni che condividono su piani differenti la presa in carico delle situazioni (Tribunale dei Minori, Sanità, Scuola, EE.LL.)

Promuovere la formazione degli operatori istituzionali che si trovano ad intervenire in tali situazioni.

Linee Operative

Organizzazione dei servizi. La presa in carico delle situazioni di minori nei casi di maltrattamento - abuso sessuale e nei casi in cui risultano sottoposti a provvedimenti giudiziari, è una problematica per sua natura complessa che necessita di protocolli diagnostico-terapeutici precisi e quindi di un elevato livello di specializzazione da parte degli operatori coinvolti. "La particolare difficoltà del lavoro sul maltrattamento e la violenza richiede la specializzazione di alcune/i operatrici/ operatori: ciò implica o la specializzazione di alcuni servizi già qualificati nel lavoro con le /i minori, o la creazione di un servizio specifico; ciò è vero tanto per i servizi di cura quanto per le case di accoglienza, quanto per i presidi sanitari e per gli organi della tutela." (Manuale di orientamento alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97)

Sviluppare competenze specifiche. Si sostiene la necessità di una formazione specialistica per gli operatori delegati a diagnosticare il maltrattamento e a prendere in carico la vittima e la famiglia. Tali competenze riguardano:

La rilevazione. Si intende con ciò l'aumento di sensibilità, preparazione, capacità d'ascolto e riconoscimento degli indicatori di rischio.

La protezione. Dal sostegno alle competenze genitoriali e all'assistenza domiciliare nei casi più lievi, all'affido familiare e ai centri di accoglienza alternativi per minori nei casi gravi.

La consapevolezza del contesto all'interno del quale si opera. Gli operatori agiscono su mandato del Tribunale dei Minorenni e perciò si trovano ad operare all'interno di un contesto coatto. Ciò non toglie che anche in tale condizione sia possibile operare ai fini di un cambiamento in direzione positiva dei comportamenti e quindi attuare interventi psicoterapeutici: "...qualsiasi contesto definibile come non terapeutico può offrire all'operatore insostituibili occasioni per agire terapeuticamente, purché si eseguano interventi intesi a provocare desiderabili cambiamenti relazionali, non solo restando coerenti col contesto, ma perfino sfruttandone le marche e le regole (da non confondersi con le consuetudini pigre, rigide e obsolete) come validi propulsori" (M. Selvini Palazzoli in S.

Cirillo 1989).

Il coordinamento delle risorse. Gestione coordinata dei casi e lavoro di rete.

L'integrazione dei percorsi sociali, sanitari e giudiziari. Ciò significa favorire la comunicazione tra le diverse istituzioni.

La valutazione delle risorse individuali e familiari e delle possibilità di trattamento.

La clinica. Nell'approccio ai casi di maltrattamento occorre focalizzare l'attenzione sulle articolate e complesse dinamiche familiari che sono sottese alla violenza, sui danni alle strutture psichiche del bambino che spesso sono latenti e poco visibili (la violenza familiare tende ad innescare un circuito che spesso si ripropone nelle generazioni future. Chi ha subito violenza è maggiormente predisposto a riproporla da adulto). Dunque, la tutela dei minori ha una sua specificità e si differenzia dalla presa in carico dei disturbi psichici e dell'handicap in età evolutiva.

Sintesi

Lo sviluppo in età evolutiva, i disturbi psichici che hanno esordio nella prima e seconda infanzia e che causano deficit, la disabilità psichica, fisica e sensoriale, assumono uno spazio di rilievo all'interno del materno infantile. La prevenzione primaria dello sviluppo, i deficit e i disturbi sopra elencati, che per loro natura possono determinarsi per cause organiche e/o per cause legate al contesto ambientale dove l'individuo vive ed evolve, richiedono per essere affrontati efficacemente di muoversi su più direttrici che riguardano:

formazione e cura degli ambienti di sviluppo; l'intervento volto al sostegno familiare o alla individuazione, nel contesto ambientale prossimo al bambino, risorse utili alla promozione del suo sviluppo,

costruzione di una rete epidemiologica per la rilevazione precoce dei segnali di disturbo (prevenzione secondaria),

potenziamento dei servizi territoriali per l'accertamento diagnostico, la cura dei disturbi, la riabilitazione per riattivare o implementare le

funzioni non in repertorio,

l'intervento psicoterapeutico a favore dell'ambiente familiare, luogo naturale dello sviluppo umano.

Dunque il rilievo che assumono tali problematiche è giustificato sulla base della complessità dei bisogni posti, espliciti ed impliciti, questi ultimi da leggere ed esplicitare.

Parole Chiave

Sviluppo, ambienti di sviluppo, prevenzione primaria: sostegno e formazione, prevenzione secondaria: rete epidemiologica, disturbi psichici, handicap, cura, riabilitazione.

Bibliografia

Attili G. (2007). Attaccamento e costruzione evuzionistica della mente. Milano, Cortina, 2007.

Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'infanzia e l'Adolescenza: Infanzia e Adolescenza. Diritti e Opportunità – Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n. 285/97.

Circolare Ministeriale n. 423 : La Scuola e i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Ottobre 1998

Cirillo S., Di Blasio P. (1989). La famiglia Maltrattante. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1989.

Cirillo S. e altri (1990). Il cambiamento nei contesti non terapeutici. Milano, Cortina, 1990.

Di Blasio P. e altri (1995). Contesti relazionali e processi di sviluppo. Milano, Cortina, 1995.

Di Bari P., Mancini C., Pallotta M.R., De Giacomi G., Russo R., Di Stanislao F. (a cura di), (2000). La salute nelle Marche. Regione Marche, Giunta Regionale, Agenzia Sanitaria Regionale, 2000.

Felitti V.J., Anda R.F., Nodemberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In: Franey K., Geffner R., Falconer R., (EDS) The cost of child maltreatment: who pays? We all do", S. Diego, CA Family Violence and Sexual Assault Institute.

Fraiberg S.(1999). Il sostegno allo sviluppo. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.

- Guidano V.F. (1988). *La complessità del sé*. Torino, Boringhieri, 1988.
- Laicardi C. (1988). *Genitori competenti*. Milano, Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- Legge 28 agosto 1997, n. 285: *Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*.
- Legge Regionale n. 34 del 20/10/1998: *Piano Sanitario Regionale 1998/2000*.
- Levi G. (1994). *Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva. Parte I*. Federazione Medica n° 2 – 1994
- Levi G. (1994). *Epidemiologia dei disturbi psicopatologici nell'età evolutiva. Parte II*. Federazione Medica n° 3 – 1994
- Malacrea M. (2004). *La terapia dell'abuso nell'infanzia. Le ragioni teoriche dell'evidenza clinica. Connessioni, rivista di consulenza e ricerca sui sistemi umani*. n. 14, pp. 81-100, 2004.
- Moretti G.M., e altri (2007). *Il setting riabilitativo come luogo d'ingresso alla presa in carico familiare. Ecologia della Mente - Rivista interdisciplinare per la costruzione di un comportamento terapeutico*. n. 30, pp. 71-87. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.
- Moretti G.M. (2008). *La presa in carico della disabilità e del disturbo psichico in età evolutiva: analisi dei bisogni- Psico-in-Informazione dell'Ordine degli Psicologi delle Marche*, 1, 24-25, Ancona.
- Moretti G.M. e altri (2010). In: *Ecologia della Mente-Rivista interdisciplinare per la costruzione di un comportamento terapeutico*. volume 33, n° 2, 133-159, Roma, il Pensiero Scientifico Editore.
- Novac J.D., Gowin D.B. (1989). *Imparando ad imparare*. Società Editrice Internazionale Torino (1989)
- ONU. *Convenzione Internazionale sull'Infanzia – 20 novembre 1989*
- Osservatorio Nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, *Piano di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva*. 2000 – 2001.
- Presidenza Consiglio dei Ministri – Dipartimento Affari Sociali – Centro Nazionale per la Tutela dell'infanzia: *Rapporto sulla condizione dei minori in Italia 1996*.
- Regione Marche, *Piano Regionale per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali 2000/2001*.
- Regione Marche, Giunta Regionale. Agenzia Regionale Sanitaria. *“La salute nelle Marche”*– (2000).
- Sameroff A. J., Emde R. N., (a cura di). (1991). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino, Boringhieri, 1991.
- Secondo Rapporto del governo Italiano sulla convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo – novembre 1998
- Selvini Palazzoni M., Cirillo S., Sellini M., Sorrentino A.M. (1958). *L'individuo nel gioco. Terapia familiare*, novembre 1985, 19, pp. 65-73
- Sorrentino A. M. (2006). *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*. Roma, Cortina, 2006.
- Sorrentino A. M., Selvini Palazzoli M., *Riattivare l'attaccamento*. In: http://www.scuolamaraselvini.it/down_more%2017.html
- Stern, D.N. (1982). *Prime relazioni sociali: il bambino e la madre*. Roma, Armando 1982.
- Stern D. (1987). *Il mondo interpersonale del Bambino*. Torino, Boringhieri, 1987.
- Winnicott, D. W. (1960). *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Roma, Armando, 2002.

Nota

(1) Per la metafora di gioco si veda Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., “L'individuo nel gioco”. *Terapia Familiare*, novembre 1985, 19, pp. 65-73.

Gaetano Maria Moretti

Psicologo

Psicoterapeuta.

Dipendente AST Ancona

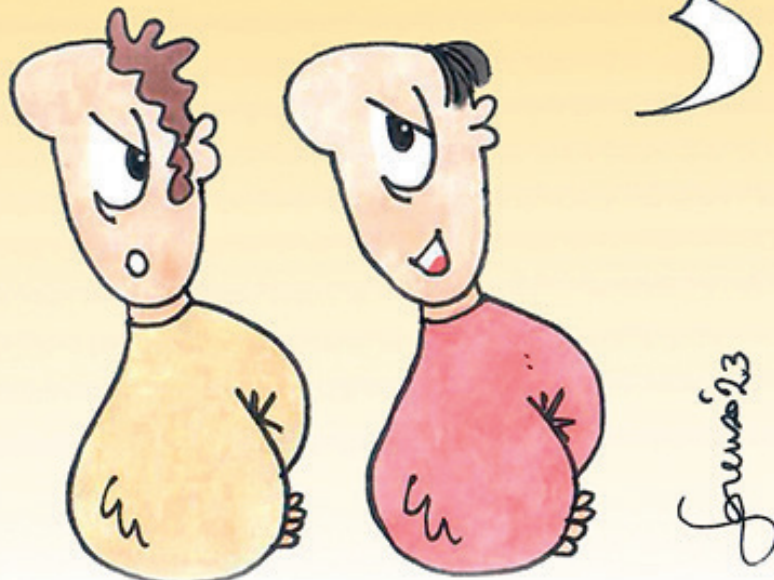
U.O.C. Cure Tutelari

U.O.S. U.M.E.E. Ambito Ancona

moretti.gaetanomaria@gmail.com

CHE NE PENSI
DELLA SOLITUDINE
DEL BAMBINO
DOMESTICO?

NO PROBLEM!...
BASTA DARGLI DA
MANGIARE E
CAMBIARGLI LA
LETTIERA DUE
VOLTE AL GIORNO!



Lorenzo Recanatini
Psicologo
Psicoterapeuta - UMEE Ancona
e-mail: lorenzo.recanatini@sanita.marche.it

Nota di presentazione al Manifesto

Sarantis Thanopulos

Il “Manifesto per la Salute Mentale” è un testo iniziale. Esso sarà sviluppato progressivamente in un documento finale, attraverso il coinvolgimento di tutte le forze che operano nel campo della cura della sofferenza mentale. È rivolto alle società scientifiche, agli operatori, alle associazioni degli utenti, al mondo della cultura e alla ‘società civile’, alle forze politiche.

Con la diffusione del Manifesto si intende promuovere un vasto movimento di riforma la cui realizzazione è un’esigenza non più rinviabile. Il primo passo sarà un incontro nazionale a Napoli nel primo weekend di Dicembre. Che farà il punto sulla situazione e lancerà il progetto. L’obiettivo è arrivare alla convocazione di Stati Generali per la riforma della Salute Mentale.

Il Manifesto difende un approccio multidisciplinare alla sofferenza mentale, senza contrapposizioni ideologiche o pretese egemoniche di corporazioni o discipline, costruite su rapporti di potere o - peggio - sulla ricerca degli stessi. La multidisciplinarietà va di pari passo con il pluralismo della ricerca e con la verifica scientifica dell’efficacia dei diversi metodi di cura. La verifica deve essere basata su dati rigorosi che stabiliscono se vi è corrispondenza tra i parametri che chiaramente definiscono l’obiettivo della cura e i risultati effettivamente raggiunti. La corrispondenza deve essere leggibile e verificabile da una prospettiva indipendente rispetto all’approccio di cura studiato, ma è ragionevole che un approccio centrato prevalentemente sulla qualità della vita usa parametri diversi da uno centrato prevalentemente sul piano quantitativo di contenimento dell’angoscia.

L’essere “Medici” o “Psicologi”, la formazione di base degli operatori dei Servizi Sanitari non definisce l’impegno professionale nella salute mentale che richiede, invece, un qualificato, rigoroso percorso di specializzazione in psichiatria (nei suoi vari indirizzi: farmacologico, sociale, epidemiologico) e psicoterapia (psicoanalitica, relazionale, fenomenologica, cognitivista, di bambini e adolescenti, di gruppo, di famiglia, di coppia ecc).

La distinzione sulla base della laurea in medicina o psicologia non legittima in alcun modo la discriminazione sul piano della carriera e della responsabilità nella gestione della cura; una discriminazione che di fatto una parte degli psichiatri promuove, imponendo il modello biomedico come regime monocratico di cura nella salute mentale.

Primavera 2021

Sarantis Thanopulos

Psichiatra

Presidente della Società

Psicoanalitica Italiana.

Manifesto per la salute Mentale

Autori vari

La cura nella Salute Mentale come valorizzazione della persona e difesa della democrazia.

La cura del dolore nel campo della Salute Mentale pubblica è in crisi. Il dominio del modello biomedico l'ha inaridita. L'approccio puramente farmacologico alla "sofferenza mentale" e, tendenzialmente, a tutte le problematiche esistenziali, appiattisce sulla biologia i nostri desideri, sentimenti, pensieri e azioni, facendo leva su un obsoleto determinismo naturalistico. Esso ha creduto di potersi accreditare scientificamente a forza di "evidenze", costruite a sua immagine e somiglianza, ma l'aver perso di vista l'esperienza soggettiva l'ha condotto a risultati deludenti. Ci sono state tante ricerche, investite grandi risorse finanziarie, sono stati pubblicati molti articoli, ma non sono stati ridotti i suicidi, i ricoveri e non sono stati migliorati gli esiti di guarigione delle persone con problemi di salute mentale.

Il modello biomedico ha trovato sostegno nei media, nell'insegnamento universitario, in gran parte dei servizi di Salute Mentale e ha contagiato settori della psicologia. Si è capovolta progressivamente la prospettiva, faticosamente conquistata, dell'umanizzazione della cura psichiatrica e si è registrato un ritorno prepotente alla logica dell'"istituzione totale" rivisitata: la reclusione delle persone sofferenti in esistenze diagnostiche costruite in funzione di trattamenti farmacologici disinvolti. Le ricerche scientifiche che mostrano l'uso eccessivo, inappropriato dei farmaci, che soffoca insieme ai sintomi anche la persona, e indicano la possibilità concreta di un loro uso pensato, accurato, sono ignorate.

La psichiatria dissociata dalla psicoanalisi/psicologia dinamica, dalla pratica psicoterapeutica, dalla fenomenologia, dalla psichiatria sociale e relazionale si è impoverita e rischia di ridursi in mestiere tecnico di

contenimento/sedazione delle emozioni, fatto da psichiatri che pensano e agiscono secondo algoritmi. La relazione terapeutica si è chiusa nel rapporto assistenziale a senso unico tra curanti e curati, invece di costituirsi nell'ambito della reciprocità, dello scambio affettivo e mentale tra pari. L'attuale stato delle cose favorisce la spersonalizzazione dei vissuti sia degli operatori sia delle persone sofferenti. E tende a creare un clima depressivo, emotivamente povero, negli spazi della cura. La riforma Basaglia, che ha ridato dignità di cittadinanza e diritto alla soggettivazione della propria vita al "paziente psichiatrico" (sino ad allora non considerato entità giuridica e politica), è sotto attacco, nonostante le dimostrazioni di qualità provenienti da quei servizi che ne hanno applicato lo spirito in modo innovativo. È tempo che tutte le forze riformatrici che considerano il pensiero e la prassi della cura psichica pubblica come strumenti critici di costruzione solidale e democratica della vita cittadina si uniscano per opporsi alla controriforma in atto. Per costruire un approccio al dolore psichico fondato sul dialogo tra saperi che si confrontano tra di loro in modo paritario.

Lavorare insieme, unire saperi ed esperienze in un approccio multidisciplinare, ha rappresentato, nei momenti migliori, l'elemento portante dei dispositivi di cura. Questa eredità tradita deve essere recuperata.

A partire dalla valorizzazione del lavoro dell'équipe territoriale, fulcro dell'intero sistema della Salute Mentale e luogo in cui integrano tra di loro i diversi approcci alla cura:

- Il trattamento farmacologico mirato e critico, coadiuvato da un lavoro paziente di sostegno relazionale e di accoglienza umana del dolore, che è funzionale al contenimento dell'angoscia acuta, invasiva, e della depressione.
- La cura, ispirata alla teoria e alla clinica psicoanalitica/psicodinamica (nelle sue varie forme: individuale, di gruppo, di coppia, di famiglia) e ai principi fenomenologici, che promuove il lavoro di trasformazione psichica necessario al ritorno in gioco della soggettività desiderante.
- La terapia delle relazioni, che usa principi sistemico-familiari e cognitivo-dialogici.

- Il lavoro di integrazione socio-culturale nella comunità in cui si vive, che richiede una competenza specifica delle dinamiche psichiche e sociali della collettività, una grande sensibilità umana e una collaborazione costante con le istituzioni e con gli ambienti della cultura umanistica, della letteratura, del teatro, del cinema, dell'arte. Questi ambienti hanno una funzione preziosa nella costruzione della comunità, nella configurazione delle reti condivise di significazione dell'esperienza che creano un senso di identità aperto alla differenza, all'alterità, non chiuso in sé stesso.
- Il lavoro di prevenzione, basato sulle diagnosi precoci, sulla valorizzazione dell'intervento psicopedagogico e della psicoterapia nei bambini e negli adolescenti, sull'individuazione di realtà familiari fragili, sugli interventi di sostegno in ambienti sociali vulnerabili colpiti da fenomeni di degrado, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, negli ospedali.
- La partecipazione attiva e organizzata degli utenti con problemi di salute mentale che portano il contributo della loro soggettività al processo di cura.
- Il superamento delle pratiche coercitive e violente attraverso la critica costante e la promozione di pratiche alternative in tutti i contesti di cura.

Il buon funzionamento dell'équipe ha un suo indispensabile complemento in un rigoroso lavoro epidemiologico e di ricerca clinica che affida la verifica del lavoro svolto soprattutto a criteri di qualità: lo sviluppo dei legami affettivi, della creatività e della libertà di espressione personale.

L'équipe richiede una buona formazione di partenza in tutte le sue componenti. Essa non è, tuttavia, la somma delle competenze che la compongono, non è un'attività poli-ambulatoriale. Non si identifica con una sede ma la sua funzione si diffonde nel territorio e eccede la sua composizione in due sensi. Da una parte include nel suo lavoro il gruppo dei pazienti, i loro familiari, le forze culturali e sociali con cui interloquisce; dall'altra amalgama tra di loro le diverse prospettive che ospita nel suo interno creando una prospettiva unitaria, un lavoro di cura coerente. L'équipe è luogo di formazione e di ricerca permanente, il luogo in cui la terapia della sofferenza grave, invasiva,

si configura attraverso l'esperienza in modo autentico, vero.

La cura psichica non è un'applicazione di principi tecnici ai quali le persone sofferenti devono aderire, in una falsificazione reciproca di rapporti. È una prassi, un prattain nel senso nobile del termine che gli ha assegnato Aristotele: l'agire che ha come suo oggetto la vita dell'uomo. La prassi della cura psichica è un lavoro che segue principi scientifici, ma prende forma nell'ambito di relazioni personali, non anonime, come sapere artigianale che riconosce in ogni storia di sofferenza la sua particolarità, in ogni esistenza sofferente la sua trama originale. L'umanizzazione della cura non perde mai di vista gli strumenti farmacologici o i dispositivi relazionali che contengono l'angoscia. La cura, tuttavia, è nella sua essenza un prendersi cura della relazione con le persone che soffrono. Essa è, al tempo stesso, mezzo e fine, affermazione della soggettività.

È fuorviante e profondamente dannoso per la salute psichica dell'intera comunità che la cura della sofferenza grave sia orientata e definita da coloro che lavorano in laboratorio, sulla base di schemi diagnostici "obiettivi" prodotti da una compulsione tassonomica che nulla aggiunge al sapere prognostico, senza entrare mai in contatto con le persone sofferenti, senza conoscere i loro desideri, le loro emozioni, i loro pensieri travagliati, senza sentire il loro respiro, senza incrociare il loro sguardo. Le espressioni bizzarre, tormentate, incoerenti di una psiche lacerata se da una parte sono manifestazione di una sottostante angoscia destrutturante, che deve pur trovare tregua, sollievo, dall'altra sono l'unica forma con cui la persona sofferente si tiene viva e comunicante. La loro soppressione attraverso un abuso di cure farmacologiche, fa rientrare dalla finestra ciò che si pensava essere stato accompagnato alla porta: la logica manicomiale, la cancellazione violenta di identità, di esistenze umane.

L'approccio puramente quantitativo alla terapia del dolore psichico – la sua sedazione che mira soprattutto a renderla invisibile – ha portato allo sviluppo di un dolore sordo che svuota il senso dell'esistenza, diffondendosi ben al di là dei confini della sofferenza "psichiatrica" conclamata. Le soluzioni anestetiche non riguardano solo coloro che

patiscono una sofferenza psichica grave, ma affliggono chiunque nelle varie fasi della sua vita incontri difficoltà, incertezze, vacillamenti, crisi esistenziali. Persone giovani o adulte che hanno un'alta probabilità di essere ridotte a un'etichetta diagnostica con cui saranno portate ad identificarsi e con cui saranno identificate.

Il progetto mistificante di una società senza dolore che passivizza i cittadini, sia deprimendoli sia spingendoli verso la scarica impulsiva/compulsiva delle loro emozioni, ha creato storicamente un terreno favorevole al totalitarismo. Ribellarsi all'equiparazione tra la persona e la sua biologia è una questione di civiltà. Contrastare la standardizzazione, l'omologazione dei comportamenti e la sottomissione della nostra concezione della vita al tecnicismo dilagante, è affermare la democrazia.

Estate 2021

Redazione del testo

Angelo Barbato, Istituto Mario Negri Milano

Antonello D'Elia, Presidente di Psichiatria Democratica

Pierluigi Politi, Ordinario di Psichiatria Università di Pavia

Fabrizio Starace, Presidente Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica

Sarantis Thanopoulos Presidente della Società Psicoanalitica Italiana

Aderiscono

-Angelo Fioritti Presidente del Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale

-Alessandra Chinaglia Presidente SIEFPP (Soci Italiani della European Federation of Psychoanalytical Psychotherapy: né fanno parte 15 società appartenenti a quattro sezioni: adulti, bambini/adolescenti, gruppi, coppia/famiglia)

-Guido Fallace presidente FeDerSerD

- Biagio Sciortino presidente Interceear

-Vittorio Gallese Cattedra di Psicobiologia e Psicologia Fisiologica Università di Parma

- Eugenio Borgna Psichiatra, primario emerito di Psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara

-Fabio Ciaramelli Ordinario di Filosofia del Diritto Università Federico II Napoli

-Mariaenza La Torre Consigliere della

Cassazione

-Mario Colucci Psichiatra DSM Trieste, psicoanalista, membro Forum Lacaniano in Italia e AP di EPFCL

- Forum Lacaniano Italia

-Massimiliano Marrotta Presidente dell'Istituto degli Studi Filosofici di Napoli

-Lisa Ginzburg Scrittrice

- Sandra Zampa Responsabile Salute Partito Democratico

- Carmen Lauro Deputata Movimento 5 Stelle

-Nerina Dirindin esperta di politiche per la salute mentale

- Benedetto Saraceno Ordinario di Global Health Università di Lisbona

-Cecile Edelstein, CIPRA – Coordinamento Italiano Professionisti della Relazione d'Aiuto

-Marilisa Martelli Neuropsichiatra infantile, psicoanalista SPI, già direttrice della Neuropsichiatria dell' Infanzia e della Adolescenza dell'Azienda USL di Bologna

-Centro di Ricerca per la Filosofia e la Psicoanalisi, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona

- Istituto di psicoterapia psicoanalitica esistenziale Gaetano Benedetti

-Virginia Giannotti Presidente della Società Italiana di Psicoterapia dell'Infanzia dell'Adolescenza e della Coppia SIPsIA

-Ignazio Cannas Presidente dell'Associazione Psicoanalitica Italiana

-Antonio di Ciaccia Presidente Istituto Freudiano per la Clinica, le Terapie e la Scienza

-Paolo Migone Direttore di Psicoterapia e Scienze Umane

- Umberto Nizzoli past-president SISDCA

-FLAI Forum Lacaniano in Italia

-Sedi ICLeS di Venezia, Macerata e Napoli

-Luisa Russo, Neuropsichiatra Infantile, Direttrice del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Napoli 1 Centro

-Fedele Maurano, Psichiatra, Direttore UOC. SM 29-30 della ASL Napoli 1 Centro

-Alessandro Raggi Psicologo, psicoterapeuta Vicepresidente Ass. Ananke di Villa Miralago, Vice direttore Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica AION

-Loredana Betti, psicologa, psicoanalista SPI, cda Associazione Centro Franco Basaglia Arezzo

-Emilio Riccioli Scuola Specializzazione SSPIG- Palermo

-Angelo Malinconico direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze Azienda Sanitaria Regionale del Molise

-Fulvia Grimaldi psicoanalista Alpsi, Direttrice struttura complessa UOCSM 32-33 Dipartimento Salute Mentale SM ASL Napoli 1

- Maria Antonietta Fenu già Dirigente psicologo ASL ROMA, Psicologo fondatore Colpo d'Ala (Centro di Consultazione psicologica adolescenti, ASL Roma A), Socio fondatore SPSiA, Socio didatta e Membro CdT Corso ARPAd, già Presidente SIEFPP, già delegato Europeo Child&Adolescent EFPP

- Barbara D'Avanzo, Laboratorio di Valutazione della Qualità delle Cure e dei Servizi, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS.

Psicologia della prescrizione farmacologica

Riccardo Coltrinari

Il farmaco tra scienza e magia

La medicina è da sempre transitante in uno spazio virtuale ed intermedio della conoscenza condiviso da scienza, tecnica, arte e magia. L'idea, tra l'infantile e l'archetipico, per cui il medico come di una figura a metà strada fra l'umano e il soprannaturale, come nella mitologia il potere medico di Esculapio è figlio di un dono divino, proveniente dall'esperienza curatrice di Chirone, centauro e semi-dio, ci propone un medico depositario di un sapere che, avendo per oggetto il lenimento della sofferenza e l'allontanamento della morte, viene rappresentato dai più come detentore di un'onnipotenza vicina al divino, come già descriveva Omero, nel personaggio di Macaone, uomo guaritore che somministrava i suoi rimedi agli eroi feriti in battaglia, o come ritroviamo in tutta la storia del Cristianesimo che per secoli ha trasmesso l'idea della guarigione tramite la Grazia soprannaturale. Ma una feconda ambivalenza di fondo persiste nel pensiero greco-antico: Tucidide usa il termine sia per indicare del veleno gettato in pozzi d'acqua, sia indicare il rimedio contro l'avvelenamento, cioè l'antidoto. Il doppio registro del significato del termine, traduce e ci permette di comprendere come a livello clinico l'ambivalenza intrinseca del farmaco possa dare adito a fantasie di cura nella simbiosi e contemporaneamente a paure di nocimento e trasformazione. Tutto questo ci spinge a pensare alle rappresentazioni del farmaco nella realtà psichica con un alone semantico che supera, pur inglobandolo, il livello della realtà farmacologica. Su di esso si depositano paure, speranze e desideri dei pazienti, dei medici e anche delle strutture istituzionali, assumendo valori immaginari e simbolici su cui illusoriamente si possono fondare fantasie onnipotenti o irrealistiche difensive

appartenenti al registro del pensiero magico. Sul versante neurochimico assistiamo a progressi notevoli ma in direzioni inaspettate, cioè quelle della complessità dei metabolismi individuali e geneticamente determinati che smentiscono il dogma presunto dell'infallibilità prescrittiva a favore di una risposta individuale al farmaco che sposta la prescrizione in funzione della risposta e della compliance soggettiva. Senza dimenticare che la prescrizione psicofarmacologica è ancora fondata su ipotesi (dopaminergica, serotoninergica, etc.) discordanti e conflittuali, lungi dall'esser ancora giunte alla prova della evidenza scientifica.

Sul versante neuroscientifico l'interesse sembra spostarsi sull'influenza dei processi inconsci nella vita mentale (il Protomentale di Bion, 1962) e sull'importanza della intersoggettività (neuroni specchio) nella determinazione dei significati che attribuiamo nell'elaborazione della vita mentale.

DUBBIOSO Alla luce di ciò, come distinguere, allora, la norma della scienza medica dalla magia? E come differenziare i medicinali della farmacopea ufficiale da qualche "magico elisir"? Sono problemi con i quali i medici si sono lungamente dibattuti, arrivando alla conclusione che, nonostante i progressi della chimica, la produzione a livello industriale dei farmaci e la loro sperimentazione controllata, una linea netta di demarcazione non può essere tracciata. Non è possibile dunque sottrarre completamente l'atto della somministrazione del farmaco a quell'alone di magia da cui è sempre stato investito. I fenomeni di farmacoresistenza, farmacofobia, farmacofilia che rappresentano modalità patologiche di relazionarsi con il farmaco, ci ricordano che esso continua ad essere, per tutti, sottoposto al condizionamento di un così gran numero di posizioni soggettive da sottrarlo spesso volte all'ambito della scienza, nel quale è faticosamente entrato, per ricondurlo nel dominio della magia, buona o cattiva o ambedue insieme.

Il farmaco: quale oggetto?

Il farmaco è quello "strumento vissuto" intessuto nel contesto delle relazioni terapeutiche definibile, come "farmaco-oggetto" (oggetto soggettivo). Le posizioni psicoanalitiche che

interpretano quale tipo di oggetto possa rappresentare un farmaco per il paziente in un determinato momento si possono raccogliere attorno al concetto di oggetto transizionale descritto da Winnicott (1971).

Secondo la concezione winnicottiana, oggetto transizionale è qualcosa fra il soggettivo e l'oggettivo, la famosa coperta che rassicura Linus dall'abbandono provato in un mondo di relazioni ciniche e disincantate, permettendogli di rifugiarsi, mentre è immerso in questo mondo, nell'avvolgente materno della coperta, rassicurante e consolatorio, pur rimanendo in contatto con questo mondo sconcertante e algido, ma reale come il proprio mondo. Winnicott ci ricorda che l'oggetto transizionale è sia Me che non Me, è oggettivo ma appartenente all'interno del soggetto, dove rappresenta la fusione con l'oggetto nei tempi bui della separazione. Per cui il farmaco viene vissuto "come un supporto di emergenza per alleviare l'angoscia di separazione" come viene ben descritto dalla Milner nel 1969: "gli aspetti calmanti della medicina procurarono..... la rassicurazione che la buona fonte interna o esterna non era stata del tutto distrutta dalla sua esigente incontentabilità. Il fatto che il flacone delle pillole fosse sempre nella sua borsa, subito disponibile in caso di bisogno o da dimenticare quando non c'era, significava inoltre che esso serviva come una specie di oggetto di transizione. Naturalmente c'erano anche sentimenti negativi verso il farmaco, perché lei era coscientemente irritata per il fatto di doverlo prendere."

Il concetto di farmaco come oggetto transizionale si può ritrovare in particolare nella condizione farmacofila, in cui il farmaco non è investito di un bisogno così vorace e primitivo come nella tossicodipendenza, ma è piuttosto un'ancora di salvezza, una stampella, una magica risorsa che compensa il difetto dell'identità e rinvigorisce la presenza di un Sé altrimenti precario e vacillante; infatti siamo di fronte a soggetti che si percepiscono come incapaci di far fronte anche solo ad un modesto accenno di disturbi, quali ansia, insonnia, dolori somatici, ecc. e che quindi necessitano di assunzioni ripetute di un determinato farmaco, anche ai dosaggi minimi terapeutici (il rapporto con il farmaco non è basato sulla reale efficacia di una sostanza

attiva, ma è investito di significati simbolici nei quali si fondono soprattutto le fantasie, le speranze e le attese del soggetto). Quindi nella farmacofilia il farmaco è un oggetto buono, facilmente fruibile che produce e trasforma l'esperienza dell'assunzione del farmaco in cariche psichiche positive fondate sul sostegno e la rassicurazione. L'utilizzazione del farmaco da parte del paziente è - in ultima analisi - un pezzo di medico che questi può portare con sé ed al quale ricorrere nel momento del bisogno (caratteristiche che rientrano appunto nella funzione di oggetto di transizione).

Il concetto di farmaco-oggetto transizionale ha però ricevuto anche numerose critiche. Secondo Siani (1993), si tratterebbe di un concetto decisamente da respingere in quanto non privo di ambiguità e contraddizione. Secondo la Mc Dougall (1988) invece, più che di oggetti "transizionali" si dovrebbe parlare di oggetti "transitori". Quando riesce ad adempiere alla sua funzione - ci ricorda l'Autrice - l'oggetto transizionale è un piccolo oggetto inanimato che incarna per il bambino l'immagine della madre o, più esattamente, dell'ambiente materno naturale, quindi un'immagine in via di introiezione ma ancora lontana dall'essere un'identificazione simbolica. Nella condizione tossicomane si assiste a una patologia nella maturazione normale dei fenomeni transizionali, per cui invece di un oggetto in via di introiezione e poi di identificazione prende corpo un oggetto di "addiction", un oggetto "transitorio" sempre da ricreare perché sempre esterno a sé. E' per questo motivo, seguendo il pensiero della McDougall, che sembrerebbe più consono riservare il termine di oggetto "transitorio" anche per gli psicofarmaci, in quanto trattandosi di sostanze atte a scaricare la tensione dolorosa e i conflitti mentali entrerebbero a pieno diritto a far parte del "teatro transizionale" a cui fanno riferimento anche le problematiche della tossicodipendenza. "I personaggi di questo teatro sono ridotti a oggetti parziali, se non addirittura inanimati, come le droghe, sostituti della madre interna, madre che cura, madre che manca nel mondo interno".

Un'osservazione critica in questa direzione, che pone interrogativi stimolanti per una migliore comprensione del problema, è stata proposta dalla Greenacre (1970), la quale si è

chiesta infatti se il ruolo del farmaco in realtà non si identifichi maggiormente con quello dell'oggetto feticcio.

In "Le origini del balocco feticistico delle perversioni sessuali" (1969) Meltzer descrive l'oggetto feticcio come un oggetto smontato intorno al quale si cristallizzano le perversioni. Si tratta di oggetti che precludendo il fenomeno della introiezione e quindi della soddisfazione determinano una continua insaziabilità e quella ripetitiva ricerca dell'oggetto farmaco che ogni clinico ben conosce (condizione che si realizza nella tossicomania e nella farmacodipendenza in generale). Approfondiamo questo concetto da un punto di vista psicodinamico. Secondo R. De Benedetti Gaddini (1986) il feticismo rientrerebbe nella psicopatologia dei precursori intra-oral dei oggetti transizionali, la cui perdita sarebbe alla base di angosce di non integrazione e di mutilazione che frammentano l'interessa del senso di sé. In questa condizione psicopatologica i processi di simbolizzazione sarebbero interrotti ad un livello di organizzazione mentale in cui l'oggetto assente (il seno materno) non è rappresentabile da un'altra cosa simile, il simbolo, che nello sviluppo ordinario lo rende presente nel mondo interno tramite l'oggetto transizionale, che è un oggetto esterno. Il valore simbolico dell'oggetto transizionale procede dallo stato che la Segal (1957) indica come "equazione simbolica", che per la De Benedetti Gaddini è il momento dei precursori allorché il simbolo e la cosa simbolizzata non si differenziano l'uno dall'altra. L'oggetto transizionale rappresenta per il bambino, persona intera e separata, la simbolica riunione con la madre assente, quindi implica la perdita e il conseguente lavoro di riparazione, mentre il precursore nega semplicemente l'assenza, è una parte non ancora differenziata dal sé, a cui è attribuibile il valore di equazione simbolica.

Quindi si può affermare che ogni sostanza psicoattiva per il tossicodipendente è un feticcio, un oggetto parziale che rappresenta concretamente nel mondo interno, come equazione simbolica, la relazione assente con la madre, o più precisamente l'assenza della sua funzione di contenitore che dona significato e nominabilità alle angosce primordiali di separazione e di frammentazione.

La prescrizione farmacologica, inserita in una

relazione "sufficientemente buona" che renderà tollerabile la elaborazione delle angosce di separazione in dolore mentale, consentirà lo svezzamento dalla sostanza di abuso nel momento in cui assumerà valore di oggetto transizionale, in grado di mediare l'assenza del seno con la presenza intracorporea di un farmaco rappresentante la relazione medico-paziente realizzatasi come contenitiva. In questo caso il farmaco simbolizzerà una relazione, non un oggetto concreto, favorendo i processi di simbolizzazione relativi alla capacità di pensare il dolore mentale derivato dall'assenza e dalla separazione. Al contrario la collusione prescrittiva di un farmaco-feticcio perpetuerà modalità di relazioni impregnate di sado-masochismo onnipotente dove il medico rappresenterà una figura idealizzata estremamente potente, trasformantesi in persecutore altrettanto potente nel momento in cui, stremato dalle richieste assillanti del tossicodipendente-lattante, non prescriverà più i farmaci.

Riportiamo a questo punto la descrizione degli "oggetti autistici", fornita dalla Tustin (1972), secondo la quale esisterebbero delle analogie tra questi e gli oggetti feticistici. Si tratta di oggetti che non vengono impiegati per la loro funzione, non sono associati a fantasie, sono intercambiabili e sono sempre caratterizzati dall'uso patologico che ne fa il paziente. Inoltre sembrano in grado di tamponare il sanguinamento psichico che deriva dall'esperienza della separatezza corporea. Gli oggetti autistici patologici vengono introdotti allo scopo di affrontare le pressioni che hanno impedito la possibilità di distinguere tra animato e inanimato o ne hanno ostacolato uno sviluppo normale. Nei termini della definizione winnicottiana dell'oggetto transizionale come primo possesso non me del bambino, si può affermare che gli oggetti autistici sono possessi me. "Quando la frustrazione incalza, gli accessi di rabbia corrono lungo i muscoli e le vene e gli fanno sentire la paura di un annientamento totale, il bambino psicotico per contrastare questo terrore mortale afferma un oggetto autistico duro", afferma la Tustin (1981). E' una descrizione che ben si adatta a un tipo di assunzione farmacologia automatica e quasi completamente devitalizzata, con riferimento a quei pazienti che non assumono

il farmaco in fantasia e che ingeriscono le pillole senza nemmeno sapere il nome del farmaco e spesso anche quello del medico che ha prescritto il medicinale, che possono sostituirlo con altri composti senza manifestare né ansia né nuove aspettative. Interessante è il caso di un paziente psicotico postadolescente riportato da Nielsen (1998) in cui il farmaco assume in una fase iniziale della psicoterapia il ruolo di oggetto autistico, per poi diventare per il paziente in un momento successivo un oggetto di transizione: “durante i colloqui Willy stava spesso seduto stringendo con forza un oggetto, una scatoletta d’argento in cui erano riposte le sue medicine. La madre gli aveva detto di stringerla quando si sentiva in difficoltà e lui lo faceva fino a farsi male alla mano. A volte teneva in tasca la scatoletta della confezione di cartone senza farmaco con lo stesso intento e lo stesso risultato. Solo in una fase più avanzata della terapia Willy aveva avvolto la scatoletta nel fazzoletto e da allora a Willy era sufficiente sfiorarla con leggerezza quasi accarezzandola per provare sollievo.”

Infine per completare il quadro delle interpretazioni relative al farmaco oggetto, riportiamo il punto di vista di Ostow e quello di Kohut: secondo il primo Autore lo psicofarmaco avrebbe la proprietà di creare uno stato di omeostasi narcisistica o sindrome della tranquillità narcisistica (ad esempio in riferimento all’impiego del litio nel trattamento dei pazienti maniaco-depressivi); i kohutiani parlano invece di oggetto-sé. Kohut, nel suo libro “La cura psicoanalitica” (1984) spiega così l’efficacia della terapia psicofarmacologica nell’agorafobia: “Parallelamente, vorrei ricordare che l’efficacia della psicofarmacologia dell’agorafobia, e in particolare l’uso dei triciclici, può ben essere spiegata psicologicamente nel quadro concettuale della psicologia del Sé, che considera come malattia centrale la mancanza di strutture idealizzate tranquillizzanti, in grado di placare l’angoscia. Questi farmaci, come l’accompagnatrice, prendono il posto dei precursori della struttura psicologica, cioè dell’oggetto-Sé arcaico idealizzato, con la cui calma e forza il Sé può fondersi. Ma poiché in nessuna di queste due strategie vengono attivati i processi di elaborazione, non si formano strutture con effetto calmante e

persiste la dipendenza, simile a una dedizione, dal farmaco o dall’accompagnatrice.” Chiedersi quale oggetto possa essere un farmaco per quel paziente in quel momento è un interrogativo intrigante e foriero di possibili evoluzioni sia per il percorso terapeutico del paziente, sia per lo sviluppo delle capacità del terapeuta.

Per terminare riportiamo il caso di Violet, una paziente borderline, descritta dalla Little (1986), con notevole capacità partecipativa.

“Violet entrava in ansia se si accorgeva di aver dimenticato di mettere in borsa le compresse di vitamine, che in origine il medico di famiglia le aveva prescritto per una leggera ipovitaminosi e che ora assumeva solo di rado. A un determinato livello erano un talismano magico, e anche un pericolo misterioso e persecutorio. A un altro livello erano un oggetto transizionale, le tirava fuori e le guardava, giocava con il flacone, pensava di prenderne una e così via. Alla fine le perse, o le buttò via, perché non erano più buone, o non ne aveva più bisogno. Alla superficie mantennero il loro originario significato di realtà. In seduta qualche volta stava sdraiata tenendo il flacone in mano; qualche volta le lasciava dall’altra parte della stanza nella borsa. A volte me le porgeva e me le richiedeva alla fine della seduta. In seguito me le lasciava durante la notte e alla fine le lasciò a casa e se ne dimenticò. A livello più profondo, delirante, le compresse erano me, e io ero la sostanza curativa, che dava la vita, dava da mangiare, da eliminare come escremento, da ispirare ed espirare, o semplicemente assorbire, in virtù della mia presenza. Quando ne aveva paura- “penso che ormai siano andate a male”- ero la sostanza velenosa, persecutoria da cui liberarsi. Analogamente a questo livello, erano anche sia la paziente che sua madre, buone e cattive.”

I vissuti soggettivi del farmaco

Al di là dei modelli psicoanalitici di interpretazione del farmaco, che sono stati decritti ampiamente nel paragrafo precedente, dobbiamo considerare un dato di fondamentale importanza, cioè che l’efficacia della farmacoterapia può essere indubbiamente accresciuta da una comprensione psicodinamica del processo

terapeutico, perché si pongono problemi non tanto sull'azione del farmaco, ma su come il paziente lo vive, come risponde soggettivamente all'impatto con il farmaco e con la procedura con cui esso viene prescritto, sulle reazioni dei familiari o comunque sull'economia generale del disturbo psichico. Quando si realizza tale condizione, cioè pensare e praticare la farmacoterapia con un atteggiamento relazionale e una comprensione psicoterapeutica, è appropriato parlare di farmacoterapia psicodinamica o psicofarmacopsicoterapia (Freni S.).

Vediamo a questo punto quali sono i vissuti soggettivi del farmaco e come si traducono a livello della corporeità, andando ad esaminare i principali aspetti della psicopatologia.

Per quanto riguarda il trattamento della schizofrenia non c'è alcun dubbio che i farmaci neurolettici rivestano un'importanza fondamentale, in quanto è stato dimostrato che riducono i sintomi psicotici, le probabilità di ricadute e la durata dei ricoveri. Detto questo però è anche vero che una serie di effetti collaterali, che possono anche portare alla sospensione del farmaco (sollevando così il problema della compliance alla terapia) non sono attribuibili al fattore biologico, alla farmacodinamica o alla farmacocinetica. Negli anni 60-70 si tendeva ad attribuire a problemi legati al metabolismo del farmaco il fatto che esso non venisse utilizzato come doveva. In realtà questa visione non ha ricevuto sostanziali conferme; si è invece sviluppato un filone di ricerca, che origina da Sarwer-Foner verso la fine degli anni Cinquanta e che è continuato con Ostow e altri (psichiatri con formazione psicoanalitica che avevano sottolineato la necessità di studiare psicoanaliticamente i farmaci), da cui è emerso che gli effetti collaterali quasi sempre danno luogo a un vissuto sgradevole, perché modificano un certo assetto mentale che, in qualche modo, è egodistonico rispetto a un'identità raggiunta oppure a un modo di essere o a un profilo dinamico del paziente.

Sarwer-Foner fu il primo che notò l'effetto paradossale da fenotiazine che si verifica nei pazienti maniacali trattati con forti dosi di clorpromazina, che anziché sedarsi, si eccitano ancor di più. Ciò è dovuto al fatto che il paziente maniacale ha un'immagine

grandioso-onnipotente di sé (relata alla fusione con l'oggetto ideale) come prodotto di compensazione psichica legata a meccanismi di difesa deneganti, che servono a contrastare una condizione interiore scissa e negata di debolezza e di terrore della morte. Nel momento in cui si sente coartato e spento (vissuto indotto dal farmaco) il paziente si sente costretto ad una inaccettabile condizione che contrasta vividamente con l'immagine di sé difensivamente grandiosa. Si è visto che i pazienti schizofrenici che abbandonano i farmaci sono appunto quelli che hanno un nucleo grandioso, maniacale, onnipotente e che vivono il farmaco come un oggetto estraneo che spegne questa condizione per loro essenziale; vivono in maniera egodistonica il trattamento e, per loro, è solo un pseudo-miglioramento quello che appare, ritenendo essenziale l'aggrapparsi disperatamente a questi nuclei grandiosi del sé.

Altre volte i pazienti trattati con neurolettici nel percorso di malattia, presentano spesso reazioni depressive, talvolta gravi, associate a un sentimento di svuotamento di sé permanendo in zone ambigue e vicine al rischio suicidario.

Un problema molto sentito, specifico per i neurolettici, è legato ai grossi effetti sulla cenestesi e sulla motricità, cambiano di per sé l'immagine corporea del soggetto. Un soggetto schizofrenico, che magari ha già sintomi di depersonalizzazione, sotto l'effetto di farmaci neurolettici subisce una serie di trasformazioni dell'immagine di sé, che può acuire sintomi suddetti, alterando catastroficamente l'immagine corporea che il paziente ha di sé. Inoltre effetti collaterali quali contrazioni muscolari, ginecomastia e sedazioni egodistoniche possono diventare l'espressione di gravi malattie o la prova di influenze nefaste sul proprio corpo da parte di forze aliene, diaboliche o la prova di vendette da parte di personaggi ostili, compresi i familiari e i curanti. Spiazzi (1984) ha proposto un'interessante correlazione fra personalità di base e "metabolismo psichico", nel senso di vissuto soggettivo del farmaco.

Nei soggetti con caratteristiche ossessive spesso il farmaco si inserisce, a livello dei vissuti soggettivi, come un "controllore che va controllato", un regolatore di emozioni e

pulsioni, o ancora come un mezzo ordinato per mantenere una giusta distanza che determina un rapporto oscillante fra resistenza, diffidenza e accettazione ritualistica. Queste personalità tenderebbero a togliere al farmaco il suo carattere, inglobandolo nel sistema difensivo prevalentemente correlato con il controllo onnipotente.

Per la personalità isterica, essendo tutto strumentalizzabile, compreso il farmaco e anche in ordine ai vantaggi secondari connessi con sintomi ed effetti collaterali, il farmaco stesso verrebbe caricato di investimenti magico-onnipotenti autosuggestivi, alla ricerca del bisogno di dipendenza e dell'ambiguità di significazioni. Ciò può far meglio comprendere la discontinuità d'uso, l'investimento regressivo, ambivalente ed egocentrico.

Nei soggetti ansiosi il rapporto risulta lineare e favorevole in quanto il farmaco può riuscire a spezzare il circolo insicurezza-ansia. Lo spostamento dell'ansia sugli effetti collaterali tende però a divenire una specie di compagno di vita, o uno scomodo, ma necessario, compagno di viaggio.

Nei soggetti con caratteristiche schizoidi, il farmaco viene invece frantumato e scisso in contesti come buono-cattivo, attraente-repellente, giustificando frequente difficoltà e diffidenza a cambiare composto oppure improvvise e arbitrarie esclusioni farmacologiche e brusche interruzioni.

La tendenza a catturare il medicamento è la caratteristica rilevata nei soggetti ipocondriaci, che si associa alla tendenza a provare e riprovare, ad aggiungere e togliere pillole. Si tratta di una specie di indaffaramento farmaceutico, una diffidenza verso il farmaco indice anche del desiderio di "curarsi senza curarsi" di questi soggetti.

Nelle personalità narcisistiche si riscontra un'attivazione della negazione delle ferite narcisistiche. Il timore del ridimensionamento della rappresentazione grandiosa di sé può arrivare a far assumere al farmaco le sembianze di un oggetto rivale in grado di ridimensionare, con i conseguenti atti di rigetto e opposizione. Nei depressi si possono trovare riluttanza e una maggiore controversia di quanto possa apparire di primo acchito. Esse sono sottese dalla paura di guarire e di non poter quindi espiare l'adeguata penitenza.

Nelle personalità tossicofiliche la caratteristica principale è, data la voracità, l'insistenza sul farmaco, l'appetizione abusiva con modalità regressive. La pillola assume il connotato significativo di un oggetto magico-onnipotente, rassicurante e gratificante.

Infine Thoma e Kachele (1988) descrivono il caso di un paziente (Friedrich Y.) affetto da un disturbo dell'umore in trattamento con litio, in cui lo psicofarmaco aveva svolto la funzione di "freno interno", quale sostituto di una madre repressiva.

Il farmaco nella relazione terapeutica: dalla prescrittività all'alleanza terapeutica

Se consideriamo l'impressionante diffusione dell'abuso e cattivo uso di sostanze farmacologiche (in particolare psicofarmaci) dovremmo convenire che la scienza e l'arte della terapia sono fallite in uno dei loro fondamenti, compendiato dall'asserzione di Balint secondo cui "quando un medico prescrive un farmaco prescrive se stesso"; in tal senso l'immagine del prescrittore emergente dalla ricetta è quella di un Sé-medico deteriorato e malamente usato. Forse la mercificazione del farmaco e la sua imposizione sul mercato come bene di consumo contribuiscono a svuotare di significato simbolico relazionale l'atto della prescrizione mortificandone quell'alone magico rituale originario. Si è di fatto creata una scissione sempre più netta tra l'azione prescrittiva del farmaco e la parola medica che ne significa il senso e dà direzione alla cura.

In psicofarmacologia tale fenomeno è vistosamente preoccupante, specialmente se pensiamo che sono stati gli psichiatri a sensibilizzare il campo medico generale rispetto ai problemi psicologici insiti nella relazione medico-farmaco-paziente. Nell'esportare l'arte relazionale della psicologia medica ai loro colleghi internisti, gli psichiatri, infatti, si sono non di rado dimostrati severi censori delle disattenzioni, frette, bugie, collusioni, che minano in modo più o meno mascherato un corretto rapporto del curante con il suo paziente. L'atto della prescrizione farmacologica evidente e tangibile, sembra esaurire in sé tutto il valore terapeutico della relazione e spesso copre ed esaurisce ogni

dubbio e perplessità. Si è così generata una grave contraddizione nello psichiatra, che in casa del medico internista promuove una psicologia medica della farmacoterapia, mentre nel proprio ambito psicofarmacologico ha introdotto termini quali “razionalizzazione”, “ottimizzazione”, “monitoraggio”, in analogia ai modelli dei farmaci antibiotici, cardiocinetici, antiepilettici. Tale contraddizione si inserisce nell’ambito dell’ormai vecchio e noioso antagonismo tra organicismo e psicologismo in psichiatria creando confusione e scadimento nella pratica terapeutica.

E’ indubbio che lo psicofarmaco abbia dato un impulso decisivo agli indirizzi biologici in psichiatria, ma ha anche generato la “grande illusione” di poter disporre di una molecola che, come l’antibiotico o il cardiocinetico, possa manifestare proprietà altamente specifiche volte a controllare i singoli sintomi con estrema precisione; un punto di vista che Gutheil (1982) ha chiamato “delirio di precisione”.

Negli anni ’50 si era creata infatti la convinzione che l’era psicofarmacologica avrebbe apportato un cambiamento radicale nelle istituzioni psichiatriche esistenti. In effetti si è assistito a una diminuzione del numero e della durata dei ricoveri negli ospedali psichiatrici, ma contemporaneamente si è anche registrato un rapido aumento dei reingressi, connesso al fenomeno della ricaduta ed ai suoi rapporti con l’uso di psicofarmaci (andando a caratterizzare il fenomeno della revolving door). Malgrado la “grande illusione” fosse stata ben presto stemperata dall’evidenza empirica, di fatto si è sviluppata una psicofarmacologia clinica fondata sulla misurazione dei sintomi secondo rating scales e sulla valutazione dell’efficacia dei farmaci che utilizza criteri di presenza/assenza del sintomo cercando correlazioni tra efficacia del farmaco e livelli plasmatici dello stesso. C’è da osservare che in tale approccio viene misconosciuto il fattore umano, venendo ad equiparare la relazione psichiatra-psicofarmaco-paziente alla relazione medico-paziente-farmaco, sullo stile più evidente nelle patologie internistiche di tipo cronico; questa ottica non è condivisa da Freni (1988), che ritiene che questa relazione possieda delle caratteristiche così peculiari da differenziarla nettamente dalla comune relazione medico-farmaco-paziente; per cui se

è utile introdurre elementi di psicologia medica nell’ambito della relazione medico-farmaco-paziente, diventa indispensabile, anzi specifico strumento di lavoro nella relazione psichiatra-psicofarmaco-paziente psichiatrico.

Appare quindi evidente che la psicofarmacologia ha una sua propria psicologia che può essere compresa applicando alcuni principi di base della psicoterapia analitica, quali l’alleanza terapeutica ed i fenomeni transferali e controtransferali (Gutheil, 1982).

Fenomeni transferali sia positivi che negativi si evidenziano sia nella prescrizione dei farmaci che nella non prescrizione; analogamente in entrambi i casi si evidenziano dinamiche controtransferali. I pazienti possono stabilire un transfert positivo nei confronti del medico che prescrive i farmaci associando la prescrizione alla credibilità e serietà del medico nei loro confronti. Al contrario i pazienti possono vivere la prescrizione del farmaco come un atto degradante (“mi crede più malato di quanto non sia in realtà”), come un allontanamento del medico dalla loro sofferenza, soprattutto quando viene presentato come primo atto (in questo caso può esprimere il rifiuto ad un coinvolgimento psicoterapeutico da parte del medico che in tal modo mantiene a distanza il proprio paziente) o come un’ingiuria narcisistica (“non mi ritiene in grado di superare da solo il problema”). Il paziente può interpretare la non prescrizione farmacologica come un atteggiamento fideistico nel processo terapeutico e nelle risorse del paziente, che si sente responsabilizzato oltre misura. Fenomeni transferali negativi nei confronti del medico che non prescrive farmaci si evidenziano nelle fantasie che il medico sia sadico, non voglia richieste di aiuto, che dubiti della serietà e genuinità della malattia.

Per quanto riguarda le dinamiche controtransferali, innanzitutto, molto spesso “una prescrizione segnala la fine di una visita piuttosto che l’inizio di un’alleanza” (Blackwell, 1973), può cioè costituire un mezzo per non essere coinvolti nei problemi del paziente, riducendo così, tramite l’instaurazione di una distanza protettiva, l’angoscia relazionale; in alcuni casi infatti l’analisi della prescrizione evidenzia come il dosaggio farmacologico sia determinato maggiormente dall’angoscia del terapeuta (vissuto controtransferale) piuttosto

che dalla gravità della sintomatologia. Sia la prescrizione che la non prescrizione possono essere un agito (acting out) degli elementi aggressivi della relazione medico-paziente e dei conflitti relativi ad essi; possono rappresentare la volontà del terapeuta di contenere, localizzare o misconoscere valenze controtransferali conflittuali ad esempio riguardanti varie forme di gratificazione regressiva circa il controllo autoritario, il potere, l'impotenza (l'atto prescrittivo può assumere la forma di un atto genitoriale imperativo e l'ingestione farmacologia può significare l'accettazione di una sottomissione al dominio di una potente figura genitoriale). Teniamo presente che la reazione del paziente agli effetti del farmaco può essere influenzata dai sentimenti controtransferali del medico; il farmaco infatti può essere dato sulla scorta di sentimenti di paura o antipatia per il paziente, che, a sua volta, percepirà l'oggetto farmaco ed il suo effetto come ostile, estraneo e minaccioso.

Alla luce di queste osservazioni si possono spiegare alcuni fenomeni di farmacoresistenza, per cui non è possibile trovare cause di natura esclusivamente biologica; sappiamo bene con quale facilità le prescrizioni psicofarmacologiche, pur così richieste e attuate, promuovono risposte terapeutiche negative, risposte che testimoniano, più che l'inefficacia del farmaco impiegato o l'errore diagnostico, una disfunzione e una inadeguatezza dell'atto terapeutico nel suo insieme (Petrella, 1997). Inoltre se si prescrive frettolosamente, utilizzando l'atto prescrittivo a fini non propriamente terapeutici, se più che un atto medico l'atto prescrittivo diviene un acting out del terapeuta, non deve sorprendere il sempre più diffuso fenomeno della mancata assunzione dei farmaci.

Quindi parallelamente a quanto avviene in psicoterapia, un modello appropriato di relazione medico-paziente rispetto alla prescrizione farmacologia dovrebbe essere una versione specializzata di alleanza terapeutica, un'alleanza farmacologica fondata sulla prescrizione partecipe. In questo modello relazionale il medico si sforza di coinvolgere il paziente in una collaborazione che comprende richieste ed obiettivi condivisi da entrambi ed una reciproca partecipazione sia nello

sperimentare che nell'osservare gli effetti della prescrizione farmacologica. In questo modo è possibile rafforzare le energie del paziente invece che favorire la sua debolezza in un ruolo dipendente di malato.

Sintesi

Si passa in rassegna varie situazioni in cui la prescrizione del farmaco risulta preziosa ed altre in cui potrebbe essere iatrogena.

Parole chiave

Prescrizione farmacologica, acting, controtransfert, compliance, oggetto transizionale.

Bibliografia

Bion W.R. (1962). Apprendere dall'esperienza. Roma, Armando,
Winnicott D. (1971). Gioco e realtà. Roma, Armando, 1974

Riccardo Coltrinari

Psichiatra
 Psicoterapeuta
 strappato56@gmail.com
 Tel. 071 8705951

Una diagnosi inventata Il disturbo da deficit dell'attenzione (ADHD)⁽¹⁾

Leonardo Montecchi

Il mondo contemporaneo, caratterizzato dalla globalizzazione, è alla ricerca di nuovi dispositivi di controllo sociale. Anche le diagnosi psichiatriche possono essere dispositivi di controllo del comportamento. Nell'articolo si analizza il caso della produzione del "Disturbo da deficit di attenzione/iperattività" (ADHD) e lo si relaziona alla diffusione del metilfenidato (Ritalin). Nuovi dispositivi di controllo sociale che cercano di ricondurre ad un ordine i flussi globalizzanti del mondo contemporaneo sono codificati nel mondo della vita ed entrano pervasivamente nella quotidianità contemporanea.

È questo il caso della produzione del "Disturbo da deficit di attenzione/iperattività" (ADHD). Questo "disturbo" si presenta come una resistenza al processo educativo e non può essere isolata dai vincoli che si instaurano nel campo fra allievi, docenti e compiti educativi.

Il sintomo è definito dal DSM IV come una "persistente modalità di disattenzione e/o di iperattività-impulsività che è più frequente e più grave di quanto si osserva tipicamente in soggetti ad un livello di sviluppo paragonabile (...) La disattenzione può manifestarsi in situazioni scolastiche, lavorative, o sociali. I soggetti con questo disturbo possono non riuscire a prestare attenzione ai particolari o possono fare errori di distrazione nel lavoro scolastico o in altri compiti".

Scompare, in questa definizione, la relazione ed il disturbo non assume le caratteristiche di un emergente del campo educativo, un segno che va interpretato in relazione ai legami di quel soggetto con gli altri soggetti, con i

docenti e con i compiti educativi. Con il codice DSM invece, la disattenzione non è emergente di nulla, diviene una categoria ontologica del soggetto, una sua caratteristica essenziale. Per questo i programmi di ricerca su questo disturbo non prendono in considerazione le caratteristiche sociali, o culturali, ma cercano di individuare un profilo biologico al limite genetico (una particolare conformazione del DNA). Cambia di segno anche la veneranda tradizione che considerava deficit di volontà le difficoltà che i bambini incontravano a "disciplinare" il loro corpo e la loro mente. Non c'è nulla di più innaturale che costringere i corpi di bambini all'immobilità per ottenere una attenzione che superi la tendenza alla dissociazione, ossia al pensarsi fuori dell'aula scolastica, in un cortile, in un campo o in un prato a giocare. Quanti bambini provenienti da situazioni "selvatiche" sono costretti alla disciplina della scuola che disegna il corpo impone il linguaggio pone le condizioni dell'apprendimento. I Franti di oggi, i Lucignolo della nostra contemporaneità, non saranno più inviati in appositi istituti per essere "riformati" perché si è "capita" la loro differenza, il loro deficit. Non è, secondo la tendenza dominante, un problema sociale e di differente cultura di provenienza, ma un difetto biologico che può e deve essere corretto. A questo proposito è importante analizzare la descrizione di iperattività del DSM IV: l'iperattività può essere manifestata agitandosi e dimenandosi sulla propria sedia (Criterio A2a), non restando seduti quando si dovrebbe (Criterio A2b), correndo senza freni o arrampicandosi in situazioni in cui ciò è fuori luogo (Criterio A2c) o può esprimersi con difficoltà a giocare o a dedicarsi tranquillamente ad attività da tempo libero (Criterio A2d) o con il sembrare spesso "sotto pressione" o "motorizzati" (Criterio A2e), oppure col parlare troppo (Criterio A2f).

L'iperattività può variare con l'età del soggetto e col livello di sviluppo, e la diagnosi dovrebbe essere fatta con cautela nei bambini piccoli. Come si può notare non c'è nessun riferimento alle situazioni contestuali né alla provenienza culturale degli "iperattivi". Ad esempio un bambino di una favelas brasiliana adottato in Italia e inserito in una classe elementare può essere "iperattivo". La tendenza

contemporanea alla patologizzazione dei comportamenti differenti, si evidenzia microscopicamente anche in questo caso. Non solo manca qualsiasi accenno al fatto che i comportamenti umani emergono in un campo che si presenta contemporaneamente come campo ambientale, psicologico e di coscienza e che vi possono essere dissociazioni fra questi campi. Un esempio di dissociazione fra campo ambientale e campo psicologico è proprio un comportamento "iperattivo" cioè il bambino percepisce il campo ambientale in cui si trova (la classe) come un campo di gioco, per questo il suo corpo non si sottopone alla disciplina richiesta; ma qual è il motivo per cui avviene questo fenomeno?

Vi sono ricerche che hanno prodotto le evidenze scientifiche che sono riportate nelle "Linee guida per L'ADHD" in particolare si dice che: sulla base di evidenze genetiche e neuro-radiologiche è oggi giustificata la definizione psicopatologica del disturbo(ADHD) quale disturbo neurobiologico della corteccia prefrontale e dei nuclei della base che si manifesta come alterazione nell'elaborazione delle risposte agli stimoli ambientali. (Linee-guida per la diagnosi e la terapia farmacologica del Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD) in età evolutiva. Masi, Zuddas).

Come si può agevolmente notare la definizione è strettamente "riduzionista", in questo caso la ipotetica "malattia" si identifica totalmente con il "malato"; avviene una reificazione del soggetto ed una sua identificazione con il "disturbo", non esiste il campo psicologico. Figuriamoci il campo socio-ambientale!

Ma vediamo la procedura logica con cui si procede alla produzione di queste "evidenze":

1. sono osservati una serie di comportamenti di bambini nella scuola, si tratta di bambini distratti e indisciplinati
2. i comportamenti provocano problemi e non sono affrontabili con i classici metodi della scuola
3. La distrazione e la mobilità sono ipotizzati come sintomi di un disturbo specifico
4. Il disturbo così isolato viene riferito all'individuo inteso come un individuo astratto, privo di determinazioni sociali e culturali
5. Si costruiscono programmi di ricerca per

dimostrare che il "disturbo" così prodotto è in relazione con un qualche deficit neurobiologico.

6. Diversi programmi di ricerca mostrano che i raggruppamenti di bambini costruiti sulla base dell'ipotesi che certi comportamenti siano patologici, presentano aspetti in comune anche neurobiologici.
7. Ma ciò non dimostra la "patologia" di certi comportamenti ma semplicemente la non adeguatezza di alcuni modi di essere per il campo ambientale in cui vengono espressi.
8. Quindi non possiamo certamente parlare di deficit ma di differenza; quella differenza può essere un vantaggio od un svantaggio a seconda del campo ambientale. Un comportamento può essere vantaggioso nel ghetto e svantaggioso nella scuola.
9. La classificazione di una differenza come deficit comporta una visione idealistica della realtà. In questa visione esisterebbe un modello ideale di essere umano, da questo modello (adamitico?) deriverebbero gli esseri collocati in una piramide per significare la vicinanza o la lontananza dalla forma originaria.
10. La scala delle differenze fra gli esseri sarebbe così caratterizzata da mancanze sempre più marcate da un modello originario. Copie sempre più imperfette con deficit sempre maggiori. Dal mondo delle idee al mondo della vita quotidiana. E le idee sono sempre le idee dominanti.
11. E' evidente come questa visione sia condizionata dalla forma che assume il potere, dato che in questa ideologia le differenze dalla forma dominante sono pensate come difetti da colmare con una qualche tecnologia di controllo.

Dunque, ammettiamo pure che ci siano bambini caratterizzati da deficit di attenzione ed iperattività ed ammettiamo che questo comportamento sia la conseguenza di un deficit nelle capacità di inibizione delle risposte impulsive (response inhibition) mediate dalla corteccia prefrontale (Schachar & Logan 1990; Barkley 1997); tale deficit appare determinato dalla ipoattività del Sistema di Inibizione comportamentale, forse associato a deficit nelle capacità di condizionamento (Quay 1988, 1997). Continuando con questo

tipo di considerazioni possiamo prendere atto che negli ultimi cinque anni diversi gruppi di ricerca hanno dimostrato che nei soggetti con ADHD sono maggiormente frequenti alcune specifiche varianti di geni che codificano per il trasportatore della dopamina e per il recettore D4 per la dopamina (DRD4), cui corrispondono differenze quantitative di funzione (Cook et al. 1995; LaHoste et al. 1996; Smalley et al. 1998; Waldman et al. 1998; Sunohara et al. 1999; Barr 2001). Questi studi porterebbero ad ipotizzare che i bambini diagnosticati con deficit di attenzione ed iperattività hanno un deficit nel sistema di inibizione delle risposte impulsive: tale sistema, situato nella corteccia prefrontale, funzionerebbe con neurotrasmettitori come la dopamina e la noradrenalina. Nei casi di ADHD, per differenze genetiche, la trasmissione dopaminergica sarebbe deficitaria. Eccoci al punto chiave: il problema è la modulazione della trasmissione dopaminergica: c'è un deficit che può essere colmato con la chimica; il problema così definito può avere una risposta: il metilfenidato (Ritalin).

L'abbandono di qualsiasi visione psicosociale delle problematiche comportamentali della adolescenza comporta l'adozione di un nuovo paradigma nel senso khuniano. Come si sa l'adozione di un nuovo paradigma comporta l'elaborazione di una costellazione di exempla che sostengono il paradigma; ecco allora la retorica delle evidenze provenienti esclusivamente da studi interni al paradigma del deficit. In oltre sarebbe importante verificare chi ha commissionato questi studi, ossia chi ha fornito le risorse monetarie indispensabili per condurre studi altamente complessi.

Penso che la Novartis (attuale produttrice del Ritalin) sia molto interessata alle potenzialità di mercato di questo farmaco e che, dunque, abbia più interesse a che sia confermato il paradigma deficitario e certamente non sarà disposta a finanziare ricerche con un paradigma psico sociale.

Risultato: le famose evidenze derivano quasi esclusivamente da studi impostati sul paradigma deficitario.

Tuttavia vi sono alcuni "fatti sorprendenti", come direbbe Pierce, che il paradigma deficitario non spiega: Nel 1995 un'organismo dell'Oms (Organizzazione Mondiale della

Sanità), l'International Narcotics Control Board (Inbc), deplorò che "negli Usa dal 10 al 12% dei ragazzi tra i 6 e i 14 anni sono stati diagnosticati come ammalati di Adhd e curati con Ritalin". La tendenza è proseguita anche dopo il 1995. In particolare, sempre per i bambini e i ragazzi, si sono ulteriormente triplicate le prescrizioni di stimolanti; si sono più che raddoppiate quelle di antidepressivi. Negli Usa si smercia circa il 90% del Ritalin venduto nel mondo dalla Novartis, il colosso farmaceutico svizzero nato nel 1997 dalla fusione tra Sandoz e Ciba-Geigy. Come si può notare il numero dei ragazzi in trattamento con Ritalin è enorme, inoltre dobbiamo considerare che si tratta di un trattamento a tempo indeterminato dato che il paradigma deficitario impone una correzione permanente del difetto. Ma chi sono questi ragazzi? Sono pochissimi gli studi che correlano il disturbo con la classe sociale o con la provenienza etnica. Non c'è interesse a questi studi. Sono studi del paradigma psicosociale, paradigma tramontato da quando è prevalso il neoliberalismo che ha considerato tutti i programmi di intervento dello stato nel sociale troppo dispendiosi. Secondo questa teoria la spesa sociale è improduttiva dunque non può accettare un paradigma di spiegazione delle problematiche che preveda una implicazione sociale con l'impegno di risorse in programmi di ricerca, in programmi scolastici in asili, insegnanti di sostegno e così via. Certamente, l'ideologia neoliberalista si trova più a suo agio con un paradigma deficitario che non implica programmi di intervento e ricerca ma la somministrazione di un farmaco a tempo indeterminato. Bisognerà poi vedere quale assicurazione pagherà il farmaco per tutta la vita e gli effetti collaterali di una somministrazione così massiccia. Ma questo è un altro problema.

Negando l'aspetto psico-sociale ed enfatizzando il paradigma deficitario si ottiene un controllo sul comportamento che non necessita più del riconoscimento di un sistema gerarchico di autorità (L'Ordine disciplinare). I corpi non sono più disciplinati da un sistema di punizioni e ricompense di tipo pavloviano. Il super io, secondo la terminologia freudiana, o l'altro generalizzato secondo Gorge Mead non è più il risultato di una interazione sociale fra spinte pulsionali ed esigenze culturali. Anche

la mediazione fra la produzione desiderante e le richieste sociali (le norme, le regole) non è più affidata ai gruppi come le famiglie o ai gruppi di pari. Sono i media a rosicchiare lo spazio immaginario che è da sempre lo spazio di mediazione, di invenzione di creazione che permette la soluzione dinamica della conflittualità in uno stile di vita. Senza questo spazio si produce una azione senza scopo, un atto senza pensiero come effetto di una identificazione introiettiva con i personaggi dell'universo mediatico.

Con il paradigma del deficit non si vede questo problema, si osserva solo la necessità del controllo sociale del corpo in movimento libero, un corpo che, per effetto anche della mutazione antropologica contemporanea non può essere più assoggettato alla disciplina dal sistema delle autorità. Non c'è più un sistema di autorità né familiare, né scolastico. C'è solo un controllo individuale, psicochimico. Non c'è interesse alla produzione di gruppi eterogenei di pari, alla ricombinazione di dimensioni immaginarie alla costruzione di spazi di creatività perché questi spazi, questo immaginario non può essere controllato. E' fuori controllo. Ma non c'è altra scelta se vogliamo uscire dalla prevalenza dell'azione sul pensiero.

E' necessario costruire una cornice, un contenitore, un apparato per pensare i pensieri (Bion) altrimenti l'azione come pura scarica motoria prevarrà. Questa versione psicochimica del controllo sui corpi è confermata anche dalla mutazione delle politiche sociali. Non c'è più nessuna tendenza a programmi di sostegno sociale, come è ben mostrato nel saggio di Loic Wacquant "Parola d'ordine: Tolleranza zero"; la tendenza, al contrario è verso uno stato penale, verso un maggior grado di carcerazione e di penalizzazione dei comportamenti differenti dalla ideologia dominante. La ripresa della psichiatria come disciplina della classificazione e del controllo sui comportamenti va assolutamente in questa direzione. E' chiaro che il controllo sociale non può più essere effettuato dal vecchio apparato disciplinare. I corpi non si disciplinano più secondo le linee di forza degli apparati statali proprio perché gli stati nazionali sono al tramonto e la disciplina fordista della fabbrica appartiene ormai al passato.

Le nuove forme di controllo sociale si dispongono in uno spazio sopranazionale, le polizie, le "scienze" del controllo studiano interventi per neutralizzare i conflitti sociali e per controllare i singoli. Alle forme del controllo sociale fin qui messe in atto dobbiamo aggiungere l'uso di psicofarmaci da diffondere con i gas. Questa "guerra chimica" già conosciuta in passato e studiata nelle sezioni NBC (Nucleare, Batteriologica e Chimica) delle Forze armate è diventata un'arma del controllo sociale sulla base della nuova dottrina "imperiale" che prevede l'impiego e l'intervento ovunque delle forze di "sicurezza". Questo intervento, ad esempio in una manifestazione, prevede la vaporizzazione con i gas di "calmanti" come il diazepam (valium) fino ad arrivare, come abbiamo visto a Mosca al Fentanyl (un morfino). Questi "Calmatives" come li chiamano i militari, possono essere anche l'eroina, l'LSD, si sta studiando anche l'uso del GHB naturalmente da usare in altre situazioni (L'eroina ha già distrutto il movimento antagonista nero nei ghetti).

Particolarmente interessante è la ricerca su di un neurotrasmettitore la colecistochinina che si è dimostrata capace di indurre attacchi di panico. Dal marzo del 2002 è allo studio un farmaco non meglio identificato, da aggiungere ai gas lacrimogeni al pepe si parla del diazepam Valium) e del dexmedetomidine (Precedex) un sedativo. Tutti questi studi sono effettuati dal Pentagono nella sezione di ricerca per le armi non mortali (che però...) sono tutte ricerche per la guerra contro il terrorismo, ed attualmente è l'università di stato della Pennsylvania a condurre queste ricerche. Per chi vuole approfondire l'argomento il sito: <http://www.sunshine-project.org/> è molto documentato.

Tutti questi studi ci portano a concludere che la nuova forma di controllo sociale è una forma psicochimica che si avvale di strumenti diagnostici messi a punto a partire dal paradigma deficitario. Questo paradigma permette di classificare le differenze come forme difettali biologiche che necessitano di essere corrette con gli opportuni interventi psicofarmacologici. Questi interventi si rendono indispensabili anche per il controllo dei comportamenti delle masse o meglio delle moltitudini. Con ciò si dimostra ancora come

la psicologia delle masse sia strettamente legata all'analisi dell'io come ci ha mostrato S. Freud nel 1919 e ci spinge alla moltiplicazione di gruppi operativi produttivi fuori dal controllo.

Sintesi

La diagnosi del disturbo di attenzione ed iperattività è funzionale alla introduzione del Ritalin in Italia. Il mondo contemporaneo, caratterizzato dalla globalizzazione, è alla ricerca di nuovi dispositivi di controllo sociale. Anche le diagnosi psichiatriche possono essere dispositivi di controllo del comportamento. Nell'articolo si analizza il caso della produzione del "Disturbo da deficit di attenzione/iperattività" (ADHD) e lo si relaziona alla diffusione del metilfedinato (Ritalin). In oltre viene criticato il paradigma dominante del "deficit" in favore del paradigma della "differenza". L'articolo conclude con una disamina dei farmaci studiati per intervento nelle manifestazioni di massa.

Parole chiave

Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, ADHD, metilfedinato, Ritalin, controllo sociale.

Bibliografia

- Bauleo J.A. (2000). *Psicoanalisi e gruppaltà*. Roma, Borla, 2000.
- Bion W.R. (1967). *Analisi degli Schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma, Armando, 1970.
- Curcio R., Valentino N. (2001). *Nella Città di Erech. Dogliani CN, Sensibili alle foglie Ed.*, 2001.
- Deleuze G. (1968). *Differenza e ripetizione*. Milano, Cortina, 1971.
- Foucault M. (1975). *Sorvegliare e punire*. Torino, Einaudi, 1976.
- Freud S. (1921). *Psicologia delle masse e analisi dell'io*. O.S.F., 9.
- Hardt M. Negri A. (2000). *Impero, il nuovo ordine della globalizzazione*. Milano, Rizzoli, 2000.
- Kuhn T. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino, Einaudi, 2009.
- Mead G. (1966). *Mente, sé e società*. Firenze, Giunti, 2010.
- Peirce C. S. (1984). *Le leggi dell'ipotesi*. Milano, Bompiani, 2003.
- Wacquant L.J.D. (1999). *Parola d'ordine: Tolleranza zero*. Milano, Feltrinelli, 2000.

Note

1) *Pubblicato nell'anno 2006 sul sito web www.bleger.org della Scuola di Prevenzione, Psicanalisi Operativa e Concezione Operativa di Gruppo Josè Bléger di Rimini.*

Leonardo Montecchi

Psichiatra

Psicoterapeuta

Formatore

Direttore della scuola di prevenzione, psicoanalisi operativa e concezione operativa di gruppo Josè Bléger di Rimini
imontecch@libero.it

Il sistema diagnostico di classificazione dei DSA secondo l'ICD-10 e la consensus conference ⁽¹⁾

Ferdinando benedetti

Dalla persona alle abilità cognitive

Partirò per il mio intervento da alcune note autobiografiche (2). Da anni coordino una UMEE (3). Avvezzo ad una pratica clinica che mette al centro la persona nel suo insieme somatopsichico, sono rimasto stupito nel trovare al Servizio Pubblico una prassi consolidata, motivata da una legislazione nazionale e locale, che inquadra la persona come un elenco di abilità a volte trattate come l'una slegata dall'altra. La lettura, la scrittura, il calcolo, la memoria, l'attenzione, lo schema corporeo, ecc. Nell'incontrare queste prassi mi sono imbattuto nelle modalità con cui nei Servizi si fa diagnosi di disturbo specifico di apprendimento. Una problematica su cui il Parlamento Italiano ha ritenuto opportuno legiferare. I DSA sono così, dal 2010, balzati in primo piano tanto che negli ultimi anni vi è stato un aumento esponenziale di diagnosi di DSA. L'Associazione Italiana Dislessia riporta nel suo sito internet la stima di 1.900.000 persone con dislessia evolutiva. Ci troviamo di fronte ad una epidemia? Quanto è veritiero questo dato? O non è lecito pensare ad un accanimento diagnostico? In un convegno del Marzo 2016 organizzato dal Centro Psicoanalitico Bolognese sui disturbi di apprendimento sono intervenuti alcuni responsabili di Unità Operativa Complessa delle ASL dell'Emilia Romagna per raccontare che le diagnosi di DSA occupano attualmente il 35% del

tempo lavorativo dei clinici che si occupano di bambini disabili. La Legge, probabilmente proposta e nata per proteggere i bambini con disturbi dall'emarginazione e dall'etichetta di bambini svogliati, ha finito per autorizzare la nascita di un sistema istituzionale lanciato a diagnosticare con facilità la presenza di DSA. Viene il sospetto che forse non siano stati ben considerati alcuni effetti iatrogeni di un sistema, nato e alimentato proprio dalla Legge del 2010.

Due storie paradigmatiche

Gioele

Racconterò ora due storie di bambini che dalla diagnosi di DSA hanno tratto grandi svantaggi. I genitori di Gioele – chiamerò con un nome di fantasia questo ragazzo di 13 anni - vengono da me al Servizio Pubblico con la richiesta di rinnovo della valutazione finalizzata all'esame di III media. L'aspettativa è di una conferma della diagnosi preesistente di DSA.

Il ragazzo è stato precedentemente valutato da due centri privati convenzionati, il primo a 7 anni e il secondo a 10 anni, entrambi famosi nel nostro territorio per le diagnosi di DSA. I genitori sono imprenditori di successo e non hanno avuto problemi ad offrire al figlio quegli aiuti a pagamento che nella nostra zona erano ritenuti appropriati.

Il Centro privato dei 7 anni del bambino scriveva: "intelligenza nella norma. Deficitaria l'organizzazione degli schemi spazio temporali, il bambino non si orienta nel tempo e nello spazio. Al test delle campanelle sia in rapidità che in accuratezza risulta sotto i limiti di norma. Al test MT (lettura) risulta sotto la seconda deviazione standard sia per correttezza che per rapidità. La comprensione dei testi è al limite inferiore di norma e nella scrittura commette molti errori ortografici. Nel calcolo si riscontrano generiche difficoltà. La famiglia viene orientata verso un "potenziamento cognitivo" delle abilità deficitarie. Inoltre viene ingaggiato un pedagogo che comincia a seguire il bambino tutti i giorni a casa. Tre anni dopo i professionisti del secondo centro diagnostico privato convenzionato ripetono i test e riscontrano: intelligenza nella norma (WISC III); attenzione ai limiti inferiori di norma; si confermano le difficoltà spaziotemporali. Lettura e scrittura al di sotto della seconda

deviazione standard sia per correttezza che per rapidità; in comprensione prestazione sufficiente; il calcolo è difficoltoso ma soprattutto la capacità di risolvere problemi è al di sotto della seconda deviazione standard". Ne deriva, per i valutatori, una diagnosi di disturbo specifico di apprendimento (lettura, scrittura e calcolo) con suggerimento di applicare la legge 170/2010 ovvero di introdurre nell'insegnamento misure dispensative e compensative. Quando il ragazzo ha 13 anni ed è in terza media iniziamo all'UMEE la nuova valutazione. Dopo aver incontrato i genitori incontro il ragazzo per una prima volta: è bello, atletico, ma taciturno, quasi mutacico, una certa fissità del volto e molto restio a raccontare: a domanda risponde. So dai genitori che anche dopo i 10 anni è stato molto seguito con specialisti a domicilio. Decido di cominciare la valutazione con una WISC III e....sorpresa!!! Il risultato è sbalorditivo.

Q.I. Verbale 56 (Punteggio Ponderato Verbale = 18);Q.I di Performance 63 (Punteggio Ponderato di Performance = 24); Q.I. Totale 55 (Punteggio Ponderato Totale = 42); con caduta significativa nell'item "informazione" e nell'item "somiglianze" (capacità di ragionamento logico). La diagnosi clinica ICD-10 è F70. Siamo al ritardo mentale che è una controindicazione per la diagnosi di DSA. Come è possibile – mi chiedo – un tale risultato? Approfondisco allora la parte anamnestica ed il contatto con i due genitori. Gioele è secondogenito di quattro figli. I due genitori sono convinti che la dislessia sia ereditaria perché è comune ad altre figure parentali. La mamma racconta che questo figlio era inaspettato ed ha interferito con il suo lavoro da imprenditrice: si occupa di organizzazione della produzione aziendale e da 15 anni esce di casa alle 5,00 del mattino; questo fatto l'ha costretta a lasciare la cura dei bambini ad una tata fin dal quarto mese dopo il parto poiché il marito era completamente immerso nel lavoro. L'allattamento al seno non è decollato. E' stato utilizzato il biberon fin dai primi giorni in reparto ospedaliero. Entrambi i genitori sembrano non avere ricordi delle vicissitudini del primo anno di vita di Gioele ed i pochi racconti che affiorano sono incerti poiché la mamma ammette: "mi si confondono con quanto accaduto agli altri figli". Noto la predilezione di questa mamma per il figlio

primogenito. Mi sembra anche di scorgere, dietro la patina ossequiosa, un'ansia notevole ed una tendenza a evitare rapporti intimi. Proseguendo nel resoconto dello sviluppo di Gioele, il bambino viene presentato come molto ubbidiente. Fin dal primo mese di vita dormiva ininterrottamente dalle 22,00 alle 7,00. Allo svezzamento un disastro, non voleva mangiare. A nove mesi era già in piedi. A due anni e mezzo, tolto il pannolino, si è tenuto pulito subito anche di notte sia per cacca che per pipì mentre nel linguaggio ha accumulato subito un ritardo sia nella quantità di vocaboli che nella costruzione della frase. Pratica attività sportive fin dai sei anni ed era capace di predisporre la borsa da solo e di farsi la doccia senza l'aiuto di nessuno. Da qualche anno è preda frequente di improvvisi attacchi di panico soprattutto in alcune circostanze in cui incontra in strada alcuni animali di fronte ai quali fugge terrorizzato.

In questo caso, sebbene le informazioni siano ancora insufficienti, sarebbe d'obbligo interessarsi all'organizzazione di personalità di questo ragazzo, di cui si percepiscono i tratti depressivi; si intravedono anche alcune dinamiche familiari che potrebbero aver influenzato, anche per identificazioni crociate, il deficit nella capacità di pensare. Dall'osservazione clinica si evidenzia la capacità di adattarsi ai riti sociali ed al contempo una modalità di pensiero appiattito su una dimensione concreta. Un pensiero che incontra difficoltà appena l'ambiente scolastico richiede lavori proiettati su registri più simbolici e che necessitano capacità di astrazione. Come possono i fattori emotivo relazionali sopra descritti non aver influenzato lo sviluppo del linguaggio di Gioele e la capacità di pensare in genere?

Gianvito

Gianvito (nome di fantasia) è un ragazzo di 14 anni corpulento, robusto e sovrappeso. Viene all'UMEE per il rinnovo della diagnosi di DSA in vista dell'esame di terza media. Mentre aspetta in sala d'attesa sembra paziente ma a ben guardare ha un cellulare in mano che gli fa compagnia. Già in prima elementare gli insegnanti lamentavano comportamenti fuori controllo: improvvisi scatti d'ira, sedie ed oggetti vari scagliati con forza in classe,

corse sopra i banchi, uscite improvvise dalla classe in fuga per il corridoio, compagni e insegnanti presi a calci o a sputi. I primi valutatori, all'inizio della seconda elementare, riscontravano una difficoltà a socializzare attribuita alla goffaggine legata al sovrappeso; dai test risultava un quoziente intellettivo nella norma ed una "chiusura" nei confronti degli apprendimenti scolastici. Nessuna difficoltà nel linguaggio parlato; velocità nella lettura - 2 deviazioni standard, comprensione nella norma; scrittura di tipo disgrafico ma in produzione nella norma; idem nel calcolo. Nulla si scriveva degli aspetti emotivi e dei comportamenti gravissimi e fuori controllo che tanto allarmavano gli insegnanti. Si suggeriva ripetizioni pomeridiane incentrate sui compiti scolastici e un trattamento logopedico rinviando alla valutazione successiva. La famiglia provvedeva a pagare il sostegno didattico pomeridiano e durante la quarta e quinta elementare il trattamento logopedico. Quattro anni dopo, a seguito di bocciatura in prima media, veniva effettuata una nuova valutazione con professionisti di un centro privato diversi dal precedente, visto che la famiglia nel frattempo era andata a risiedere in altro comune. Gli insegnanti e il dirigente scolastico continuavano a segnalare i comportamenti abnormi e disturbanti di Gianvito in classe: gli specialisti del centro privato coinvolti applicavano l'intera batteria di test tradizionalmente consigliata dalla Consensus Conference (4). Venivano anche utilizzati dei test classici cartamattita per individuare nel bambino insicurezza e scarsa stima di sé, cui però non veniva data alcuna importanza nelle conclusioni. Conclusioni che andavano inesorabili verso la diagnosi di dislessia. Nel documento conclusivo si utilizzava una formula che in quel periodo (era recente l'approvazione della Legge n. 170/2010) era in voga e che recitava: "(...) tali difficoltà (il DSA) alimentano nel bambino sentimenti di insicurezza e scarsa stima di sé (...) e non essendo tali disturbi risolvibili (...) è necessario ricorrere a provvedimenti dispensativi e compensativi così come previsto dalla Legge 8 ottobre 2010 n. 170 (...)". Seguivano una serie di indicazioni per gli insegnanti in termini di programmazione didattica differenziata. Nulla veniva scritto in merito all'ansia del ragazzo

ed ai comportamenti disturbanti in classe con compagni e insegnanti che continuavano a perdurare. Quando lo scorso anno il ragazzo è stato visto dalla équipe della mia UMEE per una nuova valutazione in vista dell'esame di terza media, la famiglia ha esplicitato un netto rifiuto di qualsiasi considerazione volta a curare i comportamenti antisociali del ragazzo invocando l'urgenza di confermare la diagnosi di dislessia ai fini dell'esame di terza media. Si è proceduto pertanto con la classica batteria di test (5).

I criteri e gli indicatori utilizzati hanno portato a confermare l'esistenza della dislessia. Ma a ben vedere i risultati dell'osservazione testistica e clinica, la situazione appariva più complessa: rispetto alla valutazione precedente si rilevava un peggioramento generale su tutti i criteri e gli indicatori adottati. Si potrebbe addebitare il peggioramento alla inefficacia dei trattamenti riabilitativi precedentemente commissionati dalla famiglia. Ma spostando l'attenzione sui dati anamnestici raccolti, risulta fin dalla prima infanzia una grave incapacità del ragazzo di regolare le proprie emozioni nelle relazioni interpersonali in modo socialmente accettabile: come è possibile che un disturbo dell'umore e del comportamento come quello precedentemente descritto non influisca sull'attenzione e sullo sviluppo delle capacità intellettive? Una ulteriore esplorazione delle dinamiche familiari ci dice che il padre è persona irrosa ed impulsiva, incapace di sopportare i compromessi e particolarmente violenta e manesca, mentre la madre, casalinga, compensa l'autoritarismo paterno con una eccessiva indulgenza. Il ragazzo, che in classe ha continuato ad essere turbolento, in vista dell'esame di terza media ha cominciato ad accusare crisi di panico e ad evitare la frequenza scolastica: non riusciva a percorrere il tratto di strada tra l'abitazione e il plesso scolastico.

Ad una analisi superficiale, i due casi con diagnosi di DSA trattati con riabilitazione neurocognitiva l'uno e trattamento logopedico l'altro, potrebbero apparire come fatti singoli ed isolati; in verità il fenomeno si presenta esteso. Prendendo come campione il bacino di utenza della mia UMEE, si riscontrano numerosi casi simili; si tratta di diagnosi redatte nell'arco di

quindici anni di cui una parte è da attribuire a quattro centri di riabilitazione convenzionati con la Regione, a tre centri privati non convenzionati ed a varie U.M.E.E. Per i casi diagnosticati nel Servizio Pubblico occorre precisare che negli ultimi 15 anni la sanità pubblica ha fatto un grande impiego di professionisti con contratti precari per cui vi è stato un notevole turnover di psicologi e neuropsichiatri infantili, ognuno dei quali ha utilizzato un proprio stile diagnostico. Il fenomeno rappresentato dai due casi presentati ha valenza paradigmatica in quanto i professionisti che hanno fatto diagnosi hanno seguito correttamente i criteri della "Consensus" che ha contribuito a produrre i risultati descritti invece di migliorare la situazione. Infatti secondo la Consensus Conference perché vi sia diagnosi di DSA il soggetto di età non inferiore ai sette anni deve avere una intelligenza (Q.I) nella media e una caduta al di sotto della seconda deviazione standard degli indicatori, rilevati con apposita testistica, che sondano le cosiddette abilità linguistiche e di calcolo. Mi sembra un modo alquanto semplicistico di diagnosticare situazioni e configurazioni estremamente complesse. A me pare che il sistema normativo vigente (nazionale e locale) imponga dei criteri diagnostici che non considerano la persona nella sua interezza e pertanto non riescono a rappresentare la complessità della persona e la multifattorialità delle cause dei disturbi. La grossolanità del sistema diagnostico peraltro ben si sposa con la difficoltà diffusa dei genitori a "vedere" e soprattutto ad accettare che il figliolo possa essere diverso dagli altri bambini: La scoperta produrrebbe una ferita narcisistica e proprio per evitare tale dispiacere si attivano in automatico delle difese deneganti. Questi genitori sono i primi interessati a dimostrare che le difficoltà del figlio derivano unicamente da una dotazione genetica particolare e che le relazioni in famiglia non c'entrano. Spesso sono loro stessi, con le loro reticenze e con il loro girovagare tra più servizi, ad indurre nei professionisti della salute l'errore diagnostico. Gli attuali criteri di diagnosi di DSA sono influenzati dalla Consensus Conference del 6-7 dicembre 2010 e dai suggerimenti di origine ministeriale o regionale. Tre sono i cardini di quel sistema diagnostico:

1) la "specificità" del disturbo di apprendimento. Scrivono nella Consensus: "La principale caratteristica di definizione di questa categoria nosografica (i DSA) è quella della 'specificità', intesa come un disturbo che interessa uno specifico dominio di abilità in modo significativo ma circoscritto, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. In questo senso il principale criterio necessario per stabilire la diagnosi di DSA è quello della 'discrepanza' tra abilità nel dominio interessato (deficitaria in rapporto alle attese per l'età e/o la classe frequentata) e l'intelligenza generale (adeguata per l'età cronologica)." In altre parole: il disturbo è inteso come specifico anche perché rappresentato come autonomo dalla sfera delle emozioni e delle relazioni con i caregivers.

2) l'origine neurobiologica del disturbo. Nell'ICD-10 i Disturbi Specifici di Apprendimento sono rappresentati nel capitolo V al paragrafo F80-F89 ed in particolare al paragrafo F81. L'introduzione del paragrafo così recita: "Le condizioni incluse in questa sezione hanno in comune: a) un'insorgenza che invariabilmente si colloca nella prima o seconda infanzia; b) una compromissione o un ritardo nello sviluppo di funzioni che sono strettamente connesse con la maturazione biologica del sistema nervoso centrale; c) un decorso continuo, senza remissioni e recidive.". In altre parole: l'ICD-10 accredita il disturbo su basi esclusivamente neurobiologiche. L'ipotesi eziologica neurobiologica dilaga nei mass media e viene rappresentata come fatto scientifico inconfutabile condizionando la cultura popolare e politica. Cito dal Resto del Carlino del 28 agosto 2015, intero paginone dal titolo "Speciale scuola" a cura di "Speed" (cioè anonimo): "Le acquisizioni scientifiche degli ultimi anni hanno dimostrato, infatti, come in molti casi si tratti di veri e propri disturbi specifici di apprendimento. (...) Ogni disturbo specifico può presentarsi da solo oppure, più spesso, associato ad altri disturbi specifici, ed è un problema di natura neurobiologica. Si definiscono disturbi specifici perché interessano uno specifico e circoscritto dominio di abilità indispensabile per l'apprendimento (lettura, scrittura e calcolo) lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Ciò significa che per avere

una diagnosi di dislessia, il bambino non deve presentare deficit di intelligenza, problemi ambientali o psicologici, deficit sensoriali o neurologici". Devo dire che di tutti i bambini ed i ragazzi considerati DSA e di cui mi sono occupato, direttamente o indirettamente, in questi anni (alcune centinaia), non ne ho trovato neanche uno che non mostrasse "problemi ambientali o psicologici". Tanto che mi sono chiesto a proposito della "specificità" se non ci si trovi di fronte ad una astrazione senza riscontri nella pratica clinica.

3) l'assunzione come unico paradigma scientifico di una concezione e rappresentazione della persona umana come insieme di abilità individuali (lettura, scrittura, calcolo, memoria, attenzione, ecc.) trattate l'una indipendente dall'altra, ma soprattutto come se fossero indipendenti dalla sfera emotiva. Infatti le griglie di analisi utilizzate in molti servizi pubblici e privati per le diagnosi cliniche e funzionali dei bambini segnalati dalle scuole, in linea con la Consensus Conference, sono basate su decine di criteri di cui solo 3 sono destinati a rappresentare stati affettivi e dinamiche relazionali. Scrive Paolo Legrenzi – esimio cognitivista - nello Spazio "Commento" di un numero del quotidiano "La Repubblica" del 2016: "Poniamo che il cervello funzioni come il motore di un'automobile. Potremmo supporre che l'uso di un carburante più potente riesca a far aumentare le prestazioni nel loro complesso (...), Le ricerche psicologiche ci insegnano che la mente umana funziona in modo molto specializzato. Se vogliamo migliorarla dobbiamo lavorare su un pezzo alla volta; il carburatore, l'impianto elettrico, la trasmissione e così via. Fuor di metafora, se impariamo a fare bene le parole incrociate, non impariamo a ragionare meglio in generale, ma semplicemente a fare in modo più efficiente quel gioco (...) non ad allenare la mente nel suo complesso, a fare cioè in modo che si pensi meglio. Gli psicologi spiegano che non c'è transfer: ogni capacità deve essere perfezionata come se fosse un pezzo del motore indipendente dagli altri. Per ora, almeno, non abbiamo trovato un carburante miracoloso" (Paolo Legrenzi. 2016). In questa visione dell'uomo/macchina scomposto per singole abilità, il mondo delle emozioni sembra avere una parte irrilevante. Ma

dovremmo tornare a chiederci: esiste davvero questa origine neurobiologica dei DSA? O non siamo piuttosto al cospetto di disturbi sovradimensionati e multifattoriali in cui una caratterizzazione corporea di base si intreccia con una esperienza di relazioni umane fin dalla vita intrauterina ed immersi in questo intreccio possono organizzarsi dei segnali/disturbi di una difficoltà del bambino a svilupparsi in modo armonico?

Credo che le normative vigenti andrebbero ripensate e corrette alla luce di considerazioni scientifiche più aggiornate a partire da una critica dell'ICD-10 e del DSM nelle sue varie edizioni per quanto riguarda l'origine "specificata" e "neurobiologica" dei disturbi di apprendimento.

1) Alcuni ricercatori anche in campo cognitivo e neuropsicologico si stanno orientando per una origine della dislessia, della disortografia e della discalculia di tipo multifattoriale; la disgrafia non è più annoverata tra i "disturbi specifici".

2) Il patrimonio genetico che ereditiamo dalla famiglia è condizionato dall'ambiente fin dal momento del concepimento. "La recente biologia molecolare ha dimostrato che il genoma è molto più duttile e reattivo all'ambiente di quanto si pensasse in precedenza. Ha inoltre dimostrato che le informazioni si possono trasmettere alla discendenza in altri modi oltre che tramite la sequenza base del DNA". (Jablonka, Lamb. 1995, p. 82).

3) si pensava che i geni fossero 120 mila all'interno delle 23 coppie di cromosomi. I genetisti negli ultimi 20 anni hanno scoperto che il genoma umano consiste solo di 20.000-25000 geni. Si pensava che l'ereditarietà fosse costituita dalla trasmissione tout court del patrimonio genetico dai genitori ai figli. L'epigenetica ha mostrato che non tutti i geni ereditati si attivano nel corso dello sviluppo. Che le cose sono più complesse e meno meccaniche. Nel corso dello sviluppo dell'individuo a partire dalla condizione fetale il processo di moltiplicazione e riproduzione delle cellule attiva oppure rende silenziosi una parte dei geni ereditati. Le cellule verrebbero ad avere una specie di memoria e si è constatato che l'ambiente fisico ed emozionale condiziona l'attivazione o il silenziamento dei geni all'atto della riproduzione cellulare. L'epigenetica

sostiene che il nostro comportamento, i nostri stili di vita e le nostre emozioni influiscono sui meccanismi di espressione del nostro patrimonio genetico ereditario e quindi sulla formazione della realtà somatopsichica della persona.

4) Le neuroscienze hanno evidenziato alcuni fatti circa la formazione del cervello in epoca perinatale. Dal quinto mese di gravidanza in poi, la maturazione del cervello operata dal genoma viene progressivamente surclassata (finirà pochi giorni dopo la nascita) dalla costruzione di reti neurali ad opera delle esperienze che l'iniziale cervello elabora nel dialogo non verbale fatto di contatti corporei e biochimici (e auditivi) con la gestante e con i caregivers a loro volta in dialogo con l'ambiente. Si sa sempre di più sulla "qualità" di tale dialogo: gli effetti clinici che veniamo a conoscere in epoche successive sono dati dal fatto che la "qualità" di tale dialogo contribuisce a determinare la "qualità di "quel" cervello. E sappiamo anche che la prima matrice neuromentale che si organizza in un cervello serve a elaborare ogni successiva afferenza sensoriale, cioè condiziona il modo con cui ogni successiva esperienza esterna sarà elaborata e interiorizzata. C'è un "effetto domino", a cascata, in ogni successivo sviluppo, anche trans generazionale (Imbasciati, 2018).

C'è da chiedersi – pertanto - come sia possibile che un disturbo di apprendimento prenda forma al di fuori ed indipendentemente dalle relazioni affettive del soggetto con il suo ambiente di riferimento. Cartesio aveva costruito la tesi di una divisione netta tra il corpo e la mente: il primo (il corpo) fatto di materia, la seconda (la mente) di altra sostanza sconosciuta ma diversa. Oggi, dopo gli studi di Freud sui sintomi isterici (Freud, 1892), le scoperte della fisica quantistica e della epigenetica possiamo concepire il somatopsichico in modo diverso. Nell'incontro con un bambino che ha difficoltà ad apprendere, basta cambiare vertice di osservazione ed è possibile vedere fattori emotivo-relazionali che contribuiscono in modo decisivo alla nascita e allo sviluppo dei disturbi, in alcuni casi ad un arresto o a un ritardo evolutivo spesso generalizzato. (6) I sintomi vanno visti anche come segni di un equilibrio relazionale disfunzionale e non come frutto di una eziologia sconosciuta come

appare in tante diagnosi funzionali di tanti nostri servizi.

Donald Winnicott e Wilfred Bion

Accade che il sintomo più appariscente, ad esempio le difficoltà di lettura o scrittura o calcolo in prima elementare, venga posto al centro dell'attenzione sia dalla scuola, sia dalla famiglia e spesso anche dai sanitari dei servizi pubblici e privati. Accade che ci si riproponga di aiutare il bambino interessandosi unicamente alle abilità che in quel momento, per via della frequenza scolastica, sono massimamente in primo piano nel confronto con gli altri bambini. Accade che si pretenda che il bambino si allinei, nella produttività scolastica, al livello della media degli altri bambini, ignorando le sue caratteristiche personali e le sue eventuali difficoltà a vivere la vita.

Nella nostra pratica di psicoanalisti sperimentiamo ogni giorno che la persona è una unità somatopsichica: lì ogni cellula è in relazione con tutte le altre e non si può prescindere da una concezione unitaria del corpo e della mente: la persona è un tutto somatopsichico, così come il lampo e il tuono sono manifestazioni solo apparentemente diverse di un unico fenomeno: una scarica elettrica. Allo stesso modo un disturbo del comportamento o un disturbo dell'apprendimento hanno una origine ed acquisiscono un significato all'interno della storia somatopsichica della persona. Nella storia della Psicoanalisi la questione dell'apprendimento è stata posta in relazione con il pensiero e con la capacità di pensare. Il bambino, come individuo isolato dall'ambiente, non esiste poiché nasce e si sviluppa fin dalla gravidanza all'interno di un sistema di relazioni sociali che inizialmente è di tipo duale (sé e la sua mamma) (Winnicott, 1964). Come si forma e si sviluppa la capacità di pensare? e pensare per simboli? E per simboli linguistici e numerici? Bion (1961) è tra gli psicoanalisti che si è molto interessato al pensiero e all'apprendimento. Vi sono per Bion delle condizioni all'inizio della vita del soggetto senza le quali la capacità di pensare e di apprendere dall'esperienza non decolla o ha un avvio ed uno sviluppo disturbato. Se la madre ha accolto e restituito al suo lattante le angosce bonificate del loro potere distruttivo, il lattante avrà l'occasione di sperimentare

una buona relazione con la propria madre o con il genitore e potrà identificarsi con lei: l'esperienza di questa qualità della relazione sarà la base per lo sviluppo della fiducia. Questo tipo di inizio contribuirà a determinare una sufficiente tolleranza alla frustrazione, alla base della capacità di apprendere dall'esperienza. Se invece l'inizio della vita è costellato dall'impossibilità di sperimentare una buona relazione tra i contenuti espressi dal bambino e una risposta accogliente da parte della madre, o - secondo un'altra prospettiva - la relazione sarà caratterizzata da mancati appuntamenti sintonici con la madre, di angosce non bonificate, dilaganti e di eventi traumatici, la tolleranza del lattante alla frustrazione risulterà ridotta e la mente del bambino si organizzerà unicamente per sopravvivere, magari evacuando la frustrazione e le esperienze dolorose: in questo caso gli stimoli ambientali verranno vissuti dal soggetto come pericoli incombenti da fuggire tramite l'evitamento, oppure, nel caso in cui tali stimoli abbiano trovato un varco nella mente, come intrusi persecutori da evacuare proiettivamente all'esterno: in queste condizioni l'apprendimento (e lo sviluppo) non possono che essere disturbati. Anche nella biologia moderna si è scoperto che alcune esperienze traumatiche nella relazione del bambino con i care givers agli esordi della vita hanno il potere di bloccare o ritardare lo sviluppo sia a livello generale che a livello locale di alcune aree di capacità ivi compresa l'acquisizione del linguaggio. (7)

Ma ritornando a una parte dei quesiti posti e contenuti in questa presentazione del Convegno: quanto, nei disturbi di apprendimento, è grande la forza delle matrici biologiche? Quanto le matrici biologiche sono determinanti come fattore eziologico? Quanto la base biologica costituisce fin dall'inizio della vita fattore di vulnerabilità? Posto che dopo l'approvazione della Legge n. 170 del 2010 si è determinato un contesto sociale in cui le diagnosi di DSA appaiono numericamente ridondanti, non credo si possa sostenere che le difficoltà ad apprendere siano indipendenti dal mondo delle emozioni e dal modo in cui l'ambiente offre le prime cure al neonato. Nella mia esperienza clinica ho constatato che i bambini con disturbi di apprendimento hanno

nel loro bagaglio esperienziale degli esordi storie di traumi e/o di incontri fallimentari con i propri care givers. In questi casi la diagnosi di DSA appare inappropriata mentre trovo più coerente e più veritiera una diagnosi di D.A.A. cioè Disturbo Aspecifico di Apprendimento.

Loreto, 9/4/2016

Sintesi

Si evidenzia l'inappropriatezza di buona parte delle diagnosi di disturbo specifico di apprendimento. Si sottopone a critica lo stesso concetto di specificità neurobiologica dei disturbi di apprendimento.

Parole chiave

DSA, Disturbo Aspecifico di Apprendimento, diagnosi clinica e funzionale.

Bibliografia

- Bion W.R. (1961). Una teoria del pensiero. In: Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Roma, Armando, 1970.*
- Freud S. (1892). Studi sull'isteria. O.S.F., 1.*
- Imbasciati A., Cena L. (2018). Il futuro dei primi mille giorni di vita. Milano, Angeli, 2018.*
- Jablonka E., Lamb M. (1995). "Epigenetic Inheritance and Evolution-The Lamarckian Dimension". In: Lipton B., La biologia delle credenze. Cesena, Macro Ed., 2006.*
- Lipton B. (2006). La biologia delle credenze. Cesena, Macro Ed., 2006.*
- Sabbadini G. (1995). Manuale di Neuropsicologia dell'Età Evolutiva. Bologna, Zanichelli, 1995.*
- Winnicott D.W. (1964). Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo. Roma, Armando, 1974*

Note

1. Consensus Conference è l'appellativo con cui i professionisti del settore chiamano i documenti scaturiti dalla conferenza e dai gruppi di lavoro

riunitisi sotto l'egida del Ministero della Salute il 6-7 dicembre 2010 sulle tematiche dei DSA. I documenti contengono riflessioni orientative e suggerimenti per le diagnosi di DSA.

2. *Intervento introduttivo letto al Convegno di Loreto del 9 aprile 2016 dal titolo "Apprendimento tra natura e ambiente. Riflessione sui DSA" organizzato dal Centro di Psicoanalisi Romano*
3. *Le UMEE delle Marche (Unità Multidisciplinari per l'Età Evolutiva) sono delle équipes multi professionali delle ASL che in altre realtà regionali sono chiamate "di Neuropsichiatria Infantile" oppure "di Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza". Si tratta di servizi pubblici non ospedalieri che si occupano di disagio/disturbo psicofisico dell'infanzia e adolescenza e di disabilità in rapporto con il mondo della Scuola. Le UMEE delle Marche sono state istituite nel 1996 con Legge Regionale n. 18. Il loro nome è il risultato di una scelta politica che ha messo al centro il nome dell'utente invece che il nome di una specialità medica curanti.*
4. *Era confermato un quoziente intellettivo ai limiti inferiori della norma con caduta nel QI verbale di 10 punti rispetto alla precedente WISC III; nelle prove MT di lettura risultava in velocità a -2,13 deviazioni standard, in comprensione 4/10 risposte esatte; nelle prove DDE "parole" risultava in velocità a -4,43 ds (errori + 0,5 ds); nelle prove DDE "non parole", in velocità a -5,28 d.s. (errori -2,66 d.s.); in scrittura e calcolo risultava sufficiente.*
5. *Rispetto alla WISC di seconda elementare Gianvito ha ottenuto un punteggio alla WISC III: QI Totale attestato sul limite inferiore della norma con un QI verbale borderline (caduta di 20 punti rispetto al risultato della WISC in seconda elementare). Nelle prove MT si colloca: in rapidità $Z = -2,66$. In correttezza (10 errori) nella fascia "Richiesta di Attenzione". Nella prova di comprensione (MT) si colloca nella fascia "Richiesta di intervento immediato" (4 risposte esatte su 15 e 4 su 10 in entrambe le prove). alle prove DDE, nella lettura di "non parole" si colloca per rapidità $Z = -1,09$ d.s.; per correttezza $Z = -2$ d.s.; nella lettura di "parole" si colloca per Rapidità $Z = -2$ d.s.; per Correttezza $Z = -2$ d.s. Nelle funzioni esecutive del linguaggio, in Fluenza fonemica $Z = -2,11$; nella Denominazione lessicale $Z = -2,20$; nella capacità di calcolo = prestazione sufficiente.*
6. *Per esempio: se moltiplicazione e divisione sono sentiti da un bambino non come simboli ma come operazioni capaci di incidere in modo concreto nella sua vita, la prima potrà essere vissuta nella sua mente come "genitori che fanno altri bambini", la seconda come "genitori che si dividono/separano". Ne discende che se in casa il bambino si trova a vivere in modo traumatico la nascita di altri fratelli e sorelle potrà rivelarsi disturbato nell'apprendimento della moltiplicazione; se dovrà fronteggiare le emozioni per il fallimento della coppia genitoriale e per la sua separazione potrà trovarsi disturbato nell'apprendimento della divisione.*
7. *Ad esempio l'asse "HPA". "Negli organismi pluricellulari i comportamenti di crescita/protezione sono controllati dal sistema nervoso. Quando il*

sistema nervoso riconosce un fattore di stress ambientale, allerta la comunità di cellule riguardo al pericolo imminente (...) un sistema di protezione caratteristico della persona umana mobilita il cosiddetto "asse ipotalamico-ipofisario-surrenalico (HPA). Quando l'ipotalamo percepisce una minaccia ambientale chiama in causa l'asse HPA (asse ipotalamico-ipofisario-surrenalico) inviando un segnale all'ipofisi o ghiandola pituitaria, la 'ghiandola del comando' che ha il compito di mobilitare i 50 trilioni di cellule della comunità per affrontare la minaccia incombente (...) in risposta alle percezioni di stress registrate nel cervello, l'ipotalamo secreta un fattore di distacco di corticotropina (CRF) diretto all'ipofisi. Il CRF attiva speciali cellule dell'ipofisi inducendole a secernere degli ormoni adrenocorticotropici (ACTH) nel sangue. Gli ACTH a loro volta raggiungono le ghiandole surrenali, dove fungono da segnale per attivare la produzione degli ormoni surrenali 'lotta o fuggi'. Questi ormoni dello stress coordinano la funzione degli organi del corpo, fornendoci una grande energia fisiologica per combattere il pericolo o per fuggire. Una volta che l'allarme surrenalico è suonato, gli ormoni dello stress rilasciati nel sangue costringono i vasi sanguigni del tubo digerente, forzando il sangue fornitore di energia a irrorare soprattutto i tessuti delle braccia e delle gambe, le parti dell'organismo che ci consentono la fuga. Prima di essere inviato alle estremità, il sangue era concentrato negli organi viscerali. La ridistribuzione del sangue viscerale agli arti per attivare la risposta 'lotta o fuggi' determina una inibizione delle funzioni relative alla crescita (...) Quindi la risposta allo stress inibisce i processi di crescita." (Lipton, 2006, pp. 172-174).

Ferdinando Benedetti

Psicologo Clinico. Psicoterapeuta.

Psicoanalista SPI.

Già Responsabile dell'Ufficio Formazione della ASL 7 di Ancona

in staff alla Direzione Generale.

Già Coordinatore del Consultorio Familiare di Osimo-Offagna.

Già Coordinatore dell'Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva di Osimo-Offagna.

Esperto di sistemi organizzativi e istituzionali con collaborazioni presso la Regione Veneto e la Regione Marche.

Già docente di psicologia dell'età evolutiva e tecnica del colloquio presso le Scuole di Servizio Sociale di Venezia, Ancona e Urbino.
benedettiferdinando52@gmail.com

Tel. 349 5397815

Via Trieste 41, Ancona

Spazio web: www.ferdinandobenedetti.it

I DSA SONO IN
CONTINUO AUMENTO!

GIÀ... ANCHE IO
ULTIMAMENTE
FACCIO UN PO'
FATICA A LEGGERE!



Jorusol3

Apprendimento tra natura e ambiente (1)

Luigi Foroni

Al di là del problema “specifico” che ruota intorno ai disturbi dell’apprendimento diagnosticabili come DSA, vorrei mettere l’accento sul fenomeno che si osserva, negli ultimi anni, nella qualità delle richieste che arrivano ai servizi per l’infanzia. La grande maggioranza delle richieste, che vengono formulate quasi interamente dalle madri (per dire che i padri sono piuttosto defilati), riguarda esplicitamente l’accertamento di disturbi specifici di apprendimento. Dieci giorni fa, una madre, nella richiesta lasciata in segreteria telefonica, chiedeva per il figlio una “valutazione sulla emotività”: una richiesta sorprendentemente in controtendenza. Mi sono detto: c’è ancora qualcuno che ha a cuore le emozioni, prima del funzionamento! Perché di solito le richieste vorrebbero indicare la direzione fin dalla telefonata: “Mia figlia non apprende: è discalcolica?”

Durante il primo colloquio con i genitori, mi capita di pensare che potrei tener conto di quanti secondi occorrono perché arrivi l’inesorabile richiesta: “Sa, vorremmo capire se nostro figlio non sia un po’ dislessico”. I genitori mettono avanti in prima battuta le loro preoccupazioni per l’andamento scolastico di un figlio, sul quale stanno investendo molto come prolungamento narcisistico, in un momento in cui magari scarseggiano altre soddisfazioni dalla vita. Queste preoccupazioni hanno spesso un peso difensivo davvero massiccio che protegge dalla fatica di riuscire ad entrare in contatto in modo più profondo con il figlio. A volte le difese sono così consolidate che risulta impossibile aiutare i genitori ad ampliare l’orizzonte per capire meglio la globalità del processo di crescita del loro figlio: semplicemente vogliono sapere se ha diritto al certificato da usare per la scuola. Mi viene da pensare alla responsabilità che può

avere certa letteratura o anche gli operatori sanitari che hanno a che fare con i neogenitori, quando, anziché facilitare precocemente l’espressione delle loro competenze, materne e paterne, li espropriano, dettando regole rigide e vademecum uguali per tutti che orientano alla passività.

Altre volte, incontrando bambini e genitori molto sofferenti, mi chiedo se le insegnanti ce li inviano usando strategicamente il sintomo legato agli apprendimenti: forse desiderano che i genitori prendano contatto con chi li può aiutare, ma temono che si preoccuperebbero se dovessero pensare a una difficoltà emotiva o di rivolgersi a un Servizio di “Neuropsichiatria”. Avere in mente il disturbo o la difficoltà di apprendimento, è rassicurante, asettico, e non veicola sensi di colpa per nessuno, un po’ come capita con la maggior parte delle visite specialistiche: un controllo della vista, una visita ortopedica...sono questioni neuro-biologiche per le quali può bastare una misurazione o una radiografia, anche senza coinvolgere i genitori. Inoltre, tutti gli adulti, genitori, insegnanti, operatori sanitari, sono burocraticamente deresponsabilizzati rispetto alle difficoltà del bambino: “Lo dice il test, si applica un protocollo, è un problema neuropsicologico, c’è la diagnosi, il certificato, la legge”.

Chi rimane spesso profondamente incompreso e inascoltato è il bambino e le sue emozioni. Credo che si potrebbe paragonare il fenomeno che si presenta da alcuni anni a una specie di epidemia. Un’epidemia di morbillo mostra i primi segnali attraverso la febbre? Allora è molto probabile che in questo clima, appena si manifesta la febbre, si pensi al morbillo. È quello che sta succedendo con i disturbi dell’apprendimento, al punto che sono in corso campagne di screening per i bambini all’inizio delle elementari e anche nelle scuole dell’infanzia, come per cercare di debellare il morbo fin dal suo manifestarsi: ne risultano genitori presi dall’ansia di avere un figlio con un danno nell’apparato per apprendere. Il prossimo passo sarà l’individuazione di un vaccino ad hoc?

È un “asso pigliatutto” quello che si maschera sotto il mantello del problema riguardante l’apprendimento e questo asso tende ad

annullare ogni possibilità di riflessione sulle altre molteplici ragioni che portano alla stessa “febbre”. Il fenomeno a cui si assiste assomiglia a una gigantesca iperprotezione, attraverso una richiesta quasi implorata da molti genitori: “Non è che mio figlio è un po’ dislessico, discalcolico, disortografico?” richiesta che produce, quando venga emessa la diagnosi di Dsa, interventi peraltro molto ragionevoli, come l’adattamento alle capacità personali del bambino, attraverso strumenti compensativi e dispensativi (evitare la lettura ad alta voce, non rimarcare gli errori ortografici, consentire l’uso della calcolatrice e di tempi più lunghi). Interventi che, secondo me, la scuola, nella sua autonomia e competenza, sarebbe in molti casi perfettamente in grado di scegliere, di dosare caso per caso con tutti i bambini che ne avessero bisogno, senza la necessità di passare attraverso codici diagnostici medicalizzanti che possono somigliare a dosaggi di qualche fondamentale principio attivo farmacologico.

Questo approccio alle difficoltà di apprendimento è un asso pigliatutto perché permette facilmente di sorvolare (anzi impedisce proprio di approfondire) altri aspetti del processo maturativo che sono spesso compromessi e vanno ricercati caso per caso. Ne è un esempio l’acquisizione di adeguati livelli di autonomia. Molti bambini di otto o nove anni vivono, più che in passato, in una prolungata situazione di dipendenza fusionale: sono accuditi, lavati, vestiti e a volte ancora imboccati e messi nel letto matrimoniale “a guardia” di una coppia genitoriale di fatto separata.

Come può essere possibile, mi chiedo, che un bambino, che non ha raggiunto un’autonomia personale che riguarda le competenze di base, un livello di funzionamento individuale e separato, possa “mettere dentro” di sé dei contenuti simbolici legati agli apprendimenti? Molti bambini non hanno potuto essere aiutati, con adeguate dosi di frustrazioni, ad uscire dallo stato di onnipotenza neonatale per raggiungere quella maturità idonea all’età, dalla quale affrontare gli impegni quotidiani con la consapevolezza che richiedono tempo e fatica.

E cosa dire delle gravi crisi familiari nelle quali un bambino si trova stratonato tra il bisogno

di conoscere e quello di cancellare fatti troppo sgradevoli, per proteggere la speranza di una buona relazione con ciascun genitore? Che effetto possono avere sulla motivazione ad apprendere? E come facciamo a saperlo se ci limitiamo a misurare la febbre?

Nadia, una ragazzina di 12 anni, frequenta la seconda media, i genitori sono separati da quando lei aveva 5 anni. Viene inviata dalla scuola per “problemi di logica, di memoria, di calcolo”, segnalati dall’inizio delle medie. È collocata presso il padre che si è fatto molto aiutare, per ragioni di turni lavorativi, dai propri genitori. Il nonno paterno, in particolare, era una figura di riferimento importante per Nadia, sia per i compiti che, nel tempo libero, con delle uscite in bicicletta. “Era”, perché, en passant, scopro che è morto all’improvviso alla fine della quinta elementare. Nessuno ha parlato con Nadia di questa cosa senza senso (logico) che è la morte del nonno. Nella parcellizzata situazione familiare, nessuno ha parlato con Nadia neanche del suo sviluppo fisico e del menarca arrivato ad ottobre, poche settimane dopo l’inizio delle medie. I genitori concordano che la loro separazione ha alimentato il senso d’insicurezza della figlia che si è sempre preoccupata di non preoccuparli. Conoscendola, scopro una persona emotivamente ricca e più matura della sua età, cresciuta con l’idea di non essere mai riuscita a suscitare l’ammirazione dei genitori e, forse per questo, poco incline a riconoscersi delle competenze. Ecco da dove viene la scarsa autostima! Le difficoltà scolastiche sono arrivate molto dopo. Alcuni colloqui con i genitori e altri con Nadia rimettono in movimento il suo desiderio di crescere e di conoscere. Forse non sceglierà una scuola per diventare cuoca come pensava all’inizio, convinta di non essere capace di studiare: sta pensando al liceo linguistico.

Entrare nella storia della relazione precoce del bambino con i genitori, accogliendo le difficoltà incontrate e le sue caratteristiche evolutive, ci permette di restituire competenze ai genitori e di rimettere molto spesso in movimento un processo di crescita che è unico per ogni bambino, evitando il rischio di cronicizzare il sintomo isolandolo dal contesto.

Certo esistono modalità di pura misurazione del funzionamento cognitivo che sono molto

spicce: americani cordano il controllo della pressione degli pneumatici. Sono modalità funzionali a rispondere velocemente a una enorme massa di richieste, ma non aiutano il processo di crescita, lasciano le cose come stanno: cronicizzano, appunto. Una consultazione terapeutica, che non necessariamente richiede tempi biblici, ma certamente ha bisogno di uno spazio preliminare sufficiente anche per i genitori, è molto spesso risolutiva e permette di dimettere la famiglia oltre che essere fonte di grande soddisfazione per il terapeuta.

Se non ci interessiamo alla relazione dei genitori col bambino, saremo portati ad evitare noi stessi di relazionarci con i pazienti e a limitarci a somministrare test oracolari, unici arbitri dello stato di salute mentale dei bambini. Tutta una generazione di bambini, che hanno, o hanno avuto, a che fare in questi anni con un approccio prettamente "testistico", crescerà senza essere stata ascoltata, ma valutata e misurata con strumenti basati su evidenze numeriche che danno un'idea di approccio scientifico, perché mostrano delle misure oggettive, ma non ci dicono niente del bambino che abbiamo davanti, delle sue potenzialità, delle fantasie sottostanti all'apprendere in maniera autonoma.

Per quanto esaustiva possa essere la diagnosi, rischia di diventare un marchio indelebile ed estraneo, fonte di discriminazione e di confronti mortificanti oltre che un blocco delle possibilità evolutive tipiche dei bambini.

Dico solo un'ultima cosa su un altro aspetto, molto importante, secondo me, perché ha un ruolo nella genesi di una parte significativa delle difficoltà scolastiche in questi ultimi anni. Ne ha parlato Roberto Verlatto, Psichiatra e Psicoanalista, in una bella relazione presentata il 2 aprile 2016 al Centro Psicoanalitico di Bologna. Cito, per brevità, dal suo scritto: "Le più recenti innovazioni tecnologiche nel campo della comunicazione a partire dall'affermarsi di Internet e dall'espandersi in maniera e velocità esponenziale degli strumenti e delle varie forme del suo utilizzo (pc, tablet, smartphone, social network, videogames, applicazioni di tutti i tipi e per tutti gli usi etc.) costituiscono (...) un ulteriore salto radicale nel campo dell'innovazione tecnologica e della sua influenza sulla vita delle persone. Quella in atto è una vera e propria

trasformazione antropologica con enormi cambiamenti ed effetti sulla formazione della nostra cultura e, secondo molti, sulla struttura ed il funzionamento della nostra mente. (...) Quel che appare sempre più chiaro è che gli strumenti della comunicazione digitale stanno creando persone con un nuovo profilo cognitivo".

È quello che io mi chiedo quando vedo bambini di un anno in braccio alla madre mentre, aspettando per la vaccinazione, si dedicano alla scoperta del mondo, non attraverso lo sguardo, la voce e l'interazione col genitore, ma scoprendo il magico funzionamento del suo smartphone. Crescendo, che idea avranno dell'apprendere? Già ora è diffusa l'idea onnipotente per cui basta un click per diventare il re del mondo, senza il rischio di fallire perché, tanto, nel video-gioco, non si muore. E come si fa, con questo retroterra onnipotente, a sopportare a scuola la frustrazione di sbagliare o di non "riuscire" immediatamente?

I bambini diventano "disgrafici" perché hanno imparato che è più veloce dettare anziché scrivere a mano? O perché sono superpersonici a digitare messaggi sulla tastiera del cellulare, ma non sono allenati a scrivere con la penna? Un bambino di quarta elementare, circondato a casa da ogni tipo di tecnologia simil-ludica mi ha detto con fare annoiato: "Come faccio a mettermi a fare i compiti, con tutte le cose interessanti che ho da fare?"

E gli adolescenti che usano buona parte del loro tempo a chattare sui social, salvo restare senza parole quando finalmente incontrano l'oggetto della conversazione in carne ed ossa? Non sarà il caso di occuparci del DSA-R cioè, come ho sentito dire recentemente dalla psicoanalista Violet Pietrantonio, del Disturbo Specifico dell'Apprendimento delle Relazioni?

Sintesi

In questo articolo rifletto su un fenomeno, dilagante negli ultimi anni, relativo ad un approccio piuttosto sbrigativo e semplificato alle difficoltà scolastiche, quando cioè queste vengono affrontate esclusivamente con protocolli standardizzati. Ad un esame più accurato, che consideri il significato personale degli eventi nello sviluppo del processo maturativo di ogni individuo, è possibile aiutare i minori ed i loro genitori a far emergere gli

ostacoli e a rimettere in moto la motivazione ad apprendere.

Parole Chiave

Emozioni, prolungamento narcisistico, difese, processo di crescita, asso pigliatutto, dipendenza fusionale, adeguate dosi di frustrazione, motivazione ad apprendere.

Bibliografia

Roberto Verlato (2016). La mente irretita. Trasformazioni della psicopatologia ai tempi di internet. Letto al Centro Psicoanalitico di Bologna, 2 aprile 2016.

Note

1) Intervento presentato al Convegno di Loreto del 9 aprile 2016 sui Disturbi Specifici di Apprendimento

Luigi Foroni

Psicologo. Psicoterapeuta, Socio della Società Psicoanalitica Italiana.

“Cultore della materia” nel corso di “Psicopatologia generale e dell’età evolutiva” all’Università di Padova con Renata Gaddini, dal 1981 al 1984.

Già professionista del Servizio Materno Infantile, Consultorio Familiare, Neuropsichiatria Infantile in USL del Veneto e dell’Emilia Romagna.

Dal 2017 al 2020 ha fatto parte del comitato scientifico del Centro Psicoanalitico di Bologna.

Dal 2021 fa parte della “Commissione Consultazione” del Centro di Consultazione e terapie psicoanalitiche del Centro Psicoanalitico di Bologna.

luigi.foroni7@gmail.com



Le terapie combinate in psichiatria: a favore di un approccio integrato

Riccardo Coltrinari

Introduzione

Sino a non molti anni fa l'evoluzione parallela della biologia e della psicologia non conosceva alcun punto di convergenza; tuttavia dopo l'entusiastica attesa degli anni Cinquanta per i risultati della psicoanalisi e degli anni Sessanta per quelli della psicofarmacologia (attesa che per certi versi è stata delusa), oggi ci si sta avviando verso un approccio in cui gli aspetti biologici e sociologici, le terapie farmacologiche e quelle psicoterapeutiche tenderebbero a integrarsi. E' però necessario ricordare che il consenso sulla necessità di operare un'integrazione tra farmaci e psicoterapia proviene da una sorta di "guerra dei 30 anni", iniziata intorno agli anni Sessanta, caratterizzata da un forte contrasto, per lo più basato su giudizi ideologici (Freni, 1996). Tra i pionieri più noti della "lunga marcia" di avvicinamento tra psicoterapia e psicofarmacoterapia vanno sicuramente ricordati Sarwer-Foner e Ostow. Questi autori ebbero il merito di avere segnalato la necessità di studiare e valorizzare gli aspetti psicodinamici connessi al farmaco, visto quindi nella sua valenza simbolica, e il ruolo che quest'ultimo riveste nella relazione medico-paziente. A questo proposito D'Errico (1991) sostiene che la "terapia farmacologia crea all'interno del rapporto medico-paziente una vera e propria relazione terapeutica farmacologia nella quale confluiscono le reazioni provocate sia dall'assunzione corporea del farmaco da parte del paziente sia dalla sua assunzione in fantasia da parte di entrambi". Il farmaco diventa dunque un oggetto di relazione e non potrà quindi che essere visto come un agente chimico che si

carica di effetti psicologici portando quindi al superamento di un'antica quanto ridicola incompatibilità. Non ha più alcun senso il suo impiego in ambito di riduzionismo biologico. Secondo Andreoli (1981) lo psicofarmaco sembra oggi rappresentare più una funzione ponte tra biologia e psicodinamica che essere un'espressione di una loro divisione.

L'approccio integrato supera quindi, operandone una fusione, le tradizionali contrapposizioni metodologiche: psicofarmaci e psicoterapia possono quindi essere utilizzati assieme quando, demitizzati e al di fuori delle ideologie, ridiventano strumenti della psichiatria clinica (Mangini, 1993). Il compito e il ruolo dello psichiatra diventa sempre più quello di saper integrare la consapevolezza opponendosi a moti disintegrativi del paziente (Beitman e Klerman, 1992). A questo proposito, Freni (1988), valutando la necessità di un simile approccio alla cura delle psicosi schizofreniche, sostiene che l'integrazione è un processo complesso che corrisponde a ciò che non riesce al soggetto schizofrenico e che i terapeuti sono chiamati a fare al suo posto, per lui, insieme a lui nella speranza che egli impari dall'esperienza terapeutica.

Del Corno, Lang, Taidelli (1986 a) sottolineano invece la differenza esistente tra trattamenti "combinati" e trattamenti "integrati" (termini che vengono usati di solito come sinonimi). I primi riguardano una modalità di associare due o più trattamenti distintamente considerati e che non si influenzano reciprocamente; i secondi sono distinti ma interagenti avendo un comune riferimento alle qualità relazionali del processo e alle sue trasformazioni interattive. Sulla base di questa definizione appare quindi necessaria una disponibilità e una attitudine a modificare o riaggiustare nel qui e ora della relazione gli interventi in relazione alle risposte ottenute precedentemente dall'una e dall'altra componente del trattamento. L'integrazione si configura così come un unico processo, comprensivo di due momenti diversi, in cui si realizza analisi e sintesi. Il sinergismo che ne deriva, idealmente non competitivo (la buona coppia genitoriale), non inibente, positivo in entrambe le modalità di cura, può realizzarsi attraverso un'interazione sia simultanea sia sequenziale, lavorando lungo una linea di reciproco accrescimento (Ferrari, 1988).

Infine appare interessante anche il punto di vista di Migone (1999), secondo il quale non solo non ha senso concepire farmaci e psicoterapia come alternativi, ma non ha neppure senso parlare di “terapie integrate”. Infatti a volte si dimentica che il concetto di integrazione, per esistere, presuppone che vi siano delle cose da integrare, cioè che esse esistano come separate. In psichiatria invece, così come in medicina, non esiste la possibilità di somministrare farmaci a prescindere dal rapporto interpersonale: il rapporto col medico ha di per sé degli effetti, all'interno di essi possono essere fatti vari interventi, uno dei quali è somministrare farmaci. La psichiatria quindi, secondo l'Autore, è sempre integrata, o meglio è sempre clinica, cioè un rapporto interpersonale in cui avvengono varie cose che hanno diversi significati, e ciascuno degli interventi va analizzato attentamente tramite i rispettivi strumenti. Psicofarmacoterapia, psicoterapia, psicofarmacopsicoterapia: aspetti teorico clinici e strategie di ricerca

Anche se appare impossibile, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, realizzare sul piano teorico l'integrazione tra conoscenze psicologiche e conoscenze neurobiologiche data la dicotomia epistemologica per ora irriducibile relativa al rapporto psiche/soma, mente/cervello, è anche vero che quando ci spostiamo dal piano delle riflessioni teoriche a quello teorico-clinico e soprattutto clinico-pratico, la clinica è chiamata a risolvere in qualche modo tale dicotomia per l'innegabile evidenza di un miglior risultato terapeutico derivante dall'associazione, combinazione, integrazione di trattamento psicofarmacologico e trattamento psicoterapeutico.

Oggi è quasi universalmente condivisa l'opinione secondo la quale l'associazione (o meglio l'integrazione) psicoterapia-psicofarmacoterapia è il trattamento migliore per la cura degli stati psicopatologici clinicamente rilevanti. Probabilmente ciò deriva dalla necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti, più che da un autentico convincimento teorico-scientifico, da parte dei professionisti della salute mentale. Da alcuni anni, infatti, l'evidenza clinica e gli studi di ricerca hanno dimostrato che, in psichiatria, tutte le attività di cura sono fortemente esposte al fallimento allorché i dati clinici

vengono forzati da una ingannevole adesione dogmatica ai modelli teorici preferiti da ciascun professionista; le cose funzionano meglio quando, con duttilità, flessibilità e creatività, si riesce a mantenere il principio guida di aiutare, caso per caso, i pazienti fornendo, di volta in volta, il miglior trattamento contestualmente praticabile, accogliendo il suggerimento di Bion di “arrangiarsi alla meno peggio per fare il meglio di un brutto lavoro”. Tuttavia, sebbene l'importanza degli aspetti psicologici dei farmaci viene ormai quasi universalmente accettata e il concetto di terapia “abbinata, integrata, combinata, articolata” viene impiegato e caldeggiato in numerosi interventi, esso rischia nella pratica di rimanere un concetto prevalentemente teorico. Infatti è sicuramente vero che l'integrazione cercata a livello teorico o di confronto di teorie, appare ancora una mera utopia e forse è utile che le teorie e i fattori che la sostengono mantengano la loro divergenza e un discreto stato di caos, come stimolo a ulteriori sviluppi. Sembra invece urgente stabilire un codice di integrazione minimale condivisibile e mediamente applicabile nei comuni contesti terapeutici, facilmente trasmissibile a operatori professionali con requisiti attitudinali e formativi mediamente adeguati. Il concetto di integrazione è dunque estremamente complesso, inadatto a soluzioni semplicistiche e pieno di “insidie” (Nielsen, 1998). Freni (1998) si propone di esaminare questo problema secondo differenti livelli: 1) un livello teorico-generale; 2) un livello teorico-clinico; 3) un livello clinico-pratico; 4) un livello dei modelli di ricerca.

Livello teorico generale

Potremmo concludere la discussione di questo punto ancor prima di aprirla per il semplice fatto che siamo di fronte a due linguaggi completamente differenti (cioè il linguaggio e i relativi concetti con i quali ci riferiamo alle funzioni del cervello sono radicalmente diversi da quelli con i quali ci riferiamo a relazioni, sentimenti, pensieri). Quindi la dicotomia mente-cervello, almeno su un piano teorico generale, è destinata a rimanere ed appare per ora insuperabile.

Livello teorico-clinico

A questo livello possiamo distinguere tre paradigmi: 1) biologico; 2) psicologico; 3) biopsicosociale. Il primo paradigma è relativo alla cosiddetta psichiatria medica, in cui il disturbo psichico viene esclusivamente interpretato in chiave biologica e il trattamento, di tipo farmacologico, mira all'annientamento e sradicamento del sintomo. Il secondo paradigma dà importanza solo agli aspetti prettamente psicologici del disturbo psichico, ignorando pericolosamente o avversando quelli che sono gli aspetti biologici della psicopatologia. In questo modo espone i pazienti a gravi rischi o a inutili sofferenze di solito attenuabili da un uso modulato e ottimale di mezzi terapeutici biologici. Infine il terzo paradigma, quello biopsicosociale, presuppone che l'eziopatogenesi dei disturbi psichici sia determinata dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Non c'è dubbio che tale paradigma attualmente stia riscuotendo un grande consenso, forse perché corrisponde allo spirito del tempo fortemente contrassegnato dall'epistemologia della complessità. E' superfluo dire che la sua assunzione piena sia sul piano teorico che, soprattutto, su quello pratico, comporta delle enormi difficoltà per quanto riguarda la formazione di operatori capaci di realizzarlo efficacemente. Infatti in tale contesto operativo non è più concepibile che vi siano psichiatri che non fanno nulla di psicologia clinica e di psicoterapia e psicoterapeuti che non fanno nulla di psicofarmacologia e di psicobiologia. E' quindi evidente che un'adesione cieca ad un modello, ad una teoria, ad un paradigma, come si usa dire, crei gravi conseguenze iatrogene allorché il campo della pratica venga costretto ad assoggettarsi ad essi.

Livello clinico-pratico

E' a questo livello che si deve realizzare l'integrazione tra farmaci e psicoterapia, alla luce del concetto di psicofarmacopsicoterapia o farmacoterapia psicodinamica che abbiamo visto nel paragrafo introduttivo. Ovviamente una cosa è associare farmacoterapia e psicoterapia in un'ottica di due trattamenti scissi tra loro e non comunicanti fino al punto di rischiare di lavorare l'uno contro l'altro, altra cosa è integrare in modo autentico i due

trattamenti in una logica complessiva della Cura, indipendentemente dal fatto che tale integrazione sia il risultato della collaborazione di due terapeuti o di un unico terapeuta in grado di dare farmaco e psicoterapia. E' quindi necessario sviluppare e mantenere una "visione bi-oculare", ossia uno sguardo alla cura nel suo insieme e alle singole componenti che vi concorrono, per poter comprendere tutta quella serie di fenomeni spesso ritenuti bizzarri o irrazionali (ad esempio pazienti che alterano le prescrizioni ricevute dal curante o che attribuiscono in modo erroneo ad un farmaco l'effetto più proprio di un altro, oppure pazienti che sospendono il trattamento proprio quando ne hanno ricevuto i migliori risultati e pazienti che stanno meglio con dosi minime di farmaco, ritenute non terapeutiche secondo criteri rigorosamente farmacologici) che inevitabilmente si riscontrano nella maggior parte dei trattamenti psichiatrici e che generalmente sono ricondotti alla questione della compliance/non compliance. Secondo Gabbard (1994) la non compliance a una determinata terapia farmacologica può essere meglio compresa con l'aiuto di principi psicodinamici come il transfert e il controtransfert. Paykel (1999) afferma che studi sugli effetti della psicoterapia nella compliance ai farmaci sono rari e che allo stato attuale abbiamo a disposizione per lo più resoconti aneddotici che suggeriscono comunque che la combinazione apporta un beneficio da questo punto di vista. Tra gli elementi importanti per una buona compliance sono da ricordare l'aumento della comunicazione e una buona relazione medico-paziente, per cui i pazienti maggiormente coinvolti e informati tendono ad aderire meglio alla terapia farmacologica.

Livello dei modelli di ricerca

Sulla base degli studi presenti in letteratura è possibile distinguere tre tipi di strategie di ricerca relativi alle terapie combinate: strategie comparative, rappresentate da modelli a due, tre, quattro gruppi di confronto, che appaiono però inadeguati per lo studio delle interazioni tra farmacoterapia e psicoterapia; strategie costruttive, rappresentate da modelli fattoriali a quattro gruppi, modelli a sei gruppi (forse il modello più adatto per valutare il trattamento combinato) e dal modello

caratterizzato dal trattamento standard come controllo e dai trattamenti sperimentali come supplementi;

modelli di ricerca di tipo naturalistico-longitudinale (in particolare studi single-case), dove i pazienti vengono studiati disturbando il meno possibile il contesto di cura con strumenti sensibili ma non troppo intrusivi e confrontando campioni di pazienti il più possibile omogenei ma radicalmente diversi per modalità di trattamento. Questi modelli di ricerca sono auspicabili in quanto consentono di individuare in modo sensibile i cambiamenti legati alla farmacoterapia, alla psicoterapia o a entrambi i metodi di trattamento, cogliendo, attraverso adeguati strumenti di valutazione, non solo le variazioni sintomatologiche, ma anche la modificazione di parametri di tipo psicodinamico, cognitivo e psicosociale. È chiaro che tale approccio alla ricerca applicata in psicofarmacologia clinica può riguardare solo i farmaci già registrati e presenti in commercio; inoltre, qualora prendesse piede questo orientamento, si verrebbero a delineare due modi di pensare la ricerca psicofarmacologica: il primo, basato su criteri tradizionali e già ampiamente praticato, volto a verificare che il farmaco funzioni e non danneggi l'organismo (modello clinico-medico); il secondo, ancora scarsamente attuato ma auspicabile, volto a verificare i risultati del trattamento farmacologico a lungo termine, nel contesto naturale della cura e in associazione/integrazione con psicoterapie e/o pratiche riabilitative, verificando quindi la rilevanza del farmaco nell'ambito del processo terapeutico rispetto agli altri fattori terapeutici che vi partecipano (modello clinico-psicodinamico).

Uhlenhuth et al. (1969) hanno discusso i possibili effetti di un trattamento combinato.

1. La prima possibilità considerava semplicemente i risultati di tipo sommatorio: l'effetto combinato è il risultato della somma degli effetti del trattamento farmacologico più gli effetti della psicoterapia. In tal caso la combinazione sarebbe certamente utile.

2. La seconda possibilità è stata definita "potenziamento", caso in cui la combinazione è particolarmente efficace: produce un miglioramento maggiore della somma degli effetti individuali. Si svilupperebbe

un sinergismo simile a quello che è stato osservato, per esempio, nell'associazione di certi antibiotici.

3. La terza possibilità fu denominata "inibizione". Questa produce un'interazione di tipo inibitorio, per cui la combinazione produrrebbe effetti minori della somma dei singoli effetti da soli. Questa sarebbe una combinazione da evitare.

4. La quarta possibilità fu chiamata di "reciprocità". La combinazione è efficace quanto il più potente dei due trattamenti individuali. Un altro modo di chiamarla potrebbe essere di "effetto massimo". Se entrambi i trattamenti avessero la stessa efficacia l'uno potrebbe essere sostitutivo dell'altro. In questo caso la combinazione non sarebbe vantaggiosa.

Secondo Paykel (1999) ci sono anche altre possibilità: per esempio che un trattamento o entrambi non siano efficaci o, in alternativa, che entrambi siano efficaci ma su aspetti differenti della psicopatologia in modo che i loro effetti siano indipendenti l'uno dall'altro. Lo stesso Autore (1999) ha preso in esame gli studi controllati sugli effetti della terapia combinata (farmaci associati a psicoterapia) nella depressione. In sintesi questi studi non mostrano alcuna interazione svantaggiosa di tipo inibitorio. Evidenziano, invece, sia effetti benefici di tipo sommatorio e in uno studio effetti di potenziamento, sia effetti positivi risultanti dal miglioramento di diverse misure di andamento sia, in alcuni casi, un effetto massimo che non troverebbe nessun particolare giovamento nella terapia combinata.

Guerani e Vercillo (1997) hanno effettuato una revisione dei lavori presenti in letteratura sulle terapie integrate per il decennio 1984-1994. Un primo dato che emerge, nello scorrere il panorama della letteratura internazionale sull'argomento, è l'esiguità dei lavori scientifici che nel decennio considerato hanno affrontato il problema. Tuttavia, scorrendo la sequenza temporale dei lavori, si può notare un loro aumento nel corso degli anni, a testimonianza di un campo di ricerca ancora fertile e in grado di fornire interessanti prospettive. Inoltre se consideriamo la somma complessiva dei lavori suddivisi per patologia, spicca la netta prevalenza degli studi sul trattamento integrato nella depressione; ciò testimonia non solo

l'interesse prevalente per tale capitolo della psicopatologia, ma forse anche l'esistenza di un campo privilegiato in cui farmaco e psicoterapia possano trovare un incontro ed un'efficacia non solo comune ma di rinforzo reciproco. Infatti sembra che nei casi di severità medio-grave la combinazione tra psicoterapia e farmacoterapia rappresenti il trattamento più efficace, nonché la migliore forma di profilassi. Per quanto riguarda l'importante lavoro terapeutico integrato nel vasto campo della psicosi, viene individuato nel trattamento psicoterapico, abbinato alla farmacoterapia, un importante e insostituibile ruolo nella protezione del paziente dalle ricadute. E' interessante notare che nella letteratura esaminata per quanto riguarda la terapia delle psicosi, a differenza di altre patologie, si esamini la problematica come integrazione dell'intervento farmacologico con la psicoterapia e non, come per altre patologie, nell'ottica opposta. Per le patologie più giovani (DCA, DAP ecc.) invece sono ancora scarsi i dati a disposizione, con necessità di un loro ampliamento nel futuro. L'unico dato realmente interessante è quello sulla bulimia, in cui è emerso dai lavori presi in esame una superiorità del trattamento con psicoterapie di gruppo rispetto ad altre forme di terapia, inclusa la farmacologia con imipramina. Questa produce in combinazione un significativo miglioramento non sui sintomi bulimici ma sulle componenti di ansia e depressione.

A chi il compito di somministrare il farmaco?

Freni (1988) sostiene che una concezione psicodinamica della psicofarmacologia apre una serie di problemi tecnico-operativi e di formazione all'uso psicodinamico dello psicofarmaco che può essere così schematizzato: 1) è meglio (ed eventualmente in quali situazioni) che sia un unico terapeuta a gestire psicofarmaco e psicoterapia? 2) in caso affermativo quale tipo di formazione dovrebbe avere un simile terapeuta in grado di integrare le conoscenze farmacologiche, psicologiche e clinico-terapeutiche? 3) nel caso si decidesse l'opportunità che siano due professionisti diversi ad occuparsi dello stesso paziente dividendosi i compiti, quale sarà la collaborazione ottimale tra i due? E a quale livello potrà avvenire una soddisfacente integrazione clinicamente efficace?

La disputa sul problema se convenga che sia lo stesso terapeuta a condurre la psicoterapia e a gestire il farmaco, qualora avesse competenze farmacologiche, oppure se sia più opportuno che siano due diversi curanti a occuparsi dei diversi trattamenti (costituendo così un triangolo terapeutico) è remota e assai controversa. Infatti entrambe le formule presentano vantaggi e svantaggi (Freni, 1994). E' comunque un problema intrigante che ha visto e vede una notevole partizione fra i fautori di un intervento da parte di una sola persona e quelli che teorizzano la necessità di una presenza di due distinte e separate figure professionali.

A favore di un intervento disgiunto

Già nel 1913 Freud aveva affermato che se durante il trattamento analitico il paziente avesse avuto bisogno transitoriamente di un'altra terapia, internistica o specialistica, era molto più conveniente ricorrere a un collega non analista, anziché prestare di persona questa altra assistenza. In linea generale sembra che la maggioranza degli psicoanalisti preferisca delegare a un collega psichiatra la gestione farmacologia dei propri pazienti. Le motivazioni di questa strategia sono da ricercarsi nella necessità di proteggere la purezza del lavoro analitico dall'interferenza di ulteriori variabili, quale può essere la prescrizione di un farmaco. Infatti il farmaco potrebbe assumere il carattere di un agito da parte dello psicoterapeuta, mentre in analisi è indispensabile tenere separato il codice della parola da quello dell'azione. Secondo Zapparoli (1974, 1979) la convergenza in un singolo di due figure connotate in senso parentale oppositivo, che condensano l'aspetto materno accogliente dello psicoterapeuta e quello direttivo, realistico, paterno dello psicofarmacologo non può che risultare confusivo. Ad esempio, se durante una cura farmacologica il curante accetta di trasformarsi in psicoterapeuta si viene a creare una situazione non neutrale, collusiva, confusiva, con vissuti di seduzione difficilmente elaborabili; in caso contrario se l'analista a un certo punto del percorso psicoterapeutico accetta di prescrivere un farmaco, può indurre una fantasia terapeutica magica, onnipotente, ma anche sadica dato che prima il terapeuta non aveva fornito al paziente il farmaco e lo aveva fatto soffrire con

le interpretazioni. Diversi autori (Rosenfeld, 1974; Zapparoli, 1979) concordano che per un corretto impiego della terapia combinata è necessaria una compatibilità dei due terapeuti sia sul piano emotivo che culturale. E' essenziale che i due terapeuti siano simili per formazione e sensibilità altrimenti è facile che si sviluppino aspetti manipolatori da parte del paziente, che può sfruttare a proprio vantaggio, ma con danno alla cura, il disaccordo o la reciproca svalutazione tra le due figure terapeutiche. L'esperienza insegna che, quando uno psichiatra che ha in cura farmacologia un paziente in analisi possiede una formazione analitica, può cooperare più facilmente diventando di grande aiuto al lavoro e ai risultati della terapia. Una buona collaborazione con lo psichiatra può infatti agevolare l'interpretazione dei significati simbolici correlati a un determinato farmaco. Adelmans (1985) ha descritto alcuni tipi di atteggiamenti nelle terapie combinate che possono essere così riassunti:

- i due terapeuti procedono su strade diverse disinteressandosi uno dell'altro, strategia che favorisce sicuramente il quieto vivere, ma accentua il rischio che importanti movimenti della vita psichica possano essere agiti;
- i due terapeuti sono in disaccordo e tendono a svalutare il lavoro l'uno dell'altro;
- i due terapeuti interferiscono reciprocamente sostituendosi l'un l'altro,
- i due terapeuti sono realmente integrati; valutano insieme i bisogni del paziente, superano la difficoltà dei messaggi divergenti inviati dal paziente, riuscendo a integrare la comunicazione frammentaria.

Analogamente Freni (1988) descrive due ipotetiche situazioni che si riscontrano nella pratica quando sono chiamate in causa due figure professionali (psicofarmacoterapeuta e psicoterapeuta): la prima relativa ad una corretta collaborazione, la seconda ad una collaborazione scorretta.

Una collaborazione corretta prevede, da parte dello psicoterapeuta:

- responsabilità del transfert;
- ricerca dei significati simbolici;
- significato del farmaco;
- non tocca questioni di suggerimenti farmacologici.

Da parte del farmacoterapeuta, d'altro canto, vengono previsti:

- responsabilità della salute fisica del paziente;
- rimando alla psicoterapia di eventuali fenomeni transferali;
- non fornire interpretazioni di significato;
- condurre una farmacoterapia mirata a facilitare un equilibrio accettabile del paziente e compatibile col lavoro psicoterapeutico.

Un esempio di collaborazione scorretta ci viene fornito da uno psicoterapeuta che:

- accetta di parlare del farmaco sul piano farmacologico (dosaggio, modifica della terapia ecc.);
- interviene con consigli pratici su questioni che riguardano la sicurezza fisica (esami fisici, ricoveri ecc.);
- conduce una psicoterapia che ignora la presenza di una farmacoterapia in corso con altri.

Un farmacoterapeuta si comporta in maniera scorretta quando:

- esprime pareri sul significato di alcuni sogni;
- non interviene attivamente sulle situazioni a rischio;
- conduce una farmacoterapia che ignora la presenza di una psicoterapia in corso con altri.

A favore di un unico terapeuta

Il programma di un trattamento associato o bifocale farmaco-psicoterapia, condotto da due medici diversi "se da un lato può essere motivato da necessità pratiche di competenza, dall'altro urta contro il presupposto della necessaria unitarietà e personalizzazione della cura" (Zanocco, 1970). In certi casi l'intervento di due terapeuti può infatti portare a una artificiosa frammentazione della presa in carico e delle responsabilità terapeutiche (Del Corno e colleghi, 1986 b), situazione questa che va a colludere, visto l'instaurarsi di una doppia relazione (fra il paziente e i due curanti), con eventuali aspetti di scissione interna e di ambivalenza presenti nel paziente.

Uno dei più convinti assertori dell'utilità della terapia gestita da un unico terapeuta sembra essere Cohen (1992), secondo cui la decisione di prescrivere direttamente il farmaco da

parte dello psicoterapeuta viene considerata come un atto positivo e determinante per l'accesso più diretto alle fantasie sottostanti (la prescrizione del farmaco ha consentito di "far entrare in analisi molte fantasie che precedentemente erano state escluse"). Il terapeuta unico avrebbe inoltre il vantaggio di eliminare la difficoltà della frequente mancanza di un linguaggio e di una formazione comune dei due curanti in modo che l'intero rapporto possa essere "giocato" nell'unica relazione possibile. L'intervento bifocale, come è stato sottolineato in precedenza, rischia inconvenienti correlati con la struttura personologica dei rispettivi operatori, con la loro compatibilità e con le loro capacità di stare nei rispettivi ruoli, senza interferire sul contesto relazionale dell'altro, interferenze che possono essere ampiamente sfruttate dai pazienti con danni a volte irrimediabili sull'andamento dell'intero trattamento. Nel caso in cui lo psicoterapeuta sia anche un esperto di psicofarmacologia un'ulteriore difficoltà può essere quella di nutrire l'aspettativa di una specifica terapia. In certi casi può arrivare persino a cercare di suggerirla più o meno esplicitamente al collega con conseguenze facilmente prevedibili. Il rapporto fra i due terapeuti può anche essere minato dalla "gerarchia delle funzioni" (in questo caso ruolo del farmaco rispetto a quello della psicoterapia nell'ambito della cura), situazione che può essere percepita dal paziente come un messaggio carico di valenze ambivalenti o apertamente svalutative. Quindi è necessario che fra psicofarmacologo e psicoterapeuta, oltre a una buona collaborazione, ci siano momenti di verifica che superino i possibili vissuti di offesa narcisistica. Purtroppo non è invece raro assistere anche a invii intrisi di doppi messaggi e di opinioni critiche quali "usa pure i farmaci, ma si potrebbe tranquillamente farne a meno", oppure "basterebbe un adeguato intervento farmacologico per evitare tante sofferenze". Del Corno e colleghi (1986a) hanno sistematizzato in modo chiaro e approfondito i possibili vissuti del paziente nei confronti dell'invio a un altro curante. E' una proposta che alimenta il più delle volte il timore di essere espulsi e sembra vissuta come un segnale della gravità della sintomatologia e viene correlata all'idea dell'incapacità del terapeuta di contenerla (rappresentando un

indice della debolezza del curante, incapace di fare da solo). L'invio può essere vissuto a volte anche come una collusione affaristica tra i due terapeuti, o come la conferma delle paure di essere manipolato e passivizzato.

Nel paziente inviato dal farmacologo allo psicoterapeuta si può rinvenire invece una mobilitazione delle resistenze, con maggiore sviluppo logico. I vissuti della relazione del paziente con i due terapeuti mobilitano comunque una sensazione di scissione dei rapporti umani che spesso ricalca episodi di vita precedente. Una situazione che tende a mettere in alternativa i due terapeuti con mosse atte a manipolarli, strumentalizzarli e metterli in lotta tra di loro. La frustrazione narcisistica, il disagio per la passività, i vissuti di esclusione e di intrusione, con le successive reazioni di boicottaggio, sono gli avvenimenti maggiormente riportati in letteratura.

Conclusioni

Vediamo alcune considerazioni di chiusura: da quanto emerso dalla rassegna dei lavori sull'argomento appare necessario su un piano clinico-pratico che si inizi a considerare la terapia psicofarmacologica come parte del processo di "working alliance", che viene a costruirsi col paziente; tale alleanza dovrebbe portare ad un intervento integrato dove la psicofarmacologia costituisce l'iniziale bastone della psicoterapia, per poi lasciarle il posto dopo il miglioramento della situazione clinica e la possibilità per il paziente di poter usare dosaggi sempre minori di farmaci. Risulta altrettanto vero, ed è testimoniato dalla esperienza clinica comune, oltre che da studi documentati, che l'alleanza di lavoro funziona altresì nella direzione inversa, fornendo il rapporto psicoterapeutico, anche iniziale, un aiuto alla compliance farmacologica, spesso difficile, del paziente a terapie prolungate nel tempo (Guerani e Vercillo, 1997); appare quindi auspicabile la realizzazione nella prassi di una psicofarmacopsicoterapia, perché il farmaco, visto in un'ottica bi-oculare di oggetto fisico-chimico e di oggetto psicologico, viene incluso all'interno di una relazione altamente significativa con i caratteri tradizionalmente tipici della relazione psicoterapeutica. Se tale prospettiva si realizzerà sarà necessario rivedere i processi di formazione degli psichiatri

affinché diventino osservatori partecipi sempre più esperti della dinamica relazionale con il paziente in trattamento farmacologico e capaci di comprendere le ragioni e la realtà della psicoterapia; e degli psicoterapeuti affinché comprendano la realtà e le ragioni della farmacoterapia e della neurobiologia nell'ambito del trattamento psicoterapeutico. E' chiaro che in tale prospettiva la questione dell'integrazione dei trattamenti intesa nel senso più semplicistico della partecipazione alla cura di una, due o più figure professionali (problema tuttora aperto e non di facile soluzione) è di ordine secondario, sia perché andrà valutata caso per caso, sia perché, ai fini della formazione, tutti i partecipanti coinvolti nel processo terapeutico sono chiamati a condividere e operare, sia pure con funzioni differenziate, lo stesso paradigma teorico-clinico e terapeutico (Freni, 1998).

Casi clinici

Gli esempi clinici proposti servono a dare un'idea di un approccio psicodinamico applicato alla psicofarmacoterapia.

Caso A

Un uomo di 38 anni, stimato professionista, da circa tre mesi è molto ansioso, irrequieto, insonne. E' convinto, anche se non ne ha la prova schiacciante e definitiva, che la moglie lo tradisca; qualche volta manifesta impulsi aggressivi o minaccia di trasferirsi all'estero. Uno psichiatra pone diagnosi di disturbo paranoide (comunica la diagnosi alla moglie del paziente) e prescrive Serenase, Artane, En, Flunox. Il paziente assume regolarmente i farmaci, ma diventa sempre più ansioso, insonne; si sente debole e comincia a tremare; è molto spaventato; lo psichiatra lo rassicura dicendogli che si tratta di effetti collaterali dei farmaci e che passeranno col proseguimento della cura. Il paziente va in un'altra città per sottoporsi ad un check-up; nell'ambito del check-up gli viene proposta una visita psichiatrica. Il secondo psichiatra è molto colpito dallo stato di profonda sofferenza e smarrimento del paziente ed è preoccupato che egli possa combinare qualche pasticcio sotto l'effetto dell'angoscia. Pensa che i tremori non vadano interpretati come segni neurodislettici, ma come un rifiuto del modo con cui il collega si era rapportato col paziente

(aveva prescritto il farmaco senza concordarne con lui i motivi e i sintomi a cui era diretto, aveva parlato con la moglie suscitando in lui il sospetto di una congiura contro lui medesimo); alla moglie, presente alla visita, che insiste ad enfatizzare le gelosie infondate del marito e le reazioni cattive che manifesta, dice (rivolto al paziente) che è irrilevante per ora la questione delle loro beghe sessuali, mentre è urgente provvedere ad aiutare il paziente a superare lo stato di angoscia e prevenire possibili reazioni dannose per se stesso in quanto agite sotto la pressione dell'angoscia. Il paziente si sente sollevato, abbozza un sorriso distensivo, accetta la proposta del medico di proseguire con Serenase, sospendere Artane (i suoi tremori dipendono dall'angoscia), aggiunge Depamide (presentandolo come farmaco più adatto a contenere gli impulsi incontrollati), lascia libero il paziente di decidere di volta in volta se ha bisogno di En e di Flunox per dormire. Il paziente rapidamente migliora, non presenta alcun effetto collaterale, comincia a pensare che forse le accuse rivolte alla moglie erano un po' infondate. Alla terza visita, mentre il medico pensava tra sé e sé che sarebbe stato utile al paziente una psicoterapia ad indirizzo analitico, il paziente dice: "Dottore, sento il bisogno di avere un punto di riferimento, qualcuno con cui parlare, con cui confidarmi". Il medico gli conferma che è d'accordo, gli fornisce l'indirizzo di un collega che può seguirlo in questo senso, mentre egli rimane a disposizione per un controllo periodico dei farmaci fino a quando non sarà possibile sospenderli.

Caso B

Una donna di 30 anni, diagnosticata come personalità borderline, è stata curata da vari psichiatri per circa dieci anni con farmaci diversi a seconda del sintomo prevalente al momento della visita. Un sintomo ribelle è l'insonnia, che scompare solo con forti dosi di neurolettici e benzodiazepine ipnotiche. La paziente rimane prostrata al risveglio per tutta la mattina. Giunge all'osservazione di uno psichiatra-psicoanalista. Egli, dopo averla ascoltata per circa un'ora, di fronte alla richiesta di farmaci da parte della paziente, dichiara di non poterle prescrivere farmaci finché non avessero capito insieme cosa era che faceva

soffrire la paziente al punto da determinare una farmacodipendenza massiccia, numerosi tentativi di suicidio, insonnia ostinata. La paziente a livello non verbale appare più serena e rilassata, mentre a parole manifesta la preoccupazione di non potere fare a meno dei farmaci. Il medico risponde: "Lei usa i farmaci da tanti anni, ne conosce tanti, ma ancora non ha imparato a capirli, a collegare un farmaco ad un suo problema; provi a capire i farmaci che sta prendendo attualmente. Non serve che gliene dia di nuovi". In circa sei mesi di paziente lavoro, fu possibile capire che la donna non poteva dormire perché ogni notte aveva un incubo, in realtà era una visione allucinatorio-delirante, che la disturbava: era visitata da un uomo che sfondava la porta della sua camera, dopo di che il letto tremava. Lei doveva opporsi all'effetto dei farmaci ipnotici perché altrimenti non avrebbe potuto controllare quello che sarebbe accaduto. Veniva così ridefinita l'insonnia, la sua origine e il suo significato, e si proponeva come risultato più immediato da ottenere, una maggiore stabilità emotiva. Fu proposto l'uso di basse dosi di trifluoperazina associata a Tegrètol. La paziente poté così capire meglio il senso del farmaco. Man mano l'incubo si trasformò in sogno e da sogno angosciante in sogno piacevole. Dopo circa due anni di tale trattamento farmaco-psicoterapico, fu possibile sospendere i farmaci.

Sintesi

Si prendono in esame le diverse posizioni presenti in letteratura sui pro e i contro di una operatività nella salute mentale basata sulla integrazione tra psicoterapia e psicofarmacologia. La letteratura presa in esame risale agli anni '90-2000, anni di massima espansione dei Servizi Territoriali del Sistema Sanitario Nazionale. Infine due quadretti clinici testimoniano la bontà del punto di vista integrato tra psicoterapia e psicofarmacologia.

Parole chiave

Psicofarmacopsicoterapia, Ottica bi-oculare, unico terapeuta, intervento disgiunto.

Bibliografia

Del Corno F., Lang M., Taidelli G.(1985). Il medico, il paziente e le loro medicine.

Psicologia dei farmaci. Milano, Franco Angeli, 1985.

Niels P. N. (1998). Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico. Milano, Cortina, 1998.

Freni S. (1998). Psicofarmacopsicoterapia. Prospettiva postmoderna per una prassi psichiatrica integrata. Milano, La vita felice Editore, 1998.

Freni S. et al.(1988). Implicazioni psicoterapeutiche in psicofarmacologia clinica: dalla prescrittività all'alleanza terapeutica. Psicoterapia e scienze umane. 1988, n°4, 106-120.

Guerani G., Vercillo E.(1997). Farmacoterapia e psicoterapia: il punto sull'integrazione. Psicoterapia. 1997, n°10/11, 154-167.

Petrella F. (1997). Paradossi di uno stile clinico impersonale: la prescrizione di psicofarmaci. Gli Argonauti. 1997, n°75, 319-324.

Migone P. (1999). Problemi di psicoterapia. Alla ricerca del vero meccanismo d'azione della psicoterapia. Il ruolo terapeutico. 1999, n°80, 71-77.

Paykel E.S.(1999). Psicoterapia in combinazione

Riccardo Coltrinari

Psichiatra

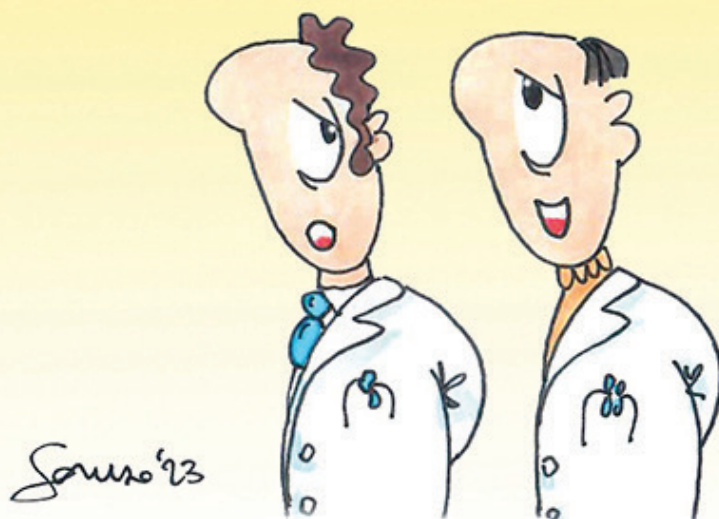
Psicoterapeuta

strappato56@gmail.com

Tel. 071 8705951

NON ESISTE LA
POSSIBILITA' DI
SOMMINISTRARE
FARMACI A PRESCIN-
DERE DAL RAPPORTO
INTERPERSONALE!...

E SE PENSASSIMO
AD UN DISTRIBUTORE
AUTOMATICO DI
TRANQUILLANTI?!...



La psicologia sociale psicoanalitica ed i consultori familiari pubblici

Ferdinando Benedetti

La psicoanalisi dei gruppi istituzionali

La psicoanalisi può dare un contributo per la comprensione delle relazioni gruppali ed istituzionali? E soprattutto: la psicoanalisi può fornire strumenti efficaci di intervento per migliorare il funzionamento delle Istituzioni Sanitarie? Dopo 40 anni di esperienze in organizzazioni politiche e sindacali e soprattutto dopo 40 anni di responsabilità istituzionali all'interno del Sistema Sanitario Nazionale sono portato a pensare che altre discipline, più sociopolitiche ed economiche, si prestino meglio a questo scopo. Tuttavia, soprattutto nell'ambito della cura della coppia e dei piccoli gruppi, alcuni psicoanalisti hanno studiato e sperimentato l'uso della psicoanalisi estendendola ai gruppi umani (ad es. Bion e Foulkes). A mio avviso con buoni risultati se si guarda alla cura delle persone, ma con scarsa efficacia nell'applicazione ai gruppi produttivi, alle istituzioni ed alle organizzazioni del mondo del lavoro, sia del settore privato che pubblico. Conosco un esempio di tentativo, per mia personale esperienza abbastanza riuscito, di applicare la psicoanalisi ai gruppi non solo terapeutici ma anche istituzionali (scuola, sanità, comuni) e alle organizzazioni produttive (gruppi di lavoro in fabbrica e nei luoghi di lavoro in genere). Mi riferisco alle teorizzazioni ed alla pratica della psicoanalisi argentina che a partire dalle esperienze di Enrique Pichon-Rivière degli anni '40 e '50 ed ai successivi apporti di Josè Bleger, di Armando Bauleo ed altri, hanno messo a punto un modello di Psicologia Sociale Psicoanalitica che riguarda i gruppi particolarmente efficace: il modello del "gruppo operativo".

Il gruppo operativo

Il gruppo operativo, osservato alla luce della teorizzazione argentina, ha una dinamica interna paragonabile a quella di un singolo organismo umano: ha una nascita, una sua infanzia, adolescenza, età adulta, raggiunge nella maturità la sua massima capacità produttiva per poi vivere la senescenza e la morte. E' sufficiente un parziale ricambio di alcuni membri del gruppo per decretare la fine del gruppo precedente ed innescare una nuova nascita ed un nuovo processo di vita del nuovo gruppo, anche quando il vecchio gruppo ed il nuovo gruppo sono in apparenza la stessa entità giuridica, con lo stesso nome all'interno della stessa organizzazione. Nei gruppi istituzionali (ad esempio le équipes multidisciplinari sanitarie) il ricambio parziale dei componenti determina la fine del gruppo precedente e la nascita di un nuovo gruppo che vive, in quanto neonato, il ciclo di stati interni precedentemente descritti. Nelle fasi a ridosso della nascita si assiste a fenomeni emotivi e comunicativi in cui i partecipanti vivono il sentimento della minaccia e tendono ad attaccare gli altri componenti del gruppo o a mettere in atto condotte di fuga e di evitamento pressati dalle necessità che lo stare in gruppo impone, di cedere una parte di sovranità di sé e della propria identità personale in favore di una identità di gruppo. Se il gruppo sopravvive agli attacchi e alle fughe da parte dei partecipanti, il gruppo entra in una fase nuova in cui si realizza una realtà gruppale integrata ed altamente produttiva poiché il gruppo in quanto gestalt ha potenzialità maggiori della sommatoria dei singoli partecipanti. Per esempio gli stessi professionisti assegnati ad un Servizio sanitario sviluppano un tasso di produttività molto diversa a seconda del modo in cui si collocano all'interno del Servizio: se si comportano come tante monadi ognuna nella sua stanza con le proprie singole mansioni hanno una produttività limitata alle potenzialità della loro singola professione; se invece si costituiscono come gruppo di lavoro e si attrezzano per funzionare come una unità integrata e collaborante, la produttività aumenta in modo esponenziale, anche perché il gruppo funziona di per sé come un contenitore di angosce disturbanti. Questo ciclo virtuoso nascita-maturità, è destinato prima o poi a finire e allora, nel caso

della discesa mortifera, i partecipanti vivranno la costellazione di sentimenti di lutto coerenti con la perdita della realtà grupale.

Nella descrizione delle dinamiche interne di un gruppo il modello argentino assomiglia anche ad altri modelli teorici di stampo psicoanalitico. Ma è sulle modalità per favorire un buon funzionamento del gruppo che il modello argentino si distingue dagli altri modelli ed è in grado di assicurare una notevole efficacia. Il tratto maggiormente distintivo è la previsione e l'auspicio che il gruppo possa contare su una funzione di coordinamento.

Il coordinatore funzionale

Nel modello del "gruppo operativo", sia che i componenti siano manager, o insegnanti, o sanitari curanti, o personale amministrativo, o operai di fabbrica, o professionisti di studi associati, il tasso di produttività è maggiore quanto più il gruppo è al suo interno eterogeneo (ad esempio gruppi multidisciplinari di professionisti come accade nelle équipes sanitarie territoriali o nelle équipes mediche multispecialistiche). Al ruolo tradizionale del leader (negativo, positivo), dei vari ruoli che spontaneamente vengono impersonati all'interno del gruppo, ivi compreso il ruolo del responsabile gestionale (il capo gerarchico), viene concepito un ruolo aggiuntivo, quello del coordinatore funzionale, che non va confuso con gli altri ruoli e che non è frutto di dinamiche spontanee tipiche dei gruppi amicali o di intervizione, ma è una precisa scelta dell'organizzazione per migliorare il funzionamento del gruppo. Mentre il "leader" è un ruolo interno e parte integrante del gruppo, il coordinatore funzionale è concettualmente un ruolo esterno al gruppo, cioè non è un semplice partecipante. E non va confuso con il responsabile gestionale. Mentre il responsabile gestionale è titolare degli accordi di budget ovvero risponde ai superiori delle risorse umane, logistiche e finanziarie a lui assegnate ed è quindi un classico "capo" con potere di dare ordini (ad esempio: ordini di servizio, firma delle ferie, dei permessi ecc.), il coordinatore funzionale non ha nessuna funzione e potere gerarchico; il suo intento, la sua funzione è quella di presidiare il buon funzionamento del gruppo riportandolo continuamente al compito assegnato dall'organizzazione di

appartenenza, mediando i conflitti interni al gruppo attraverso interventi non direttivi e non autoritari (ad esempio interpretazioni verbali che sciolgono gli ostacoli epistemologici e permettono al gruppo una evoluzione funzionale al compito). E' necessario precisare che il ruolo del coordinatore funzionale è diverso da quello del conduttore di un gruppo; il conduttore è tale in quanto dirige, ha un piglio direttivo, mentre il coordinatore funzionale non ha funzioni di direzione; il coordinatore funzionale non ha potere gerarchico, interviene (in vari modi) quando avverte che il gruppo assume posizioni divaricate rispetto al compito assegnato e segnala gli ostacoli che si sono formati all'interno del gruppo nel tentativo di favorirne il superamento. Negli scritti di Bleger e di Bauleo sul "gruppo operativo" sembrerebbe che la funzione di coordinamento si espliciti unicamente attraverso l'azione interpretante del coordinatore che con i suoi interventi verbali nelle riunioni di équipe avrebbe come scopo di rendere evidenti e sciogliere le difese che si creano all'interno del gruppo e che ostacolano una azione efficace ed integrata dei vari professionisti nella direzione del compito istituzionale assegnato. In tal senso il coordinatore funzionale sembrerebbe un consulente esterno al gruppo operativo, quale potrebbe essere nel nostro Sistema Sanitario Nazionale un professionista con contratto di prestazione d'opera professionale. Scrive Bauleo:

"Ci troviamo di fronte a un'asimmetria contrattuale per elaborare una determinata finalità. Il lavoro della coordinazione, all'interno del contratto, sarà quello di segnalare gli ostacoli nelle conoscenze (ostacoli epistemici) e i blocchi affettivi che si manifestano nel legame tra il gruppo ed il compito. (...) L'individualismo cede il passo, (nel gruppo n.d.r.) si organizzano o disfano collegamenti per risolvere problematiche provocate dal compito. Gli ostacoli e le resistenze all'elaborazione di tali problematiche appaiono come 'nodi' interpersonali (e non di una sola persona) che potranno risolversi o meno a seconda delle circostanze. Il lavoro del coordinatore sarà quello di interpretare tali momenti difficili del fluire grupale. (Bauleo, 1983, p. 21)

Gruppo e reverie

La mia personale esperienza della funzione di coordinamento, sperimentata all'interno delle équipes dell'Azienda Sanitaria Veneziana e successivamente della Azienda Sanitaria di Ancona mi porta a pensare alla utilità di una estensione del concetto di coordinatore funzionale, concetto che nelle esperienze argentine prevedeva un coordinatore esterno al gruppo anche come status giuridico, quello che nella Sanità italiana potrebbe configurarsi come un consulente esterno a contratto libero professionale. Nella mia personale esperienza di dipendente con contratto di lavoro a tempo indeterminato, ho svolto la funzione di coordinamento rispetto a diversi gruppi di lavoro multidisciplinari avendo in mente il modello argentino del gruppo operativo, seppur da una posizione contrattuale rispetto all'Azienda sanitaria, di dipendenza a tempo indeterminato. Penso che sia possibile svolgere la funzione non gerarchica di richiamo del gruppo al compito istituzionale, in questo caso non solo attraverso le interpretazioni delle difese a lavorare in gruppo, ma anche con una presenza personale costante, accogliente, rassicurante, mai giudicante, sempre portata a valorizzare il gruppo in tutti i suoi aspetti, a presidiare il setting di cui la riunione settimanale d'équipe costituisce l'asse portante, a contenere le angosce del gruppo utilizzando la capacità di reverie, caratteristica intrinseca alla formazione psicoanalitica. Mi riferisco con ciò ai fattori che caratterizzano una psicoanalisi moderna che considera l'inclusione delle caratteristiche personali dell'analista non più come fattore terapeutico "aspecifico", ma invece molto specifico e determinante. Nel "modello argentino" il ruolo di coordinatore funzionale presume una formazione psicoanalitica poiché le dinamiche emotive interne al gruppo ed i comportamenti che si generano hanno ragioni prevalentemente inconsce che rendono necessaria una formazione dello psicoanalista sociale capace di leggere ed interpretare i fenomeni inconsci del gruppo attraverso la sua percezione psicoanalitica. Resta il problema di garantire la terzeità del coordinatore funzionale che nel modello argentino appare come un consulente esterno del gruppo operativo. Lo status di dipendente a tempo indeterminato del

coordinatore funzionale assegnato all'équipe può costituire un intralcio all'esercizio del ruolo? D'altra parte e per ragioni meramente economiche e finanziarie, non sarebbe realistico concepire per ogni équipe multidisciplinare un esterno al gruppo per svolgere la funzione di coordinamento. La contraddizione può essere ovviata in parte se il dipendente coordinatore funzionale rinuncia a condividere con le colleghe e colleghi momenti ludici e di ricreazione extralavorativa accettando e tollerando per sé una parziale solitudine. Ne deriva che non tutti hanno le qualità per svolgere il ruolo di coordinatore funzionale e che le Aziende dovrebbero disporre di una dirigenza apicale in grado di distinguere tra le diverse caratteristiche dei dipendenti affinché ciascuno abbia compiti alla sua portata, abbandonando, per gli avanzamenti di carriera, il criterio della anzianità di servizio.

Una proposta organizzativa per i consultori familiari

L'arrivo dei finanziamenti europei Next Generation EU del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza "Italia Domani") di cui una parte sarebbe destinata alla sanità pubblica mi ha motivato – nel miraggio di un rilancio dei servizi sanitari pubblici ed in particolare di quelli territoriali non ospedalieri – a scrivere un documento normativo nella forma di un disegno di legge regionale (purtroppo il SSN è stato regionalizzato) per il rilancio dei Consultori Familiari Pubblici (vedi l'"Appendice" di questo articolo). Nel modello organizzativo che propongo la linea dei dirigenti gestionali (la classica piramide gerarchica dei responsabili di unità operativa semplice e complessa) è affiancata da un'altra linea parallela di dirigenza appannaggio dei cosiddetti sanitari professionali: quella appunto dei coordinatori funzionali di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali. All'art. 7 del disegno di legge proposto si scende nel dettaglio dei compiti di tali figure che – magnifica coincidenza - si sposano perfettamente con il dettato dell'ultimo CCNL della Dirigenza Medica e Sanitaria laddove agli articoli 18 e 91 si rende obbligatorio per l'azienda sanitaria pubblica l'assegnazione a tutti i dirigenti sanitari di compiti specifici di responsabilità anche di tipo organizzativo

esplicitandoli in forma scritta nel contratto individuale.

Penso che noi sanitari, ivi compresi gli psicoanalisti, non dovremmo lasciare il campo delle norme sui servizi sociosanitari agli scritti di amministrativi, economisti, politici o avvocati di turno; in una situazione di emergenza quale è l'attuale sarebbe auspicabile un nostro impegno per sostenere il disegno di una Sanità per tutti. In questo senso ho scritto il testo di un disegno di legge regionale per il consolidamento e lo sviluppo dei Consultori Familiari Pubblici che considero uno dei cardini della sanità territoriale. I principi in esso contenuti sono il precipitato dell'esperienza trentennale di lavoro in servizi sanitari multidisciplinari distrettuali, subiscono l'influenza delle ricerche sui funzionamenti delle organizzazioni istituzionali, ricerche di matrice sia cognitivista che psicoanalitica, prendono il meglio del sapere sulle organizzazioni di stampo bocconiano, sono aggiornati ed in linea con il CCNL della Dirigenza Medica e Sanitaria 2016-2018. Oggi, in vista di un possibile rilancio della sanità territoriale, è d'obbligo rifarsi alla fase storica che, partendo dalla legge istitutiva dei Consultori Familiari n. 405/1975, è culminata negli anni '90 con un periodo di massima espansione degli investimenti nei servizi territoriali e consultoriali: i principi virtuosi che hanno caratterizzato quella stagione sono ancora oggi un esempio di qualità dei Servizi. I valori principali di ogni équipe consultoriale così come normata dalla Legge istitutiva n. 405 del 1975 sono:

- la multidisciplinarietà, conseguita attraverso la multiprofessionalità che sola consente di prendere in cura i bisogni complessi della popolazione (minori, donne e famiglie);
- l'appartenenza stabile ad un territorio circoscritto e non troppo vasto, unita alla riconoscibilità del Servizio e del suo personale da parte della popolazione da assistere.

Appartenenza e riconoscibilità sono le caratteristiche che permettono nel tempo la costruzione di legami stabili con le autorità intermedie, con le istituzioni locali, con l'associazionismo, con il privato sociale, affinché prendano vita, in rete, quelle strategie preventive che sono una mission principale di

questo tipo di servizi territoriali.

L'appartenenza dell'équipe ad un territorio e la sua riconoscibilità può essere raggiunta solo se il personale dell'équipe è stabilmente assegnato a quel territorio, a tempo pieno, e non è schiacciato da continue emergenze. Il valore dell'appartenenza pertanto confligge con la tendenza in atto di accorpate sedi, prevedere professionisti ad orari parziali su più sedi e soprattutto avallare un turn over disordinato che non permette alcun radicamento di alcuno su alcun territorio. Il turn over disordinato e senza passaggio di consegne inoltre brucia rapporti funzionanti in essere tra stakeholder del territorio di competenza di quel Consultorio e disperde, con danno, le culture di servizio accumulate in anni di attività e di esperienza dalle colleghe e colleghi che vanno in pensione o che si trasferiscono ad altra sede.

Un errore tecnico clamoroso

Negli ultimi 20 anni si assiste ad uno stato di sofferenza dei servizi territoriali dovuta principalmente alla riduzione del numero dei professionisti e dei dirigenti assegnati; in questo contesto si è determinata una situazione organizzativa che va nella direzione opposta rispetto al funzionamento multidisciplinare ed integrato di cui alla legislazione istitutiva dei Consultori. Le Direzioni Generali ed i Direttori di U.O. Complesse hanno cominciato ad attribuire potere gestionale a dirigenti di tutte le categorie professionali che partecipano alla contrattazione collettiva ivi comprese le categorie del cosiddetto "Comparto" (infermieri, riabilitatori, tecnici vari). Nel piccolo dei Consultori Familiari hanno cominciato ad attribuire a questi nuovi dirigenti potere gestionale sul personale della propria categoria professionale. Si sta venendo pertanto a creare un contesto in cui, in una équipe di 4-5 professionisti, ciascun professionista ha un proprio dirigente gestionale di categoria, che firma le ferie, i permessi, ecc. Nella maggior parte dei casi queste figure apicali sono esterne all'équipe. La dipendenza che si crea tra gli appartenenti all'équipe ed i propri dirigenti di categoria esterni all'équipe impedisce il lavoro di integrazione multidisciplinare mentre favorisce la chiusura di ciascun membro dell'équipe nel proprio specifico lavorativo, nella propria stanza, nei propri doveri

individuali, esattamente come accade in un classico poliambulatorio medico. Il lavoro di équipe diventa impossibile mentre aumenta la conflittualità tra i membri dell'équipe. Altro ulteriore errore è credere che possano essere delle procedure inanimate (seppur ben concepite) a fecondare un lavoro di équipe divenuto ormai impossibile, poiché non esiste procedura in grado di contrastare la spinta naturale di ciascuno a chiudersi nel proprio specifico evitando il confronto con le colleghe ed i colleghi. Nell'articolato di legge che segue, all'art. 7g), è rappresentata la soluzione al problema e il superamento di questo errore organizzativo davvero clamoroso.

Presentazione degli articoli della proposta di legge

Art.1 Si intende dare centralità al Distretto Sanitario improvvidamente spogliato negli ultimi 15 anni di competenze in virtù di interessi corporativi di categorie professionali e di singole aree territoriali.

Art. 4 Nulla di nuovo sulle competenze del Consultorio Familiare: un elenco rodato in più circostanze e che ha registrato consensi da tutte le forze politiche, sindacali e culturali.

Artt. 2 e 7 Precisione certosa nell'individuare le dimensioni territoriali di ogni équipe, la loro composizione sia in termini di figure professionali sia in termini di quantità di professionisti necessari.

Artt. 1 – 7d – 7f – 7g La multidisciplinarietà viene a più riprese evidenziata e significa, nel rispetto delle differenze professionali, l'esaltazione dell'aspetto gruppale e del funzionamento integrato; all'interno di questa logica l'utenza non è in relazione con il singolo professionista ma con tutta l'équipe: l'operatività multidisciplinare è in grado di rispondere ad esigenze sociali e familiari complesse poiché l'équipe agisce come gruppo integrato e non come sommatoria dei singoli componenti. La multidisciplinarietà, debitamente coordinata, assicura la prevenzione del burn out dei professionisti poiché garantisce quell'azione continua di contenimento delle angosce e di rielaborazione dei vissuti evitando che la tensione derivante dall'attività produttiva, depositata nel gruppo, deflagri portando i singoli componenti del gruppo a malessere a volte anche somatizzato. L'accento sulla

multidisciplinarietà risulta anche come un "vaccino" contro i tentativi reiterati di separare organizzativamente la dimensione psicosociale (psicologo-psicoterapeuta e assistente sociale) dalla dimensione più tradizionalmente sanitaria (ginecologo e ostetrica).

Art. 7g Una volta definita la piramide gerarchica che ha la responsabilità delle risorse umane, logistiche e finanziarie, si pone l'accento sulle "funzioni di coordinamento" previste peraltro dal CCNL della Dirigenza Medica e Sanitaria anni 2016-2018. Tali funzioni di coordinamento hanno il compito di curare, sorvegliare e presidiare il corretto funzionamento dell'équipe, il raggiungimento degli obiettivi di budget, la mediazione dei conflitti, soprattutto laddove il responsabile gerarchico è collocato in altra sede e – come avviene nel mondo della scuola – la funzione di coordinamento diviene indispensabile per il buon funzionamento di ogni équipe posta in sede decentrata. Corollario della individuazione e nomina dei coordinatori di Equipe Multidisciplinare è la ridefinizione di tutti gli incarichi di direzione monoprofessionale. Il riconoscimento di dirigenti che hanno potere di governo di singole categorie professionali è infatti provvedimento antitetico al funzionamento di équipe multi professionali: la dipendenza gerarchica di ciascun membro dell'équipe da propri dirigenti mono professionali è sabotaggio del lavoro di équipe, è una contraddizione in termini, è un ossimoro.

Gli artt. 14 e 15 Evidenziano la necessità della verifica dei risultati soprattutto riguardo all'applicazione omogenea sul territorio delle innovazioni organizzative introdotte dall'articolato in oggetto. Tale verifica avviene attraverso un'attiva azione di ispezione da parte di organismi indipendenti e la previsione di coerenti sanzioni nei confronti dei dirigenti apicali sorpresi a non applicare i dettami dell'articolato.

Post scriptum

E' evidente che – perdurando la scarsità di risorse finanziarie – il tipo di organizzazione proposto non avrebbe una effettiva applicabilità. Ma se invece le risorse del Recovery Fund dovessero essere utilizzate per rafforzare il Sistema Sanitario Pubblico e in particolare la rete dei servizi territoriali,

allora l'impianto organizzativo rappresentato nella proposta di Legge corrisponderebbe ad un progetto di rilancio del settore. Si scrive nel Recovery – così sembra – di organismi denominati “comunitari” (ad esempio Case della Salute) che dovrebbero contenere, oltre a MMG e PLS, anche varie figure professionali tra cui lo psicologo e l'assistente sociale. Questo impianto organizzativo non sarebbe per nulla nuovo: si tornerebbe a strutture poliambulatoriali da anni '80 – '90 di piccoli territori con figure professionali polivalenti, professionisti generici costretti ad occuparsi di tutto “dalla culla alla tomba”. Questo modello organizzativo, se applicato in modo rigido, potrebbe entrare in contraddizione con l'esistenza, attuale, di una rete di Servizi Sanitari Territoriali Integrati collocati nel Macro Distretto Sanitario (ad esempio: ADI, CSM, SERT, Consultorio Familiare, UMEE, UMEA, Unità Valutativa Geriatrica, hospice, ecc.).

Sintesi

La Psicoanalisi Argentina, con il modello del “gruppo operativo”, ha dato un importante contributo alle teorie sul funzionamento dei gruppi umani. Nella proposta di legge regionale sui Consultori Familiari si introduce, nel modello organizzativo delle équipes distrettuali, la figura del “coordinatore funzionale” che, nel modello argentino, è un ruolo non gerarchico che favorisce il funzionamento dei gruppi di lavoro presidiando l'orientamento al compito istituzionale.

Parole chiave

Gruppo operativo, coordinatore funzionale, équipe, Consultorio Familiare, Azienda Sanitaria.

Bibliografia

Bauleo A.J. (1983). Il gruppo operativo produttivo. In: “Verso una psicologia sociale analitica”. Bologna, Officine d'arte Grafica, 1983
Benedetti F. (1985). L'équipe può funzionare. In: Riza Psicomatica. Milano, n. 52, giugno 1985
Bleger J. (1961). Gruppi operativi nell'insegnamento. In: “Psicoigiene e Psicologia Istituzionale”. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1989

Bleger J. (1970). Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni. In: “Psicoigiene e Psicologia Istituzionale”. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1989

Fischetti Raffaele (1992). Introduzione ai Gruppi operativi. In: “Consultorio Familiare”. Padova, Cieffe associazione culturale, 1985

Foulkes S. H. (1940). La psicoterapia gruppo analitica. Roma, Astrolabio, 1978

Pichon-Rivière E. (1960). Tecnica dei gruppi operativi. In: “Il processo gruppale”. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1985

Pichon-Rivière E. (1965). Gruppi operativi e malattia unica. In: “Il processo gruppale”. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1985

Rossetti M. (1984). I sintomi di una équipe. In: Lo Russo A., Benedetti F., Zotta M. “Il metadone nei servizi pubblici per tossicodipendenti”. Loreto, Libreria Editrice Lauretana, 1984

Nota

Il presente articolo è già stato pubblicato sul portale www.psicoanalisiiesocieta.it

Ferdinando Benedetti

Psicologo Clinico. Psicoterapeuta.

Psicoanalista SPI.

Tel. 349 5397815

Via Trieste 41, Ancona

Spazio web: www.ferdinandobenedetti.it

Proposta di legge sul potenziamento dei consultori familiari Pubblici 1° bozza

Ferdinando Benedetti

Richiami alla Legge istitutiva del 1975.

Alla Legge Regionale.

Al Piano Sanitario Regionale servizi integrati distrettuali

Alle Delibere Amministrative.

E in subordine, ma solo in subordine, alle altre delibere successive che si occupano di singole attività consultoriali.

Art. 1 DEFINIZIONE DEL CONSULTORIO FAMILIARE

I Consultori Familiari sono servizi sanitari del Distretto Sanitario a carattere multidisciplinare che si occupano di prevenzione e cura per le problematiche della famiglia, della donna, dei bambini e di eventuali altre componenti della famiglia in integrazione con i Servizi sanitari delle ASL, i Servizi Sociali dei Comuni, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, la Magistratura e altre autorità intermedie, ivi comprese le Associazioni di volontariato e del Terzo Settore presenti sul territorio. Le attività del Consultorio sono svolte da una équipe multiprofessionale che opera secondo logiche unitarie e coordinate in ogni suo ambito, come gruppo di lavoro ad alta integrazione sociosanitaria. Al fine di facilitare il riconoscimento del Servizio da parte della cittadinanza, ogni équipe multidisciplinare di cui all'art. 7 che opera su un territorio delle dimensioni di cui all'art. 2, prenderà il nome di "Consultorio Familiare".

Art. 2 BACINO DI UTENZA DEL CONSULTORIO FAMILIARE

Deve essere assicurata, nei tempi e modi previsti dalla presente Legge, l'istituzione di una équipe di Consultorio Familiare ogni 30.000-50.000 abitanti. Ogni équipe, debitamente coordinata secondo i principi di cui all'art. 7.g) della presente Legge, ha una consistenza di organico secondo i criteri di cui all'art. 7.d) della presente Legge ed è inquadrata all'interno di una piramide gerarchica di cui all'art. 7.f). L'Azienda Sanitaria deve adeguare la rete dei consultori familiari della Regione ai dettami della presente Legge entro due anni dalla sua entrata in vigore.

L'Agenzia Sanitaria Regionale è deputata al controllo dell'attuazione della presente Legge secondo le modalità di azione di cui all'art.14. All'interno dei Distretti Sanitari l'Azienda Sanitaria deve prevedere e incaricare un responsabile di Unità Operativa Semplice per ogni bacino di utenza pari o inferiore a 100.000 abitanti.

Art. 3 INTEGRAZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI CON LE STRUTTURE OSPEDALIERE

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, con proprio regolamento, definirà in dettaglio le modalità di integrazione dei Consultori Familiari con le strutture ospedaliere della Regione.

Art. 4 AZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI E AMBITI DI AZIONE

Il Consultorio Familiare garantisce la propria attività nelle 4 Aree di intervento di seguito elencate:

- A) Area Nascita- Infanzia
- B) Area Preadolescenti-Adolescenti-Giovani
- C) Area Salute Donna
- D) Area Benessere Coppia-Famiglia:

- A) Area Nascita- Infanzia
 - a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;
 - b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
 - c) consulenza preconcezionale;
 - d) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro

anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;

e) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con i presidi ospedalieri e sostegno psicologico nel periodo neonatale;

f) assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato;

g) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;

h) psicoterapia nelle sue varie forme (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

i) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;

j) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

k) rapporti con l'Autorità Giudiziaria che si occupa di minorenni e famiglia e adempimenti connessi (valutazione diagnostica psicosociale, prognosi, progetti di intervento su famiglie multiproblematiche con minori a rischio anche in integrazione con il Servizio Sociale Comunale, esecuzione – per la parte di competenza – delle prescrizioni della Magistratura Minorile, relazioni, certificazioni, ecc.);

l) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali;

m) consulenza e collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale.

B) Area preadolescenti-adolescenti-giovani

a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;

b) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;

c) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;

d) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

e) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/

territoriali;

f) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

C) Area Salute Donna

a) tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening, e delle patologie benigne dell'apparato genitale;

b) consulenza, supporto psicologico e assistenza per interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;

c) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa;

d) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

e) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

f) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali;

g) consulenza e collaborazione con i medici di medicina generale.

D) Area Benessere Coppia-Famiglia

a) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;

b) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;

c) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

d) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio;

e) valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per affidamento familiare e adozione anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare;

f) rapporti con l'Autorità Giudiziaria e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);

g) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

h) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali;

i) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

Art. 5 SONO ASSICURATI:

1) l'unitarietà e l'integrazione socio-sanitaria all'interno di ogni attività consultoriale; il collegamento funzionale con gli altri servizi dell'Azienda Sanitaria (ad esempio quelli per la salute mentale, la tossicodipendenza, le vaccinazioni, ecc.) per la definizione e l'attuazione di piani di intervento a sostegno delle persone, in particolare della gestante, della donna, della donna con figli, dei figli minori. Il collegamento è ancor più auspicabile quando a carico di uno o entrambi i componenti la coppia sono presenti problematiche sanitarie, relazionali, psicosomatiche in genere che compromettono l'equilibrio del gruppo familiare ed il sano sviluppo dei figli minorenni.

2) Il collegamento funzionale con i Comuni per l'integrazione delle iniziative, degli interventi, delle prestazioni professionali socio-sanitarie consultoriali con quelle socio-assistenziali comunali.

3) Il collegamento funzionale con le strutture ospedaliere della Regione.

E' responsabilità del Direttore di Distretto e del Direttore Generale promuovere e regolamentare le forme di collaborazione predette.

Art. 6 ATTIVITA' AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Fin dalla prima attuazione della legge 405/1975 le attività di Consultorio Familiare sono state considerate risposte a bisogni primari di consistenza quantitativa significativa per le quali non sono necessarie particolari specializzazioni. Si è ritenuto infatti che tutti gli operatori fossero in grado di fare tutto e che, in caso contrario, ci fossero sempre altri servizi in grado di assicurare gli interventi specialistici. Tuttavia, con i Piani Sanitari Regionali, veniva riconosciuta la caratterizzazione specialistica di buona parte delle attività classiche del Consultorio Familiare ed in particolare la

necessità di rispondere a bisogni sociali complessi con modalità altrettanto complesse quali quelle realizzabili solo con équipe multiprofessionali ad alta integrazione. Negli anni sono emerse, nell'ambito delle tematiche consultoriali, problematiche e patologie nuove che richiedono iniziative, interventi, prestazioni professionali, anche di prevenzione, di particolare specializzazione con una quantità di ore dedicate prevalente per il professionista. Si considerano ad alta specializzazione le seguenti attività:

Affido Familiare: promozione dell'affido, valutazione e formazione delle coppie disponibili all'affido, valutazione degli abbinamenti famiglia/bambino, sostegno coppie affidatarie, raccordo per banca dati nazionale

Adozione: informazione e formazione delle coppie che si candidano per l'adozione, valutazione della disponibilità della coppia e delle capacità genitoriali, monitoraggio durante l'anno di inserimento adottivo per l'adozione internazionale, valutazione e sostegno dei genitori con affido provvisorio fino alla realizzazione dell'adozione nazionale, valutazione richieste di adozione ex art. 44 legge 184/83, interventi di cura nei casi di crisi adottive, cura di adulti adottati che aspirano a conoscere le proprie origini (interpello). Rapporti con istituzioni pubbliche e organizzazioni private.

Tutela Minori, Violenza/donna e Violenza/abuso minori: indagine sociale, diagnosi, prognosi e progetti di intervento per minori a rischio su richiesta della Magistratura Minorile, interventi per violenza e/o abuso su minori e maltrattamento e/o violenza donna in collaborazione ed integrazione con i Servizi Sociali Comunali.

Violenza di genere, violenza sessuale e spazio adolescenti: prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale, educazione e consulenza ostetrico ginecologica per la maternità e paternità responsabile, educazione all'affettività per le scuole elementari, medie e superiori. Cura psicoterapeutica di adolescenti. Salute donna/Assistenza alla gravidanza fisiologica/Diagnosi e intervento per favorire l'allattamento materno: per donne italiane e straniere, corsi di accompagnamento alla

nascita, interventi volti a favorire l'allattamento al seno, la diagnosi e la cura delle depressioni peri e post partum.

Mediazione familiare e Sostegno alla genitorialità

Attività svolta per accesso diretto (utenza spontanea) o su richiesta della Magistratura Ordinaria e Minorile.

Spetta al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria normare in dettaglio il funzionamento delle attività ad alta specializzazione facendo attenzione che ciascun raggruppamento di attività non si costituisca – a livello gestionale e gerarchico - come realtà organizzativa autonoma rispetto alle équipes consultoriali di cui all'art. 1 e all'art. 7.

Art. 7 ASSETTO ORGANIZZATIVO

a) Consultorio Familiare e Distretto

La legislazione vigente prevede che il Consultorio Familiare sia incardinato nel Distretto Sanitario. Le attività del Consultorio familiare "ad alta specializzazione" di cui all'art. 6 sono assicurate nel distretto per ambiti territoriali di dimensione distrettuale e/o pluridistrettuale.

Come precisa il documento del Ministero della sanità "Considerazioni sui consultori familiari e ipotesi per la loro riqualificazione", l'inserimento nel distretto avviene tenendo conto della peculiarità del servizio consultoriale, della necessità di salvaguardarne l'unitarietà funzionale e strutturale e il livello di specializzazione degli operatori.

b) Requisiti strutturali

Le attività del Consultorio Familiare sono assicurate in un unico piano di ogni edificio, in locali contigui, in uno spazio complessivo comunque ben distinto e ben distinguibile dagli altri servizi del distretto. Ogni sede di Consultorio deve avere una dotazione minimale di locali siffatta:

- locale per l'accoglienza utenti, segreteria ed informazioni;
- locale per sostegno, consulenza sociale, psicodiagnosi, psicoterapie;
- locale per visite ostetriche-ginecologiche;
- locali per corsi di preparazione alla nascita, di promozione della salute e promozione sociale;

- locale per incontri protetti con impianto di videoregistrazione (interdistrettuale);
- spazio archivio;
- locali per attività dei consulenti (avvocato, pediatra, neuropsichiatra infantile ecc.);
- sala di attesa comprensivo di spazio dedicato per allattamento al seno, per il solo Consultorio, in quanto all'utenza deve essere assicurata anche la riservatezza.

c) Attrezzature ed arredi

Ogni sede consultoriale è dotata di attrezzature ed arredi necessari per lo svolgimento delle varie attività, attrezzature ed arredi definiti dagli operatori stessi.

d) Dotazione organica di personale

Le attività dei Consultori Familiari sono assicurate dai seguenti professionisti:

- assistente sociale;
- ginecologo;
- ostetrica;
- psicologo-psicoterapeuta.

Sono previste, in qualità di consulenti, altre figure professionali quali il sessuologo, il neuropsichiatra infantile, il pediatra, il pedagogo.

Ad ogni équipe di Consultorio deve essere assicurato un consulente legale per non meno di 8 ore settimanali che assicuri la consulenza legale per l'utenza del consultorio oltre che per i professionisti del Consultorio (in particolare lo psicologo e l'assistente sociale) che si occupano di tutela minori.

L'Azienda Sanitaria determina il numero dei professionisti, anche consulenti, le ore di presenza di ciascuno di loro nelle varie Unità Operative di Consultorio Familiare tenendo conto delle singole realtà locali.

Il conteggio del fabbisogno di personale va fatto con il seguente criterio: ogni 10 mila abitanti il seguente orario settimanale distinto per figure professionali:

- 1 assistente sociale per 9 ore settimanali;
- 1 ginecologo per 9 ore settimanali;
- 1 ostetrica per 18 ore settimanali;
- 1 psicologo/psicoterapeuta per 18 ore settimanali.

L'Azienda Sanitaria può prevedere un aumento

delle ore di presenza settimanali nelle varie sedi di lavoro in relazione a:

- caratteristiche del territorio e bisogni della popolazione;
- attività di Consultorio Familiare ad alta specializzazione assicurate;
- integrazione sanitaria, o più precisamente psicologica, con le prestazioni socio- assistenziali municipali.

e) Sistema informativo

Il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, in accordo con i Direttori Aziendali, individua ed incarica un funzionario dell'Agenzia cui è affidata la gestione del sistema informativo dei Consultori Familiari. Compito del funzionario addetto è quello di raccogliere dati sull'attività dei Consultori a livello regionale secondo criteri omogenei ed utilizzabili ai fini dell'individuazione dei bisogni della popolazione e del miglioramento della qualità dell'offerta di servizi. Il sistema informativo deve caratterizzarsi per la sua semplicità di utilizzo e per la economicità del tempo necessario per alimentarlo. La sua progettazione deve essere affidata ad esperti di sistemi informativi. L'esperto di sistemi informativi non è l'equivalente dell'esperto di sistemi informatici.

f) Governo dei Consultori: la piramide gerarchica

La piramide gerarchica aziendale è costituita, nell'ordine:

- dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria;
- dal Direttore di Distretto (Responsabile Unità Operativa Complessa);
- dal Responsabile di Unità Operativa Semplice di Consultorio Familiare.

Ogni 100.000 abitanti (2-3 équipes di Consultorio) va previsto un Responsabile di Unità Operativa Semplice nominato dal Direttore Generale sentito il parere del Direttore di distretto e selezionato tra i professionisti dipendenti con contratto a tempo indeterminato dell'area della Dirigenza che, indipendentemente dall'anzianità di servizio e dalla scelta del regime per l'attività libero professionale (intramoenia o extramoenia), dimostri di possedere una formazione specifica in conduzione di gruppi di lavoro multidisciplinari, in organizzazione istituzionale ed inoltre abbia cumulato una sufficiente esperienza di vita in organizzazioni

istituzionali pubbliche o private. La dipendenza gerarchica di tutto il personale che compone ciascuna équipe, indipendentemente dal tipo di contratto di lavoro e dalla posizione funzionale, deve fare capo ad un unico soggetto che ricopre il ruolo di Responsabile di Unità Operativa Semplice, affinché sia garantita l'integrazione multidisciplinare e l'unitarietà del posizionamento dell'équipe nei confronti della cittadinanza. Qualora le unità di personale investite di ruoli gestionali facciano già parte delle équipes multi professionali, l'orario di servizio da essi destinato all'espletamento del ruolo gestionale dovrà essere compensato dai vertici dell'azienda sanitaria attraverso l'assegnazione all'équipe di cui il gestore fa parte, di personale aggiuntivo.

f.1) Norma a tutela del lavoro di équipe

La responsabilità gestionale delle risorse umane, logistiche e finanziarie (di cui agli accordi di budget) delle équipes consultoriali è appannaggio esclusivo dei Direttori di UO Complessa e di UO Semplice. Eventuali Unità Organizzative Complesse o Semplici esterne alle équipes consultoriali, a carattere monoprofessionale, non devono interferire/ostacolare il lavoro di équipe; per questo motivo i dirigenti di tali unità organizzative non hanno titolo per prendere decisioni rispetto agli aspetti gestionali dei Consultori Familiari ivi compreso il governo del personale. E' ammesso il contributo di eventuali dirigenti esterni appartenenti a singole categorie professionali, ma solo e unicamente per il controllo e la promozione della qualità professionale dei componenti delle équipes.

g) Funzioni di coordinamento delle équipes

E' prevista per ciascuna équipe di Consultorio Familiare una funzione di coordinamento, ruolo non gestionale, affidato ad un professionista componente dell'équipe, dipendente a tempo pieno inquadrato nel ruolo della dirigenza e con documentata formazione ed esperienza in conduzione di gruppi di lavoro multidisciplinari indipendentemente dall'anzianità di servizio e dalla scelta del regime per l'attività libero professionale (intramoenia o extramoenia). Le funzioni di coordinamento sono appannaggio della Dirigenza Sanitaria e sono riconosciute e promosse anche dall'artt. 18 e 91 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'Area

della Dirigenza Sanitaria anni 2016-2018. L'incarico, considerato di alta professionalità, è formalizzato dal Direttore di Area Vasta su proposta del Direttore di Distretto. Il coordinatore funzionale di équipe ha i seguenti compiti:

1. Assicura la riunione d'équipe periodica curando l'ordine del giorno, il corretto svolgimento della riunione, la verbalizzazione dei contenuti, l'apertura e la chiusura della riunione stessa.
2. Facilita i rapporti tra il gruppo di lavoro ed il responsabile di unità operativa semplice.
3. Rende possibile il raggiungimento degli obiettivi di budget. Presidia e orienta i processi di lavoro verso i fini istituzionali che costituiscono la mission del Consultorio.
4. Agisce per la mediazione dei conflitti interni al gruppo di lavoro.
5. Presidia i processi per il miglioramento della qualità e si preoccupa della formazione del personale in collaborazione con l'Ufficio Formazione competente per territorio.
6. Controlla la raccolta dei dati e l'immissione nel sistema informativo aziendale.
7. Cura il buon ordine delle attività.
8. Svolge al posto del responsabile di unità operativa semplice le funzioni da esso delegate per il buon andamento del lavoro di gruppo (mantenimento efficienza della sede, ordine dei materiali, cura dei materiali affidati, suggerimenti al responsabile di UOS per la valutazione del personale di fine anno, ecc.).

Art. 8 EQUIPES AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Regione Marche con delibera DGR n. 1896 del 29/10/02 ha già istituito le "équipes Integrate di Ambito" ad alta specializzazione per le tematiche dell'affido familiare e dell'adozione nazionale e internazionale di cui all'art. 6 della presente Legge. Tali équipes Integrate costituiscono un punto di integrazione tra il Consultorio Familiare ed il Servizio Sociale Comunale e sono formate da personale fornito dall'Azienda Sanitaria e dai Comuni di ciascun territorio servito da ciascuna équipe. Ad integrazione della delibera precedentemente citata:

- A) i locali per le riunioni delle équipes integrate sono forniti dall'Azienda Sanitaria;
- B) la funzione di coordinamento di ogni

équipe secondo i principi di cui all'art. 7 punto g) della presente Legge sono svolti da un Dirigente sanitario o Sociale scelto di comune accordo tra il Direttore di Distretto sanitario e il Dirigente dell'Ambito Territoriale Sociale servito dall'équipe integrata. Tale dirigente è selezionato tra gli psicologi psicoterapeuti o Assistenti Sociali assegnati all'équipe.

C) Per garantire il buon funzionamento delle équipes, ogni professionista destinato funzionalmente all'équipe Integrata deve dedicare all'attività ad alta specializzazione non meno di 8 ore settimanali del normale orario di servizio e deve avere una assegnazione a tale attività per un periodo non inferiore a due anni

D) Il Coordinatore dell'équipe deve essere incaricato a svolgere il ruolo per non meno di 19 ore settimanali.

E) E' compito della Direzione Generale individuare, istituire, normare eventuali ulteriori équipes ad alta specializzazione oltre quelle già istituite per affidi e adozioni.

Art. 9 VERIFICA E REVISIONE DI QUALITA'

Come è noto, il d.lgs. 502/1992 ed il successivo d.lgs. 517/1993 prevedono, rispettivamente agli articoli 10 e 12 "l'adozione, in via ordinaria, della verifica e revisione della qualità delle prestazioni (V.R.Q.)", "al fine di garantire la qualità dell'assistenza alla generalità dei cittadini".

La VRQ è tesa a sottoporre a verifica sistematica l'attività svolta dai Servizi, al fine di migliorarne costantemente la qualità. Per far questo essa si avvale di criteri e indicatori, cioè di valori numerici capaci di descrivere sinteticamente aspetti specifici o generali, di evidenziare le caratteristiche nonché l'evoluzione delle variabili osservate. Solitamente la valutazione di qualità prende in esame alcuni segmenti fondamentali del servizio o presidio che eroga le prestazioni:

- struttura;
- procedure (o processo);
- esiti (o risultati).

Si ritiene opportuno articolare maggiormente l'analisi, distinguendo ulteriori segmenti di indagini, quali:

- a) struttura;
- b) accessibilità;

- c) procedure (o processo);
- d) esiti (o risultati) distinti in intermedi e finali;
- e) costi.

a) **Struttura**

Fa riferimento a “quanto viene usato” per mettere il servizio in condizione di operare: sedi, arredi, strumentazione, personale, ecc..

b) **Accessibilità**

Fa riferimento alla capacità di un servizio di essere facilmente raggiungibile e concretamente utilizzato dalla popolazione.

c) **Procedure (o processo)**

Concerne il “come si fa” ed il “quanto si fa”: implica pertanto il percorso seguito nell’assunzione delle decisioni operative che riguardano il singolo utente nonché le iniziative rivolte alla collettività, ma anche l’entità complessiva del lavoro svolto (prestazioni ambulatoriali, attività coi gruppi, attività educative esterne, ecc.).

d) **Esiti (o risultati)**

E’ questo uno degli ambiti più rilevanti e, insieme, di più difficile lettura: nella sua accezione ultima (di risultati finali) fa infatti riferimento all’efficacia degli interventi, cioè alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati e traducibili in termini di “salute” per la popolazione servita. Si tratta dunque di un terreno complesso (su cui peraltro operano altri servizi ed istituzioni pubbliche e private) che, nel nostro caso, non può che fare riferimento a quanto emerge dalla sorveglianza epidemiologica per gli aspetti più propriamente connessi alle funzioni consultoriali. E’ tuttavia possibile distinguere anche esiti o risultati intermedi che sono rilevanti e possono essere adeguatamente valutati.

Art. 10 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI

Il personale addetto al consultorio deve avere una formazione specifica di base, essere aggiornato e riqualificato. L’Azienda è tenuta al rispetto delle norme dei CCNL destinando l’1% del monte salari alla formazione e aggiornamento dei professionisti dei Servizi Territoriali tutti. L’1% del monte salari deve essere completamente utilizzato per spese di formazione al netto della spesa per il funzionamento degli Uffici Formazione, al netto

delle attrezzature e delle aule di formazione, al netto del personale di supporto destinato alla progettazione e supporto ai corsi, al netto delle spese per l’accreditamento ECM. L’Azienda deve entro 90 giorni dalla approvazione della presente Legge rivedere il regolamento per la formazione e aggiornamento emendando o integrando le norme vigenti al fine di facilitare i contratti con docenti e agenzie di formazione esterne alla Regione, affinché venga ristabilito quel flusso di saperi in entrata provenienti dal territorio nazionale che può garantire il miglioramento della qualità dei servizi.

Art. 11 INDENNITA’ DI RISCHIO

Entro tre mesi dall’approvazione della presente Legge, l’AZIENDA SANITARIA deve avviare la trattativa con le Organizzazioni Sindacali degli Psicologi e delle Assistenti Sociali per l’istituzione – con inserimento nel Contratto Integrativo Aziendale – di una adeguata indennità di rischio indipendentemente dalla forma contrattuale che lega all’Azienda i summenzionati professionisti – particolarmente esposti in virtù della loro collaborazione obbligatoria con la Magistratura Minorile, alle azioni legali di adulti sospettati di abusi, violenze o incuria nei confronti dei rispettivi figli.

Art. 12 ASSISTENZA LEGALE

L’Azienda Sanitaria è tenuta ad assicurare ai professionisti del Consultorio Familiare l’assistenza legale in tutte le circostanze che si determinano nell’esercizio dei doveri istituzionali: in ambito penale, in ambito civile, in ambito amministrativo (ad esempio per procedimenti presso l’Ordine Professionale) sia in sede giudiziaria che extragiudiziaria, accollandosi integralmente le spese anche in deroga al CCNL, fatta eccezione per i casi in cui dovesse essere rilevata a carico del professionista azione dolosa. L’Azienda è anche tenuta a sostenere attivamente l’azione di tutela minori a livello giudiziario, con la costituzione di parte civile o l’attivazione di azioni legali contro terzi per calunnia o diffamazione dei professionisti del Consultorio Familiare.

Art. 13 SERVIZIO CONSULTORIALE PRIVATO

Da scrivere

Art. 14 APPLICAZIONE DELLA LEGGE. TEMPI E MODI

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria è tenuto ad adottare tutti gli atti necessari per adeguare la rete dei Consultori Familiari della Regione ai dettami della presente Legge, a partire dai concorsi pubblici per l'assunzione del personale mancante. Entro il primo anno dall'approvazione della presente Legge dovranno essere banditi tutti i concorsi relativi al personale mancante. Entro due anni dall'approvazione della presente Legge dovranno essere state completate tutte le procedure per l'assunzione del nuovo personale. La Commissione dell'Agenzia Sanitaria Regionale di cui all'art. 15 deputata alla verifica dello stato di attuazione della Legge ha mandato per verificare gli atti formali dell'AZIENDA SANITARIA e di riferire con relazione bimestrale al Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, all'Assessore Regionale e al Presidente della Giunta Regionale. Scopo del lavoro ispettivo è quello di favorire l'applicazione omogenea della presente Legge su scala regionale.

Art. 15 VERIFICHE DELLO STATO DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE

Entro 90 giorni dall'approvazione della presente Legge il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale istituisce una commissione coordinata da un esperto esterno al Sistema Sanitario Regionale, esperto di sistemi organizzativi sanitari, e da cinque professionisti, uno per ogni AZIENDA SANITARIA, dipendenti o convenzionati appartenenti a servizi territoriali, di fiducia dell'esperto esterno coordinatore. La commissione, che ha carattere permanente, ha il compito di verificare che tutte le articolazioni organizzative dell'AZIENDA SANITARIA applichino i dettami della Legge nei tempi stabiliti. I commissari si interfacciano con i Direttori Generali segnalando per tempo i ritardi riscontrati e redigono una relazione annuale per il Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale, per i Direttori generali delle AZIENDE SANITARIE, per l'Assessore regionale alla Sanità e per il Presidente della Giunta Regionale. L'attuazione della presente Legge costituisce criterio di valutazione dei

Direttori delle AZIENDE SANITARIE e delle sue articolazioni interne e va considerata come criterio aggiuntivo per la valutazione delle performances dei Direttori Generali del Sistema Sanitario Regionale.

Art 16 INDIVIDUAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE

Da scrivere

Art. 17

È abrogata ogni norma incompatibile o in contrasto con la presente Legge. L'assetto organizzativo dell'AZIENDA SANITARIA va aggiornato nel rispetto dei dettami della presente Legge, superando ogni particolarismo locale ed omogeneizzando l'offerta di Servizi all'insegna di un unico modello organizzativo regionale.

La presente proposta di Legge è già stata pubblicata sul portale www.psychoanalysisociety.it

Ferdinando Benedetti

Psicologo Clinico. Psicoterapeuta.

Psicoanalista SPI.

benedettiferdinando52@gmail.com

Tel. 349 5397815

Via Trieste 41, Ancona

Spazio web: www.ferdinandobenedetti.it

Norme per gli autori

1) Requisiti per la pubblicabilità

I lavori proposti per la pubblicazione sulla rivista Infomind devono conformarsi, a cura dell'autore, ad alcuni requisiti formali, in assenza dei quali non verranno presi in considerazione.

Nel proporre il proprio scritto alla Redazione, l'autore dovrà specificare che rispetta l'etica professionale e le norme sui diritti d'autore.

Prima della pubblicazione l'Autore dovrà firmare un modulo sulle garanzie offerte per il rispetto della privacy.

L'Autore potrà chiedere successivamente di essere autorizzato a ripubblicarlo su altre riviste a patto che sia citata Infomind come spazio di prima pubblicazione.

Il testo degli articoli deve avere (in italiano, qualora siano tradotti da un'altra lingua) una sintesi, le parole chiave e la bibliografia curata secondo i criteri più avanti descritti.

Per chiedere la pubblicazione deve essere inviata ai Direttori della rivista ed al Responsabile di Organizzazione, all'indirizzo redazione.infomind@gmail.com, una copia del lavoro per e-mail in formato Microsoft Word senza alcuna formattazione (non inserire colonne, margini e interlinee differenti da quelle pre-impostate).

Se si desidera allegare un'immagine al testo dell'articolo, questa deve essere inviata come file a parte in formato jpg.

Le citazioni, accuratamente controllate, dovranno apparire tra virgolette doppie.

I corsivi aggiunti dovranno essere indicati tra parentesi, per esempio: (Corsivo aggiunto), (corsivo mio), (sottolineatura mia) ecc.

Le citazioni di autori stranieri vanno riportate in italiano utilizzando, se c'è, l'edizione italiana, fatta eccezione per le traduzioni personali che vanno segnalate tra parentesi (trad.mia).

Le interpolazioni nel testo citato dovranno essere poste tra parentesi quadre, per esempio: "Egli [S. Freud] intendeva...". Le omissioni nel testo verranno segnalate nel modo seguente: [...].

I riferimenti bibliografici nel testo saranno indicati tra parentesi semplicemente con il cognome dell'autore (e l'iniziale del nome solo in caso di omonimia), seguito dalla data dell'edizione originale e dal numero di pagina nel caso in cui si citino dei passi (per i testi tradotti i numeri di pagina sono riferiti alla traduzione italiana); per esempio: (Freud, 1921,315) ma (Freud A., 1936,58). Nel caso di opere coeve: (Hartmann, 1939a, 46), (Hartmann, 1939b, 161).

Se gli autori sono due, appariranno entrambi: (Breuer e Freud, 1893-1895, 345).

Se sono più di due: (Carloni et al., 1981,184).

I titoli di libri riportati nel testo saranno posti in corsivo.

I titoli di articoli apparsi in riviste o libri saranno citati tra virgolette doppie.

Ad ogni riferimento bibliografico nel testo dovrà corrispondere una voce nella bibliografia finale.

2) Bibliografia

Deve essere posta alla fine del testo e deve contenere tutti i testi citati.

La bibliografia va compilata in ordine alfabetico e, per ciascun autore, in ordine cronologico.

In caso di più opere di un medesimo autore apparse nello stesso anno esse devono essere differenziate da una lettera (Freud, 1925a) sia nel testo sia nella bibliografia.

La voce bibliografica relativa ad un libro seguirà questo modello:

Ricci Bitti P.E. & Gremini P. (2013). *Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi*. Roma, Carocci editore.

Dei libri stranieri deve essere indicata la traduzione italiana, qualora esista, secondo questo modello: Bion W.R. (1961). *Esperienze nei gruppi ed altri saggi*. Roma, Armando, 1971.

Gli articoli pubblicati in volume devono essere indicati come segue:

Wittenberg I. (1975). *Depressione primaria dell'autismo*. In Meltzer D. et al., *Esplorazioni sull'autismo*.

1) Requisiti per la pubblicabilità

I lavori proposti per la pubblicazione sulla rivista Infomind devono conformarsi, a cura dell'autore, ad alcuni requisiti formali, in assenza dei quali non verranno presi in considerazione.

Nel proporre il proprio scritto alla Redazione, l'autore dovrà specificare che rispetta l'etica professionale e le norme sui diritti d'autore.

Prima della pubblicazione l'Autore dovrà firmare un modulo sulle garanzie offerte per il rispetto della privacy.

L'Autore potrà chiedere successivamente di essere autorizzato a ripubblicarlo su altre riviste a patto che sia citata Infomind come spazio di prima pubblicazione.

Il testo degli articoli deve avere (in italiano, qualora siano tradotti da un'altra lingua) una sintesi, le parole chiave e la bibliografia curata secondo i criteri più avanti descritti.

Per chiedere la pubblicazione deve essere inviata ai Direttori della rivista ed al Responsabile di Organizzazione, all'indirizzo redazione.infomind@gmail.com , una copia del lavoro per e-mail in formato Microsoft Word senza alcuna formattazione (non inserire colonne, margini e interlinee differenti da quelle pre-impostate).

Se si desidera allegare un'immagine al testo dell'articolo, questa deve essere inviata come file a parte in formato jpg.

Le citazioni, accuratamente controllate, dovranno apparire tra virgolette doppie.

I corsivi aggiunti dovranno essere indicati tra parentesi, per esempio: (Corsivo aggiunto), (corsivo mio), (sottolineatura mia) ecc.

Le citazioni di autori stranieri vanno riportate in italiano utilizzando, se c'è, l'edizione italiana, fatta eccezione per le traduzioni personali che vanno segnalate tra parentesi (trad.mia).

Le interpolazioni nel testo citato dovranno essere poste tra parentesi quadre, per esempio: "Egli [S. Freud] intendeva...". Le omissioni nel testo verranno segnalate nel modo seguente: [...].

I riferimenti bibliografici nel testo saranno indicati tra parentesi semplicemente con il cognome dell'autore (e l'iniziale del nome solo in caso di omonimia), seguito dalla data dell'edizione originale e dal numero di pagina nel caso in cui si citino dei passi (per i testi tradotti i numeri di pagina sono riferiti alla traduzione italiana); per esempio: (Freud, 1921,315) ma (Freud A., 1936,58). Nel caso di opere coeve: (Hartmann, 1939a, 46), (Hartmann, 1939b, 161).

Se gli autori sono due, appariranno entrambi: (Breuer e Freud, 1893-1895, 345).

Se sono più di due: (Carloni et al., 1981,184).

I titoli di libri riportati nel testo saranno posti in corsivo.

I titoli di articoli apparsi in riviste o libri saranno citati tra virgolette doppie.

Ad ogni riferimento bibliografico nel testo dovrà corrispondere una voce nella bibliografia finale.

2) Bibliografia

Deve essere posta alla fine del testo e deve contenere tutti i testi citati.

La bibliografia va compilata in ordine alfabetico e, per ciascun autore, in ordine cronologico.

In caso di più opere di un medesimo autore apparse nello stesso anno esse devono essere differenziate da una lettera (Freud, 1925a) sia nel testo sia nella bibliografia.

La voce bibliografica relativa ad un libro seguirà questo modello:

Ricci Bitti P.E. & Gremini P. (2013). Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi. Roma, Carocci editore.

Dei libri stranieri deve essere indicata la traduzione italiana, qualora esista, secondo questo modello: Bion W.R. (1961). Esperienze nei gruppi ed altri saggi. Roma, Armando, 1971.

Gli articoli pubblicati in volume devono essere indicati come segue:

Wittenberg I. (1975). Depressione primaria dell'autismo. In Meltzer D. et al., Esplorazioni sull'autismo. Torino, Boringhieri, 1977.

Gli articoli pubblicati su riviste seguiranno questo modello:

Servadio E. (1977). Il movimento psicoanalitico in Italia. Riv. Psicoanal., 22, 162-168.

Le testate delle riviste vanno citate con le abbreviazioni in uso.

Le opere di Freud devono essere citate nell'edizione italiana Boringhieri (O.S.F.) e nella maniera

seguinte:

Freud S. (1920). Al di là del principio di piacere. O.S.F.,9.

3) Sintesi e parole chiave

Assieme al testo va inviato anche un riassunto che non deve superare le 130 parole e l'indicazione delle parole chiave in italiano.

4) Recensioni, cronache

La proposta di cronache e di recensione di libri e riviste deve essere preventivamente concordata con il Redattore incaricato. Le recensioni non dovranno superare le 10.000 battute spazi inclusi.

Tutti i testi inviati sono considerati definitivi, le bozze di stampa verranno corrette dall'autore e redazionalmente. I lavori inviati vengono sottoposti in forma anonima a due componenti del Comitato di Lettura. Al Direttore spetta comunque la decisione finale circa la pubblicazione e la eventuale richiesta di modifiche.

5) Identità dell'Autore

L'autore o gli autori dovranno inviare inoltre i propri dati anagrafici corredati da un numero di telefono e da un indirizzo e-mail unitamente ad una brevissima autopresentazione.

INFOMIND

Per buone pratiche di pensiero

Sommario

Presentazione

Massimo Mari

Editoriale

Riccardo Coltrinari

Appunti di tecnica del colloquio psicologico per l'assistenza sociale

Ferdinando Benedetti

Presentazione del Decreto Ministeriale N.77 del Luglio 2022 - Estratti dal D.M. 77/2022. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

Riccardo Coltrinari

Il rapporto interpersonale fra medico e paziente all'interno della dimensione dell'aiuto e della cura

Gaetano Maria Moretti

Promozione e tutela del benessere psicologico, emotivo e del funzionamento sociale in età evolutiva: orientamenti e proposte di intervento

Sarantis Thanopoulos & AA. VV.

Nota di presentazione al Manifesto & Manifesto per la Salute Mentale

Riccardo Coltrinari

Psicologia della prescrizione farmacologica

Leonardo Montecchi

Una diagnosi inventata: il Disturbo da deficit d'attenzione (ADHD)

Ferdinando Benedetti

Il sistema diagnostico di classificazione dei DSA secondo l'ICD-10 e la consensus conference

Luigi Feroni

Apprendimento tra natura e ambiente

Riccardo Coltrinari

Le terapie combinate in psichiatria: a favore di un approccio integrato

Ferdinando Benedetti

La psicologia sociale psicoanalitica ed i consultori familiari pubblici. Proposta di legge sul potenziamento dei consultori familiari - 1a bozza.

Norme per gli autori