

SUPSI

La relazione con il disagio psichico

In che modo il ruolo dell'Assistente sociale può rappresentare una risorsa per l'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale nella presa a carico di pazienti con disagio psichico?

Studente/essa

Sara Zeindler

Corso di laurea

Bachelor Lavoro sociale

Opzione

Assistente Sociale

Progetto

Lavoro di Tesi



Luogo e data di consegna

Manno, 13 luglio 2022

RINGRAZIAMENTI

Grazie al mio compagno di vita, se sono arrivata fino a qui, è anche merito tuo. Grazie per essere sempre stato al mio fianco, per aver sempre creduto in me e per non avermi mai permesso di mollare.

Grazie alla mia famiglia, per avermi sostenuto in questo lungo percorso e per aver sempre fatto il tifo per me.

Grazie alle mie compagne di avventura, e amiche, incontrate durante questo viaggio, insieme è stato tutto più facile.

Grazie alla mia migliore amica, per il supporto incondizionato in ogni passo intrapreso e per esserci sempre stata sia nei momenti di gioia che di sconforto.

Grazie alla mia RP del Servizio Psico-Sociale di Viganello per avermi accompagnata costantemente in questi mesi e per l'immensa pazienza.

Grazie all'intera équipe multidisciplinare dell'SPS per la collaborazione e la disponibilità per le interviste.

Grazie al mio RP del Servizio Sociale del Comune di Chiasso, per i preziosi consigli, il sostegno e il tempo dedicatomi nella stesura di questo lavoro.

Grazie al mio relatore di tesi per il supporto nella stesura di questo lavoro.

E infine, un Grazie anche a me stessa per aver tenuto duro fino alla fine nonostante gli ostacoli e i sacrifici fatti, ce l'ho fatta.

L'autrice è l'unica responsabile di quanto contenuto nel lavoro.

ABSTRACT

La relazione con il disagio psichico.

In che modo il ruolo dell'Assistente sociale può rappresentare una risorsa per l'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale di Viganello nella presa a carico di pazienti con disagio psichico?

L'interesse per questo tema nasce durante lo stage formativo svolto al sesto semestre presso il Servizio Psico-Sociale di Viganello, in cui ho avuto l'occasione di dare un piccolo sguardo a questo grande mondo che è la psichiatria, trovando un contesto lavorativo e una pratica professionale completamente nuovi. La mia curiosità mi ha permesso di cercare e approfondire ulteriormente questo tema, comprendendo dunque di voler trascrivere su carta le mie curiosità elaborandole nel presente lavoro di tesi.

Pertanto, il presente lavoro di tesi ha quale tema principale le competenze e il ruolo che l'Assistente sociale riveste all'interno di un contesto psichiatrico in cui collabora a stretto contatto con un'équipe multidisciplinare medica. In particolare, vuole sottolineare l'importanza della creazione di una relazione terapeutica, base per la realizzazione di qualsiasi progetto terapeutico, il cui scopo è quello di trovare un beneficio per la persona che si rivolge al Servizio Psico-Sociale. Nello specifico, il lavoro di tesi vuole indagare quali possibili risorse può offrire l'Assistente sociale nella presa a carico di un paziente psichiatrico offrendo quindi il proprio sostegno e le proprie competenze al fine di garantire una risposta il più completa possibile ai bisogni del paziente. Inoltre, vuole approfondire il significato di lavorare in un'équipe multidisciplinare, in questo caso medica, e ciò che questo ne comporta evidenziando dunque, i fattori principali di un lavoro d'équipe.

Ciò che ne è emerso dall'analisi, è che l'Assistente Sociale risulta essere una grande risorsa per l'équipe multidisciplinare soprattutto per due fattori: il primo riguarda il sostegno sociale che questa figura professionale offre quale ad esempio, il far luce nel mondo delle assicurazioni sociali facilitando la comprensione in merito a cosa è possibile attivare e a chi rivolgersi (in quanto unica figura nel campo sociale). Il secondo fattore riguarda l'aggancio tra Assistente Sociale e paziente che talvolta, per le figure mediche può risultare difficoltoso in quanto queste possono trasmettere sentimenti di "diversità" mettendo la persona di fronte ad un esame di realtà, non sempre voluto e accettato.

SOMMARIO

1. Introduzione.....	1
2. La relazione tra Assistente sociale e il disagio psichico.....	3
2.1 L'Assistente sociale	3
2.2 La relazione terapeutica e il processo di aiuto in un'équipe multidisciplinare.....	5
2.3 Il disagio psichico: il disturbo di personalità borderline e la schizofrenia paranoide	6
2.3.1 La storia della psichiatria.....	6
2.3.2 Il Disturbo di personalità Borderline.....	8
2.3.3 La Schizofrenia Paranoide	9
2.3.4 Provvedimenti integrativi e attivazioni di prestazioni finanziarie.....	9
3. Obiettivo e metodologia	11
4. Risultati e analisi.....	12
4.1 Descrizione delle due équipe intervistate	12
4.1.1 Équipe del Servizio Psico-Sociale di Viganello	12
4.1.2 Équipe dei Progetti Complessi del Sottoceneri.....	12
4.2 Quali risorse offre l'Assistente sociale ad un'équipe multidisciplinare medica psichiatrica ..	13
4.2.1 La relazione terapeutica.....	13
4.2.2 L'Assistente sociale in psichiatria.....	19
4.2.3 La multidisciplinarietà	27
5. Conclusioni.....	32
6. Bibliografia.....	35
7. Allegati.....	37
Allegato 1 – Legge del 1904, nr. 36 – Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.....	38
Allegato 2 – Legge del 1968, nr. 432 – Provvidenze per l'assistenza psichiatrica	41
Allegato 3 – Legge del 1978, nr. 180 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori	46
Allegato 4 – Mail Dr. Carlevaro del 01.06.2022.....	53
Allegato 5 – intervista Medico Psichiatra Assistente SPS.....	56
Allegato 6 – Intervista Medico Psichiatra Capo Clinica SPS.....	60
Allegato 7 – Intervista Infermiere in salute mentale, insegnante / esperto clinica, SPS.....	66
Allegato 8 – Intervista Psicologo, Psicoterapeuta in formazione SPS	73
Allegato 9 – Intervista Medico Psichiatra Progetti Complessi Sottoceneri	79
Allegato 10 – Intervista Assistente Sociale SPS	85
Allegato 11 – Mansionario Assistente Sociale.....	90
Allegato 12 – Esposizione dei risultati	91

1. Introduzione

Il presente lavoro di tesi nasce dall'interesse maturato durante lo stage formativo del sesto semestre al Servizio Psico-Sociale (in seguito SPS) di Viganello. La psichiatria è sempre stata per me un contesto sconosciuto in cui non ho mai avuto l'occasione di entrare. Infatti, la redazione di questo lavoro è stata una scoperta costante.

Nei tre anni di formazione ho avuto l'opportunità di avvicinarmi al mondo della psichiatria attraverso il modulo di *Salute Mentale* che mi ha permesso di ricevere delle nozioni di base sulla psiche umana e sui disturbi che il disagio psichico può causare sia alla mente, sia alla vita quotidiana delle persone e ne sono rimasta affascinata.

Durante i mesi di stage all'SPS mi sono resa conto dell'importanza fondamentale della relazione terapeutica che viene a crearsi tra terapeuta / operatore sociale e paziente, poiché permette di costruire un progetto co-costruito con la persona al fine di ritrovare uno stato di benessere psico-fisico sufficiente per essere reinserito nella società attraverso i programmi di reinserimento e/o per permettere una strutturazione condivisa della giornata. In merito a questo, ho appreso che ci sono diversi fattori da tenere in considerazione tra cui, proprio la relazione terapeutica. Infatti, quest'ultima gioca un ruolo cruciale ed è importante che venga costruita mattone dopo mattone con gli elementi giusti. Ma soprattutto, che ci sia la *compliance*¹ del paziente affinché il progetto si realizzi.

Tutto ciò mi ha portata quindi a chiedermi innanzitutto, cosa sia una relazione terapeutica e di quali fattori deve tenere in considerazione affinché venga costruita e in seguito, mantenuta. Successivamente, in che momenti la relazione terapeutica può essere messa a rischio e, nel caso in cui questa eventualità avvenga, come si può riagganciare il paziente al terapeuta. Poiché durante il colloquio, oltre ad incontrare la persona, incontravo anche la sua malattia, talvolta più presente altre volte più nascosta. Ciò mi ha portato a prestare maggiore attenzione al mio modo di esprimermi e di comportarmi, in quanto ho avuto l'occasione di conoscere alcune persone con un disturbo di personalità borderline e/o con un disturbo di personalità paranoide. Pertanto, il mio comportamento e il mio modo di esprimermi erano fondamentali per il mantenimento della relazione. Dopo questi colloqui mi sono informata ma ne volevo sapere di più facendo di questo tema la base del mio Lavoro di Tesi.

Infine, un altro aspetto significativo all'interno dell'équipe multidisciplinare è che l'Assistente sociale (in seguito AS), è l'unico professionista in campo sociale e questo richiede grande senso di responsabilità, un'ottima organizzazione e soprattutto flessibilità. Questo in quanto, essendo l'unica a praticare questa professione, l'intero Servizio fa affidamento sull'AS per qualsiasi dubbio o perplessità. Mi sono quindi incuriosita e mi sono chiesta quale tipo di collaborazione avvenga tra i vari professionisti? Il fatto che l'AS non abbia una formazione particolare in psichiatria può influire sulla relazione terapeutica con il paziente? E con i colleghi? Inoltre, che rappresentazione ha l'équipe multidisciplinare riguardo questa figura professionale? Quali aiuti fornisce all'équipe?

¹ Questo significato del termine è molto diffuso in ambito clinico, dove viene definito più precisamente come «il grado in cui il comportamento di un paziente (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico. (Boccianti, 2017)

Perciò, alla luce di tutte queste domande, ho deciso di concentrare il mio Lavoro di Tesi nella ricerca di una risposta a queste curiosità.

2. La relazione tra Assistente sociale e il disagio psichico

2.1 L'Assistente sociale

Le professioni di aiuto sono da sempre molteplici e presenti in ambiti sociali, sanitari e sociosanitari. Esse comprendono figure mediche, infermieristiche, educative, psicologiche e sociali. Ognuna si rivolge all'individuo e alla comunità attraverso percorsi specifici da cui sono state sviluppate competenze e abilità necessarie a dare il supporto richiesto nel miglior modo. Queste professioni si sono collocate laddove era necessario l'intervento pubblico in qualità di assistenza sociale, avendo come obiettivo la prevenzione e la tutela del bisogno. Ciò ha permesso il progressivo riconoscimento delle professioni sociali e la loro crescita nell'ambito dei servizi alla persona. L'AS è una di queste figure e rappresenta la professionalizzazione dell'aiuto pubblico. (Carbone, 2018)

Il primo però a porsi la domanda se la professione dell'AS dovesse essere considerata tale fu Flexner nel 1915 in quanto, pur essendoci una formazione professionale, mancava d'altra parte un controllo tra colleghi inerente al comportamento professionale individuale e l'assenza di una valutazione dei requisiti da parte di un'associazione. In seguito, 40 anni dopo, con gli studi di Saunders, la figura dell'AS venne definita una semi-professione a causa della scarsa autonomia dovuta alla responsabilità di fronte al paziente e all'ente stesso. Ma è solo nel 1975, che venne riconosciuta pienamente come professione da Greenwood, anche se considerata ancora nel pieno del suo sviluppo e inferiore rispetto ad altre professioni tradizionali. Per poi giungere nel 1998 quando Folgheraiter la definì una iper-professione, che per essere considerata efficace e in grado di dare risposte concrete avrebbe dovuto coniugare le competenze specifiche del professionista con quelle esperienziali proprie e dell'utenza. (Carbone, 2018)

Oggi gli AS fanno parte di quelle professioni sociali affini con il dialogo e con la collaborazione in grado di portare il proprio contributo nel miglioramento sociale. Attualmente il servizio sociale è orientato a prendere in considerazione qualsiasi tipo di problema di natura sociale. Negli ultimi decenni, per far sì che si potesse rispondere a tutte le richieste di aiuto, venne confermata la necessità di una multidisciplinarietà così da poter offrire una risposta collettiva alle problematiche presenti sul territorio. Questo poiché l'AS che lavora nei servizi alla persona, non può affrontare in maniera autonoma i molteplici aspetti che si presentano in una situazione di difficoltà ma necessita dell'aiuto delle altre figure professionali. (Ziliani & Rovai, 2013)

Pur non essendo esplicitamente riconosciuti in qualità di operatori, nella legge 36 del 1904 concernente la Disposizione sui manicomi e sugli alienati, custodia e cura degli alienati, l'art. 5 cita (v. Allegato 1):

I regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi, alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Inoltre, gli AS erano presenti negli Ospedali Psichiatrici già a partire dal 1929, anche se il loro compito era esclusivamente quello di seguire i pazienti al momento della dimissione dall'ospedale così come il loro rientro nel proprio ambiente familiare e lavorativo. Solo nel 1968 con la legge 431 (v. Allegato 2) concernente le Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, all'art. 2 inerente al personale dell'ospedale e all'art. 3 relativo al personale dei centri di igiene mentale, l'AS trova ufficialmente il suo collocamento all'interno sia degli Ospedali psichiatrici sia nei Centri di Igiene Mentale. (Carbone, 2018)

Grazie a questa legge, gli AS possono allargare il loro campo di azione e utilizzare liberamente le metodologie tipiche della professione. Ma è con la legge di riforma 180 del 1978, detta anche la Legge Basaglia (v. Allegato 3), reattiva agli Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, all'art. 9 riguardante le attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici, che all'AS viene riconosciuta la sua professione all'interno dei nuovi servizi psichiatrici territoriali. (Carbone, 2018)

Al giorno d'oggi, la presenza di questa figura professionale all'interno dei servizi pubblici di salute mentale, assume un ruolo fondamentale sia per la loro attività sia per il ruolo di mediazione che svolgono tra servizio, territorio, famiglia e utenza. Ma soprattutto, per l'importanza nella creazione di una relazione terapeutica continuativa con il paziente, definendo l'AS *"punto di vera forza del servizio"* (Carbone, 2018, p. 120). Inoltre, sempre la scrittrice Silvia Carbone (2018) fa emergere come gli AS assumono il ruolo di anello conduttore tra le varie figure professionali all'interno dell'équipe multidisciplinare che segue il paziente.

Per quanto riguarda la realtà ticinese, la storia della psichiatria pubblica è collegata alla nascita dell'Ospedale neuropsichiatrico cantonale (ONC) nel 1898, situato a Casvegno, a Mendrisio. Esso fu il primo ad offrire i primi servizi ambulatoriali psichiatrici per adulti e minorenni e fu il primo ad operare direttamente sul territorio, lavorando anche a favore dell'incremento della prevenzione. Ma è solo nel 1985 con l'entrata in vigore della nuova Legge sull'assistenza sociopsichiatrica cantonale (LASP) e l'approvazione del Regolamento di applicazione, che ci fu il grande cambiamento strutturale nella psichiatria pubblica: tutti i servizi fino ad allora gestiti in maniera autonoma, vennero collocati sotto lo stesso cappello ovvero, quello dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale (OSC). Da quel momento l'OSC diventò l'ente statale in cui vennero inglobate tutte le strutture ospedaliere e ambulatoriali pubbliche con l'obiettivo di prendere a carico l'utenza psichiatrica. (*Presentazione OSC - OSC (DSS) - Repubblica e Cantone Ticino, s.d.*)

La figura dell'AS però, come riporta il Dr. Carlevaro (Allegato 4), era già presente nei primi anni '70 presso il Servizio Medico Psicologico sia nella sede di Bellinzona che di Locarno, con cui il Dr. Carlevaro collaborava, insieme ad uno psicologo, nell'occuparsi delle persone in difficoltà nella fascia adulta. Inoltre evidenzia come, con la nascita dell'OSC, questa figura professionale sia rimasta stabile all'interno dell'équipe. Infatti, nei primi anni '90 l'OSC nella sua *"Valutazione sociopsichiatrica Cantonale 1993-1995"* valutò l'AS quale risorsa umana sul piano qualitativo sotto al cappello "operatori generici" insieme ai medici generici, agli specialisti non psichiatrici, ai consulenti orientatori e così via. Infine, nel 1993 al Servizio Psico-Sociale del Luganese, l'effettivo degli operatori contava due assistenti sociali mentre in totale sul territorio ticinese, gli AS erano sei. Ad oggi, grazie ad informazioni raccolte nei Servizi Psico-Sociali dislocati sul territorio ticinese, gli AS sono quattro, uno per ogni servizio.

2.2 La relazione terapeutica e il processo di aiuto in un'équipe multidisciplinare

Il concetto di relazione di aiuto indica una relazione tra chi aiuta e chi viene aiutato, manifestando reciprocità, sostegno e fiducia verso l'altro. (Campanini, 2021)

Quest'ultima non è da sottovalutare, in quanto avere fiducia nei confronti del professionista significa riconoscerne la competenza e permette la costruzione condivisa del processo di aiuto. Inoltre, essendo il Servizio Psico-Sociale composto da un'équipe multidisciplinare, il rapporto di fiducia instaurato inizialmente con l'AS, consente di dare vita ad altre relazioni terapeutiche con altri professionisti dell'équipe. La relazione di aiuto, dunque, nasce da una domanda che rispecchia un bisogno non soddisfatto. Questo poiché una persona, in quel momento, non ha le risorse necessarie per trovare autonomamente una soluzione a causa di ansia e/o di una mancanza di lucidità di analisi verso la situazione problema. (Ziliani & Rovai, 2013)

In tutte le professioni di aiuto e di cura, l'investimento maggiore riguarda proprio la relazione con l'altro attraverso l'utilizzo delle proprie conoscenze e competenze. Le nuove fragilità presenti nella società odierna implicano la ricerca di nuove forme di sostegno come anche una flessibilità delle figure professionali sociali, in questo caso dell'AS, nel migliorare le proprie competenze al fine di supportare l'altro nell'affrontare nuove difficoltà. Per poter permettere ciò, è essenziale che, durante la costruzione della relazione terapeutica, si possa creare un processo collaborativo da entrambe le parti con lo scopo di ottenere una soluzione condivisa e non una già predefinita. (Campanini, 2021)

È importante ricordare che una relazione terapeutica non deve diventare reciproca ma deve mantenere un profilo professionale; pertanto, la responsabilità di prendersi cura dell'altro permane all'AS e alle altre figure professionali coinvolte. Ci sono quindi dei punti fondamentali che l'AS deve saper fare: tenere un atteggiamento empatico, comprendere quindi ciò che l'altro sente, vive e soffre; porsi "al servizio" della persona, aiutandolo a trovare soluzioni più adeguate alle sue difficoltà senza però sostituirsi a lui indicandogli direttamente la soluzione poiché non sarebbe condivisa e discussa insieme; tenere un atteggiamento maieutico², permettendo alla persona di esprimere tutte le sue qualità e potenzialità; fare da specchio, aiutando l'individuo a riflettere in maniera oggettiva rispetto al problema; e ascoltare più che parlare. (Ziliani & Rovai, 2013)

Quest'ultimo, infatti come viene indicato nel Nuovo dizionario del servizio sociale (2013):

La capacità di ascolto è uno dei fattori che concorre a caratterizzare la competenza comunicativa, l'abilità relazionale e la capacità di percepire in modo corretto l'interlocutore. Attraverso l'ascolto viene comunicato un messaggio di interesse nei confronti di chi si sta esprimendo trasmettendone l'importanza. (p. 62)

La relazione terapeutica in seguito si tramuta nel processo di aiuto, elemento attraverso cui il servizio sociale professionale comprende i problemi e trova le soluzioni per risolverli. Esso è

² Termine con cui viene generalmente designato il metodo dialogico tipico di Socrate, il quale, secondo Platone, si sarebbe comportato come una levatrice, aiutando gli altri a "partorire" la verità: tale metodo consisteva nell'esercizio del dialogo, ossia in domande e risposte tali da spingere l'interlocutore a ricercare dentro di sé la verità determinandola in maniera il più possibile autonoma. (Treccani Vocabolario: <https://www.treccani.it/vocabolario/maieutica/>)

un mix di teorie e metodologie di stampo psicologico e sociale applicate nel concreto. L'AS attua tecniche e strategie in grado di unire le risorse della persona, del contesto e dell'organizzazione mettendo in atto, attraverso la presa in carico dell'individuo, un intervento ben definito e condiviso con l'obiettivo di fornire aiuto e cambiamento. Quindi, lo scopo del processo di aiuto è quello di sostenere e orientare gli individui, i gruppi e/o le comunità ad affrontare e trovare una soluzione alla situazione problema attraverso le risorse di tutti i partecipanti coinvolti. Si deve sottolineare però l'importanza della fiducia del rapporto terapeutico e della *compliance* da parte del paziente a partecipare a questo progetto comune. (Ziliani & Rovai, 2013)

2.3 Il disagio psichico: il disturbo di personalità borderline e la schizofrenia paranoide

2.3.1 La storia della psichiatria

Per poter parlare di disagio psichico come lo si intende oggi, è necessario fare qualche passo indietro nella storia a quando tutto ha avuto inizio. Ancora prima della nascita della psichiatria, è importante comprendere le origini della psicologia che, dal punto di vista etimologico, significa lo "*studio della psiche, ossia dell'anima. (...) Ciò permette di individuare l'oggetto della psicologia: l'uomo, considerato sotto il profilo del suo funzionamento mentale, del suo sviluppo affettivo e cognitivo, dei suoi comportamenti e delle sue risposte a situazioni sperimentali*". (Pewzner, 2002, p. 3) Per secoli però non si è riusciti a individuare un solo sapere che avesse lo scopo di studiare l'intelligenza, il comportamento e le emozioni dell'uomo poiché ciò rientrava già nel campo della filosofia. Tuttavia, la psicologia è sempre stata presente e attuata quale pratica corrente ma i fattori che hanno permesso di far nascere questa nuova disciplina, possono essere ricollegati all'individualismo, all'interesse sempre maggiore per l'io e ad un coinvolgimento sempre più intenso per l'introspezione. (Pewzner, 2002)

I malati mentali sono sempre esistiti e in egual modo sono sempre esistite le figure professionali in grado di occuparsi di chi ne soffriva. Queste figure erano i medici, i quali oltre a curare altre infermità, provavano a dare il loro contributo nelle malattie mentali. (Civita, 2005) Tuttavia, c'erano figure come i sacerdoti, gli esorcisti e gli stregoni che erano convinti che la malattia mentale fosse una malattia dello spirito e quindi ricollegabili ad eventi soprannaturali. Infatti, nel corso del Medioevo e del Rinascimento, la rappresentazione della follia era ispirata alla demonologia; quindi, i disordini dello spirito erano un patto col diavolo. Siccome il disturbo psichico era visto come una rappresentazione in carne e ossa del male, non c'era il motivo di ricorrere all'utilizzo di una terapia ma bensì all'eliminazione diretta dell'individuo col fuoco, cosa che garantiva la distruzione definitiva del male. Si può dunque evidenziare un enorme cambiamento dal momento che è avvenuto il passaggio dall'idea di un male soprannaturale all'idea di una malattia mentale, poiché quest'ultima necessita di attenzione e cura come qualsiasi altra malattia. Questo cambio di visione permette pertanto di modificare l'approccio usato verso chi era considerato fino ad allora, un dannato. (Pewzner, 2002)

La psichiatria è di fatto nata durante la Rivoluzione, fatto che ha permesso di dare importanza al libero arbitrio dell'individuo. In ogni caso, l'ossessione per la follia-stregoneria non è andata a perdersi e l'accusa principale era rivolta esclusivamente verso le donne, accusate di essere

complici del diavolo a causa della loro debolezza. Debolezza che le spingeva all'azione del maligno. (Pewzner, 2002)

Verso la fine del Settecento, da idee e iniziative radicate nelle culture dell'Illuminismo e soprattutto dal medico filosofo francese Philippe Pinel³, nasce la psichiatria moderna. Egli, quindi, inserì la follia nelle malattie mentali. (Pewzner, 2002) Pinel creò la psichiatria moderna basandosi su quattro principali caratteristiche ossia, l'introduzione del presupposto di guaribilità poiché il malato mentale conserva dentro di sé una parte sana; il trattamento terapeutico realizzato in base alla conoscenza della personalità, della biografia, dello stato di salute e dei sintomi del paziente; l'attribuzione quale funzione sanitaria alla struttura del manicomio considerandolo un centro organizzato per la cura, l'assistenza e lo studio dei malati mentali e infine, il principio inviolabile del rispetto della dignità umana del malato di mente. Questa concezione accompagna la visione psichiatrica ancora oggi "*poiché la follia è una malattia, il folle deve essere trattato sul piano professionale e su quello umano, come ogni altro malato*". (Civita, 2005, p. 59)

Inoltre, per Pinel la malattia mentale, era una concezione empirica, infatti, ogni ipotesi teorica e ogni conclusione doveva essere basata sull'osservazione ed è proprio dall'osservazione che formula la sua celebre teoria secondo cui la malattia mentale dipendeva dagli eccessi nella sfera delle passioni. Quest'ultime sono di fatto i movimenti più potenti delle azioni che un individuo compie e quando sono portate all'estremo è presente il rischio di impazzire e di perdersi. La prima metà dell'Ottocento ha rappresentato un periodo ricco di cambiamenti complessi per la psichiatria riassunti nell'eredità che Pinel ha lasciato ma che ancora oggi, vengono presi in considerazione: l'esigenza dell'internamento e di una organizzazione rigorosa e a carattere sanitario del manicomio; lo sviluppo della psichiatria intesa come una scienza rigorosamente empirica; la critica dell'organicismo ed eziologia psicologica della malattia mentale e il trattamento morale. (Civita, 2005)

Ad inizio Novecento, la figura principale che emerse fu quella di Sigmund Freud⁴ e il suo studio della *psicosi* e della *nevrosi*. A tal proposito, la psichiatria ebbe una svolta, poiché l'interesse sia teorico che clinico si spostò verso la soggettività del malato o meglio, verso la sua vita psichica che non venne più considerata difettosa ma un mondo vivo ed estremamente complesso. (Civita, 2005) Nei suoi testi Freud, utilizza quale riferimento del quadro teorico e metapsicologico, la seconda topica, la quale identifica nell'apparato psichico tre istanze: l'Es, ossia il polo pulsionale e più arcaico della vita psichica; il Super-Io, che nasce dall'interiorizzazione delle leggi e dei divieti genitoriali e quale funzione di controllo e critica e l'Io, il quale svolge il ruolo di difendere gli interessi dell'individuo, in quanto rappresentante dei bisogni. Quest'ultimo ha un ruolo fondamentale poiché oltre a "gestire" l'Es ed il Super-Io, deve fare i conti anche con il mondo esterno. Alla luce di ciò, Freud sostiene che la nascita dei disturbi psichici sono una conseguenza dei conflitti infantili delle tre istanze, indicando il disturbo come compromesso al conflitto. (Civita, 2005)

³ Philippe Pinel (1745-1826), psichiatra francese. È considerato un innovatore della psichiatria per la nuova concezione che egli introdusse nei riguardi del malato mentale separandolo da altre figure di emarginati sociali con i quali veniva comunemente associato. (Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel)

⁴ Sigmund Freud (1856-1939), è stato un neurologo, psicoanalista e filosofo austriaco, fondatore della psicoanalisi, la più nota tra le correnti della psicologia. (Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud)

Col passare degli anni e dopo innumerevoli studi, giunti all'inizio del XXI secolo i farmaci disponibili agli psichiatri erano moltissimi ma essi avevano dei grossi limiti: erano pensati in qualità di sedativi piuttosto che stimolanti, questi ultimi utili per esempio per la depressione. I sedativi, infatti avevano il compito di intontire o narcotizzare i pazienti, cosa che spegneva l'eccitazione motoria o l'aggressività ma non migliorava le condizioni sintomatologiche. Nel 1952 però, avviene un grande cambiamento, che sta ancora alla base dell'odierna psicofarmacologia ovvero, l'introduzione della *cloropromazina*⁵. Questa svolge la specifica azione di ridurre i sintomi psicotici come l'allucinazione e il delirio. Ed è con essa che si è riscontrato un progressivo e importante calo del numero di pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici. Ma per quanto preziosa sia questa risorsa nell'esercitare un'azione terapeutica risolutiva, non è ancora in grado di guarire definitivamente i malati. (Civita, 2005)

2.3.2 Il Disturbo di personalità Borderline

Dopo che sono state analizzate le risposte delle interviste svolte all'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale di Viganello e dell'équipe dei Progetti Complessi del Sottoceneri, il Disturbo di Personalità Borderline e la Schizofrenia Paranoide, sono due dei disturbi psichiatrici più frequenti nei pazienti che si rivolgono al servizio.

Un tratto di personalità viene considerato un disturbo di personalità quando diventa rigido e disadattivo, causando all'individuo una compromissione funzionale significativa o un disagio soggettivo. Ciò significa che, determinate caratteristiche del comportamento vengono espresse in una modalità estrema.

L'organizzazione Borderline di personalità è indicata nel Cluster B, insieme all'Antisociale, all'Istrionico e al Narcisistico ed è caratterizzato da un'instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore con sentimenti cronici di vuoto e rabbia e da una marcata impulsività. Chi è affetto dal disturbo di personalità borderline, compie sforzi disperati per evitare abbandoni reali o immaginari che talvolta, possono comportare atti autolesivi e/o il suicidio. Inoltre, sotto pressione possono manifestarsi ideazioni paranoide o sintomi dissociativi transitori. (Greco, 2008, p. 131)

Otto Kernberg⁶ è conosciuto grazie al suo approccio terapeutico rivolto ai disturbi gravi di personalità e in modo particolare, all'organizzazione di personalità borderline. Nell'articolo a lui dedicato nel Giornale Storico del Centro Studi Psicologia e Letteratura di Roma (2010), egli sostiene che *"l'individuo è caratterizzato da un'identità diffusa rappresentata dagli aspetti contraddittori del Sé (...), inoltre, l'immagine e la percezione del Sé appaiono instabili e soggette a frequenti fluttuazioni⁷"* (Rinaldi, 2010). Sempre secondo Kernberg, *"i meccanismi di difesa utilizzati sono prevalentemente arcaici e quello maggiormente applicato è l'identificazione proiettiva⁸"* (Rinaldi, 2010). Quest'ultima, si realizza attraverso il

⁵ Farmaco neurolettico (proprietà di abbassare il tono mentale ed emotivo e differisce dai sedativi classici perché non provoca obnubilamento della coscienza), efficace contro i disturbi psicotici (allucinazioni, disordini del pensiero, eccitamento maniaco e schizofrenia). (Vocabolario Treccani: <https://www.treccani.it/enciclopedia/cloropromazina/>)

⁶ Otto Kernberg, nato nel 1928 a Vienna, è uno psichiatra e psicoanalista austriaco con cittadinanza statunitense. Insegna attualmente psichiatria al Cornell University Medical College di New York (Wikipedia: <https://it.wikipedia.org/wiki/Psichiatria>).

⁷ Mutazioni frequenti, variabilità, instabilità e oscillazione (Vocabolario Treccani: <https://www.treccani.it/vocabolario/fluttuazione/>)

⁸ Meccanismo di difesa psichico descritto per la prima volta da Melanie Klein nel 1946, con il significato di operazioni mentali inconsce del bambino con cui questi fantastica di introdurre la propria persona o parti di sé all'interno del corpo materno per possederlo, controllarlo o danneggiarlo. È un meccanismo di difesa (per altro, prevalentemente fallimentare) che illude il soggetto La relazione con il disagio psichico

disconoscimento da parte del paziente di aspetti propri considerati “cattivi”, i quali vengono proiettati verso terzi. In questo caso il terapeuta li riformula e li restituisce al paziente e questo meccanismo di difesa può essere attuato nella relazione terapeutica. In questo modo il paziente salvaguarda gli aspetti “buoni” differenziandoli dagli attacchi di quelli “cattivi”. Inoltre, ritiene che gli individui che sono affetti da questo disturbo di personalità, abbiano in comune una storia di gravi frustrazioni e un’intensa aggressività subita durante i primi anni della propria vita. (Rinaldi, 2010)

Infine, è stato necessario introdurre questo nuovo termine *borderline*, il quale evidenzia tutti i limiti della grande opposizione nevrosi-psicosi, poiché era indispensabile identificare alcuni disturbi che non rientravano né nelle nevrosi né nelle psicosi. E, secondo Bergeret⁹, il paziente borderline lotta contro la depressione, elemento fondamentale dello stato limite, il *borderline*. (Pewzner, 2002)

2.3.3 La Schizofrenia Paranoide

Il paranoide risiede nel Cluster A insieme allo Schizoide e allo Schizotipico. Nel disturbo paranoide di personalità, il paziente è sfiduciato e sospetta di chiunque lo circonda. Infatti, questi individui vengono da lui percepiti come ostili. Il paranoide è rancoroso e raramente intraprende relazioni intime soddisfacenti ed è estremamente geloso della propria autonomia. Nei periodi di stress, può manifestare veri e propri deliri di persecuzione. (Greco, 2008)

La schizofrenia fa parte dei disturbi psicotici ed è una sindrome psichiatrica grave, la quale evidenzia un’importante compromissione della percezione della realtà. Il termine di schizofrenia venne usato per la prima volta da Kraepelin¹⁰ nel 1896 che lo descrisse come una *demenza precoce*. Ma nel 1911, Bleuler¹¹ sostituì il termine di *demenza precoce* con il termine *schizofrenia* descrivendolo come un disturbo caratterizzato da una dissociazione delle funzioni fondamentali del pensiero. La schizofrenia paranoide ha come caratteristica principale la presenza di importanti deliri di persecuzione, i quali possono portare il soggetto a compiere comportamenti suicidari e/o di violenza; di grandiosità o di entrambi ma anche verso altre direzioni (gelosia, religione) o allucinazioni uditive. A ciò, si associano ansia, rabbia, distacco ed atteggiamento polemico. Infine, la persona si avvicina a terzi in modo formale e artificioso oppure con un’estrema intensità delle relazioni personali. (Greco, 2008)

2.3.4 Provvedimenti integrativi e attivazioni di prestazioni finanziarie

È inevitabile porre lo sguardo sull’Assicurazione invalidità (AI) poiché anche per chi soffre di una malattia psichica potrebbe beneficiare dell’AI in quanto il suo scopo “è quello di garantire mezzi essenziali agli assicurati nel caso diventino invalidi con provvedimenti d’integrazione o prestazioni pecuniarie”. (Centro d’informazione AVS/AI, 2022)

La reintegrazione professionale, laddove possibile, permette alla persona di continuare a mantenere una certa stabilità all’interno della società e quindi nel mondo del lavoro, in questo modo ha la possibilità di mantenere attive le sue risorse.

di poter controllare l’altro inducendolo ad avere comportamenti e atteggiamenti corrispondenti alle proprie aspettative, negando in tale modo i propri vissuti di impotenza, oppure che svuota progressivamente il soggetto dei suoi contenuti affettivi e ideativi, finendo con l’impoverirlo. (Vocabolario Treccani: <https://www.treccani.it/enciclopedia/identificazione-proiettiva>)

⁹ Jean Bergeret, (1923-2016), medico e psicanalista francese. (Wikipedia: [https://it.wikipedia.org/wiki/Jean_Bergeret_\(psicanalista\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Jean_Bergeret_(psicanalista)))

¹⁰ Emil Kraepelin, (1856-1926), psichiatra e psicologo tedesco. (Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin)

¹¹ Eugen Bleuler, (1857-1939), psichiatra svizzero. (Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Eugen_Bleuler)

La relazione con il disagio psichico

Come viene indicato dall'immagine sottostante, le rendite in Svizzera sono suddivise in quattro categorie: il 13% per infermità congenita, il 50% è rappresentato dalla malattia psichica, il 31% sono altre malattie mentre, il 6% sono rendite per infortunio. A questo punto si può notare che la metà delle rendite per cause dell'invalidità sono erogate proprio per un disagio psichico.



(UFAS 2022)

3. Obiettivo e metodologia

Alla luce di quanto esposto nella parte di contestualizzazione sopraindicata, la domanda di Tesi è la seguente: *In che modo il ruolo dell'Assistente sociale può rappresentare una risorsa all'interno dell'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale nella presa in carico di pazienti con disagio psichico?*

Per poter dare una risposta a questo interrogativo, prima di tutto, è stato presentato il Progetto di Tesi all'intera équipe multidisciplinare dell'SPS di Viganello durante un'intervisione¹², verificando chi fosse disposto a sottoporsi ad un'intervista. Successivamente, è stato preso contatto con una figura professionale per ogni ramo professionale ovvero, un Medico Psichiatra Capo Clinica, un Medico Psichiatra Assistente, un Infermiere in salute mentale esperto clinica, uno Psicologo e Psicoterapeuta in formazione e l'AS stesso. Per quanto concerne l'équipe dei Progetti Complessi, è stata fatta richiesta al Medico Psichiatra dell'équipe del Sottoceneri, il quale ha l'ufficio collocato presso la sede dell'SPS.

Questo ha permesso di individuare sei "casi di studio" a cui è stata sottoposta l'intervista (v. Allegato 5, Allegato 6, Allegato 7, Allegato 8, Allegato 9, Allegato 10).

Lo strumento adottato per raccogliere le informazioni necessarie con l'obiettivo di rispondere alla domanda di ricerca, è l'intervista semi-strutturata. Questa modalità di raccolta dati consente di combinare domande già prestabilite in precedenza con domande non previste. In questo modo, si è presentata la possibilità di porre ulteriori interrogativi oltre alla scaletta redatta in precedenza, aprendo così nuovi argomenti o approfondendone determinati altri. Inoltre, il tipo di domande poste all'intervistato erano aperte, lasciando così la possibilità all'altro di poter parlare liberamente attraverso un linguaggio proprio per rispondere. (Carey, 2013)

È stato utilizzato lo strumento dell'intervista in quanto è *"uno dei modi più comuni di raccogliere dati, (...) è molto efficace per raccogliere una grande quantità di informazioni in un periodo di tempo relativamente breve"*. (Carey, 2013, p. 135) Inoltre, per una raccolta dei dati più efficace e completa, l'intervista è stata registrata, previo consenso verbale dell'intervistato, poiché come riferisce sempre Carey (2013) *"in questo modo si riescono a raccogliere tutti i dettagli e l'intero insieme del dialogo"* (p. 143). Dopo aver trascritto tutte le interviste, le stesse sono state inoltrate agli intervistati per avere la conferma definitiva di quanto detto.

In seguito, per il confronto dei dati, è stata allestita una tabella concernente l'esposizione dei risultati delle interviste (v. Allegato 12) in cui sono state inserite le tre tematiche del lavoro di tesi ovvero, La relazione terapeutica; l'Assistente sociale in psichiatria e la multidisciplinarietà e ciò che è emerso per ognuna di queste. In questo modo è stato possibile avere un quadro più ampio del materiale raccolto per meglio comprendere i vari argomenti da analizzare per ogni tematica.

¹² Momento di condivisione organizzato da SPS nei confronti di un professionista che si trova ad affrontare una situazione particolare e ha bisogno di confrontarsi con gli altri professionisti dell'équipe multidisciplinare.

La relazione con il disagio psichico

4. Risultati e analisi

4.1 Descrizione delle due équipes intervistate

4.1.1 Équipe del Servizio Psico-Sociale di Viganello

L'SPS di Viganello, è un servizio ambulatoriale psichiatrico facente parte dell'Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale (OSC) e si rivolge a tutte le persone maggiorenni, con problematiche di natura psichica spesso associata a disagio sociale. Lavora in stretta collaborazione con molti enti presenti sul territorio permettendosi quindi di rispondere anche alle richieste di aiuto da parte dei pazienti dimessi dalla Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) o alla clinica stessa, o ad altre strutture con cui il servizio coopera. Per quanto concerne la presa a carico, l'SPS prende in considerazione le diverse difficoltà correlate al disturbo psichico, e per fare ciò garantisce l'intervento dell'équipe multidisciplinare del servizio composta da medici specializzati in psichiatria, medici assistenti, psicologi e psicoterapeuti, infermieri psichiatri ed al momento, da un assistente sociale. Essendo quindi un'équipe ricca di figure professionali, essa permette di rispondere a 360° a tutte le necessità che l'individuo porta al servizio. L'SPS inoltre, offre anche attività di consulenza, orientamento e mediazione; trattamenti medico-farmacologici e/o psicoterapici; psicoterapia individuale, familiare e di gruppo; cure infermieristiche ed attività socioterapiche; interventi sociali, assistenziali e riabilitativi; supervisione, formazione e perizie come anche visite domiciliari¹³.

La base legale riguarda la Legge sull'Assistenza Sociopsichiatrica (LASP), istituita nel 1999 ed entrata in vigore nel 2000, il cui scopo è quello di a) tutelare i diritti delle persone bisognose di assistenza (che compromettono gravemente o con imminente probabilità la propria vita e salute o quella altrui) e, in modo particolare, di creare le premesse per garantire loro un'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica adeguata nel rispetto delle libertà individuali; b) istituire e organizzare le Unità Terapeutiche Riabilitative (UTR) nel territorio e di vigilare sul loro funzionamento; c) favorire la prevenzione dei fattori che determinano i fenomeni patogeni a livello individuale e sociale. (806.100 - Legge sull'assistenza sociopsichiatrica, 1999)

4.1.2 Équipe dei Progetti Complessi del Sottoceneri¹⁴

L'équipe Progetti Complessi (PC) è un'équipe medico infermieristica nata nel 2010. Essa è formata da un'unica équipe, ma è stata suddivisa in due sottogruppi: un gruppo per il Sottoceneri, collocato all'interno di SPS, e uno per il Sopraceneri. È composta da tre medici psichiatri e da 13 infermieri in salute mentale suddivisi nei due sottogruppi, i quali si occupano del trattamento soprattutto domiciliare, di pazienti che presentano una grave patologia psichiatrica e che non aderiscono alle cure classiche, tra cui quelle proposte da SPS o da psichiatri privati. La necessità di creare questa équipe è sorta soprattutto per quei pazienti "heavy users", i quali venivano spesso ricoverati per periodi lunghi e che utilizzavano molto il sistema di cure soprattutto tramite accessi frequenti al pronto soccorso. È stato quindi deciso di dedicare delle risorse specifiche a questo tipo di pazienti per permettergli di mantenere una maggiore stabilità e una vita sul territorio presso il proprio domicilio. I pazienti di cui questa

¹³ Depliant Servizio Psico-Sociale: https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-124_SPS_depliant.pdf

¹⁴ Informazioni emerse dall'intervista con il Medico Psichiatra dei Progetti Complessi.

équipe si occupa, presentano disturbi psichiatrici gravi quali la psicosi, la schizofrenia e i disturbi dell'umore oppure, disturbi gravi di personalità. Ciò che li accomuna è una problematica di dipendenza o di abuso di sostanze psicoattive singole o multiple. La differenza tra SPS e PC è il tempo che viene dedicato al paziente e il setting; infatti, SPS dispone di un tempo limitato all'interno di un setting molto ben definito, dato che si tratta dell'ambulatorio per quanto riguarda i Medici, gli infermieri invece, sono più mobili sul territorio. Invece l'équipe PC ha la caratteristica di seguire meno pazienti dedicando così più tempo a chi è in cura. Infine, i PC hanno la possibilità di vedere i pazienti al di fuori del contesto ambulatoriale quindi, a casa o dove risiedono (per esempio un foyer) oppure dove il paziente lo richiede.

4.2 Quali risorse offre l'Assistente sociale ad un'équipe multidisciplinare medica psichiatrica

Per poter analizzare quanto emerso e dare dunque una risposta a questo interrogativo, è necessario suddividere i dati raccolti in tre temi:

- La relazione terapeutica;
- L'Assistente sociale in psichiatria;
- La multidisciplinarietà;

4.2.1 La relazione terapeutica

Per poter permettere al professionista di iniziare un percorso insieme alla persona che chiede un aiuto e quindi, rispondere al suo bisogno, accogliendolo e sostenendolo in un momento di difficoltà, è fondamentale instaurare una **relazione terapeutica** poiché in mancanza di questa, non ci sono le basi su cui fondare un progetto. Infatti, sia lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione, che il Medico Psichiatra dei PC affermano che:

(...) costruire una relazione terapeutica penso che sia la parte più importante per tutti. In quanto psicologo è fondamentale ma penso per tanti settori, la relazione dal mio punto di vista, è il punto cardine. Senza relazione terapeutica e quindi senza un'alleanza terapeutica, non si può fare un lavoro.

E *“É il principale strumento di cura della psichiatria”.*

Tuttavia, per poter garantire che ciò avvenga, ci sono diversi fattori da tenere in considerazione. Fattori che talvolta si possono acquisire durante la formazione ma che vengono compresi e affinati solo con la pratica come afferma anche il Medico Psichiatra Assistente: *“(...) non si impara sui manuali, si può leggere tanto ma nel momento in cui sei davanti al paziente, ti devi dimenticare di questo”.*

Pertanto, l'aspetto fondamentale menzionato da quattro intervistati su sei e che sta alla base della relazione terapeutica permettendo dunque la sua creazione è la **fiducia**.

Il Medico Psichiatra Capo Clinica, infatti, sostiene che: *“la relazione terapeutica è una relazione di fiducia, aiuto e sostegno perché le persone penso che cerchino questo, di essere comprese, ascoltate e sostenute trovando quindi un po' di conforto nel loro malessere”.* L'AS e il Medico Psichiatra dei PC confermano a loro volta sostenendo che: *“alla base di tutto c'è un rapporto di fiducia. Se questo manca è impossibile collaborare”* e *“Ovviamente uno degli elementi base*

della relazione terapeutica è la fiducia” e infine anche lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione rincara affermando: “Se la persona non si affida e diciamo che non ha fiducia del terapeuta e quindi non c’è la relazione, è difficile poter lavorare insieme”.

È importante però non dimenticare il contesto psichiatrico in cui sono state sottoposte le interviste poiché esso è delicato e non sempre è garantita la *compliance* del paziente. Questo per sottolineare che ottenere la fiducia dell’altro non sempre è scontato. Non è scontato perché oltre all’incontro con la persona avviene anche l’incontro con la sua malattia come ben sottolinea l’AS: “(...) non va dimenticato che c’è una persona con un disagio psichico e il suo quadro clinico va ad incidere perché può essere oscillante con momenti down e momenti up e momenti dove è difficile entrare in relazione”. Dunque, una possibile difficoltà riscontrata è la diagnosi del paziente:

Le maggiori difficoltà - penso si possa dire - sono con i pazienti che hanno ad esempio, una schizofrenia paranoide o un disturbo di personalità in senso paranoide perché lì è proprio minata la fiducia negli altri. Si dice che è come camminare sui cristalli con questi pazienti.

Riporta il Medico Psichiatra Assistente, trovando quale eventuale soluzione l’utilizzo di farmaci:

Molto spesso il farmaco serve quindi, si può creare una rete multidisciplinare e agire su più fronti (...) nei casi gravi molto spesso è necessario il farmaco, l’antipsicotico in questo caso, aiuta a diminuire anche l’angoscia e quindi crea la base per una relazione terapeutica.

Anche l’Infermiere in salute mentale riporta questa difficoltà:

(...) Una difficoltà non è il fatto di sapere delle diagnosi, ma per il fatto che i pazienti psicotici possono avere più difficoltà a fidarsi delle persone perché magari hanno dei deliri in cui ci possono essere degli aspetti paranoici e quindi sospettano di tutti e di tutto. Quindi chiaramente creare una relazione con quel tipo di paziente è un continuo lavoro sia di psico-educazione che di esame della realtà.

Ma non condivide il miglioramento dello stato del paziente grazie all’utilizzo dei farmaci, evidenziando che questi hanno degli importanti effetti collaterali e rimarcando quindi che ciò che fa la differenza sono la relazione terapeutica e l’esame di realtà (v. Allegato 7).

Per quanto concerne i disturbi di personalità, la difficoltà relazionale è reale e concreta ovvero,

I pazienti con DP sono eccessivamente preoccupati o eccessivamente distaccati nei loro rapporti umani; (...) si aspettano troppo dalle relazioni oppure hanno smesso del tutto di aspettarsi qualche cosa; le conseguenze sono relazioni instabili, conflittuali, ostili o distaccate”. (Carcione et al., 2016 p. 114)

In merito a quanto sopraccitato, queste caratteristiche vengono attuate anche per quanto concerne una relazione terapeutica, creando così ostacoli o rotture che talvolta possono essere prevedibili o meno. (Carcione et al., 2016)

Il Medico Psichiatra dei PC riferendosi a questo racconta un esempio di relazione con un paziente con schizofrenia paranoide:

Filippo¹⁵ è un paziente con cui c'è uno scacco relazionale, nel senso che rischi fortemente di non incontrare. È evidente come con Filippo ci sia una difficoltà relazionale chiara ed è proprio quella difficoltà relazionale, ad essere il suo disturbo, una delle più importanti del suo disturbo. Quando penso ad un paziente con cui è difficile entrare in relazione penso proprio a lui, c'è una distanza che lui anche non volendo, in un certo senso mette. Quando sei con lui senti che c'è qualche cosa di dissonante e non si crea quella sintonia immediata che si crea spesso con le persone. Lo senti un po' lontano come se fosse su un altro pianeta e questo è centrale in questi pazienti.

Per poter superare questa difficoltà relazionale e quindi riagganciare il paziente al terapeuta, il Medico Psichiatra dei PC menziona due fattori: la terapia farmacologica e la relazione di fiducia: *“grazie al fatto che lui ha accettato una terapia farmacologica e che quindi è medicato e grazie al fatto che comunque c'è una relazione di fiducia che dura ormai da anni, riesco a riagganciarlo”*. Pertanto, viene riconfermata l'importanza della fiducia, tassello indispensabile per poter iniziare e portare avanti nel tempo, un progetto terapeutico. Per quanto riguarda la farmacoterapia, il Medico Psichiatra Assistente ci tiene a sottolineare che: *“non è da demonizzare, è da usare quanto basta al minimo per riuscire intanto a diminuire l'angoscia del paziente, il disagio. Ma non fa tutto, nel senso che secondo me, se non si stabilisce una buona relazione, è solo chimica”*.

Anche Beatrice Rovai nel libro “Assistenti sociali professionisti – Metodologia del lavoro sociale” (2013) conferma quanto esposto dagli intervistati in merito all'importanza della relazione di aiuto: *“La relazione di aiuto può essere considerata addirittura l'elemento portante nella prassi operativa del lavoro sociale”* (p. 49) e quanto questa sia strettamente collegata alla fiducia. Infatti, la scrittrice riferisce che la relazione d'aiuto nasce da una domanda in merito ad un bisogno non soddisfatto. Di fatto quando questa viene posta è perché la persona stessa non riesce a far fronte alla sua soddisfazione in modo autonomo *“a causa di ansia, insufficienza lucidità di analisi della situazione, assenza di risorse oppure, non hanno nessuno con cui potersi confrontare rispetto al problema”*. (Ziliani & Rovai, 2013, p. 48) Per permettere ciò, è di fondamentale importanza che la relazione diventi un momento in cui *“la persona si sente accettata con i suoi limiti, le sue fragilità, la sua unicità e globalità”* (Ziliani & Rovai, 2013, p. 50) sottolineando come *“l'accettazione e il non giudizio siano le parole chiavi di una proficua relazione di aiuto”*. (Ziliani & Rovai, 2013, p. 50) Questo comporta quindi la formulazione di una domanda di aiuto che, all'interno di un Servizio sociale fa scaturire un'interazione: *“la qualità dell'incontro interpersonale rappresenta l'elemento portante e più significativo in grado di determinare un processo di intervento efficace e risolutivo”*. (Ziliani & Rovai, 2013, p. 48) Sempre Beatrice Rovai (2013), inoltre, concorda con gli intervistati sull'importanza di una relazione terapeutica basata sulla fiducia evidenziando come:

Il clima di fiducia che si crea all'interno della relazione, infatti, è determinante. La fiducia permette alla persona di sperimentare un sentimento talvolta sconosciuto in grado di abbattere quelle barriere che ostacolano l'interazione. La fiducia verso il professionista significa riconoscerne la competenza e apre la strada alla costruzione condivisa del processo di aiuto. (p.48)

¹⁵ Nome fittizio utilizzato per tutelare la privacy del paziente.

Tuttavia, la fiducia non è l'unico elemento che compone il *puzzle* della relazione terapeutica; infatti, dalle interviste emergono altri fattori in comune quali: l'**empatia**, l'**ascolto**, la curiosità, l'assenza di giudizio, il sostegno, la **definizione dei ruoli**, l'accoglienza, l'autenticità e la ricerca di conforto da parte del paziente. Competenze necessarie al fine di poter sostenere una qualsiasi richiesta di aiuto da parte di qualsiasi figura professionale che si mette a disposizione per l'altro. L'**empatia** è stata menzionata dal Medico Psichiatra Assistente: *“È molto importante l'aspetto dell'empatia, io riesco a capire come relazionarmi con il paziente se lo capisco in quel momento. (...) Trovo che sia una cosa che si costruisce ad ogni seduta e si impara ogni volta”*; dall'Infermiere in salute mentale: *“Riuscire ad ascoltarli con curiosità e senza giudizio, (...) questo fa la differenza perché in automatico si crea tutto quello che si trova sui libri: l'empatia e l'alleanza terapeutica”* e dall'AS: *“(…) cercare di trasmettere l'empatia ma come detto prima, mantenendo una giusta distanza, non entrando troppo e non facendoci sorbire troppo perché anche noi dobbiamo proteggerci e non proteggere solo il paziente (...) perché poi diventa pericoloso”*. Inoltre, l'AS sottopone l'attenzione sulla giusta distanza tra terapeuta e paziente per non rischiare di farsi travolgere dalle emozioni dell'altro e ciò viene confermato anche da Beatrice Rovai (2013): *“è opportuno precisare la natura della relazione di aiuto, diversa da quella che si instaura tra persone legate da un vincolo di amicizia”*. (p. 48) Per questo motivo la relazione terapeutica dev'essere mantenuta in un contesto professionale poiché, chi risponde alla richiesta di aiuto è colui che si assume la responsabilità di prendersene cura e pertanto, la relazione dev'essere mantenuta su un piano unidirezionale. Infine, anche Rita Charon nel suo libro *“Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti”* (2019) cita: *“Con una profonda empatia, possiamo nominare il dolore che vediamo, offrendo umilmente la nostra comprensione, il nostro ascolto, la nostra cura”*.

Un altro fattore indispensabile al fine di attuare un progetto insieme e citato in precedenza, ma che talvolta rimane più implicito, è la **compliance** da parte del paziente. Anch'essa non sempre è scontata o immediata poiché può succedere che il paziente non reperi di aver bisogno di un sostegno terapeutico, soprattutto da parte di una figura professionale come lo psichiatra. Teoria che viene confermata dal Medico Psichiatra Capo Clinica, il quale riscontra delle difficoltà a livello relazionale proprio in merito a questo scarso esame di realtà da parte della persona:

(...) sono un po' prevenute le persone soprattutto con lo psichiatra, perché forse si fa un po' meno fatica a farsi aiutare nelle cose un po' più concrete e forse si va con meno difficoltà dallo psicologo ma con grande difficoltà dallo psichiatra devo dire, perché è un riconoscere di avere un problema abbastanza significativo. (...) Tante persone sono prevenute, tante hanno paura, tante hanno sfiducia e non pensano che lo psichiatra possa aiutare. Tante non credono nella malattia mentale quindi queste sono le grosse difficoltà secondo me, (...) che influenzano il fatto di costruire una relazione terapeutica.

Dalle interviste è però emerso, quali azioni vengono messe in pratica al fine di ristabilire una relazione terapeutica soprattutto per quanto concerne l'esame di realtà. Infatti, sempre il Medico Psichiatra Capo Clinica riporta l'importanza di normalizzare questa situazione facendo capire al paziente che non è l'unico ad aver avanzato una richiesta di aiuto in un momento difficile della propria vita:

(...) cercando di fargli capire che non è la sola persona che in un momento della vita ha avuto bisogno di un aiuto e un sostegno. C'è tanto un senso di vergogna

oppure di paura di rimanere segnato a vita. Quindi sicuramente cercare di ridimensionare questa paura e razionalizzare un po' le cose (...) normalizzando la cosa.

Inoltre, non è da dimenticare che il terapeuta entra nella vita della persona e pertanto, “è un intervento graduale e fatto in punta di piedi perché si entra sempre nella vita delle persone e bisogna avere rispetto e tanta pazienza” cita sempre il Medico Psichiatra Capo Clinica. Infine, il Medico Psichiatra Assistente, per attutire queste difficoltà, sottolinea l'importanza di creare un'ambiente che faccia sentire l'altro al sicuro: “(...) questi pazienti per quanto siano aggressivi, sono molto angosciati quindi, cerchiamo di creare un'ambiente che lo faccia sentire a proprio agio”. Anche l'AS riporta le modalità con cui affronta le difficoltà relazionali che riscontra con i pazienti, mettendo l'accento sul sostegno e il confronto con l'équipe terapeutica e in casi davvero difficili, facendo affidamento a uno dei momenti formativi che vengono organizzati dall'SPS:

Se invece non si superano e ci sono proprio delle difficoltà, ci si confronta con i colleghi, con la rete che prende a carico il paziente insieme a noi (...) per questo è importante il confronto con l'équipe. (...) Visto che abbiamo momenti formativi, di supervisione e intervizione, quando si hanno delle reali difficoltà con un caso, portarlo in équipe e non solo alla rete stretta, possono anche portarci suggerimento che poi ci aiutano a superare i problemi.

Anche in questo caso, non è da dimenticare il contesto in cui la relazione terapeutica viene a crearsi, come riportato in precedenza; pertanto, la paura e la difficoltà ad affidarsi ad una terza persona emergono in maniera importante. Sono inoltre sentimenti che talvolta non permettono la creazione di una relazione terapeutica, e di conseguenza un rapporto di fiducia. Tuttavia, per far sì che ci sia collaborazione è necessario che all'interno di questo processo, siano presenti più persone, le quali al fine di garantire una comunicazione sufficiente per poter superare pregiudizi e dare il consenso a sentimenti di fiducia, devono essere pronte ad attivare una serie di motivazioni e abilità con lo scopo di avviare un'intenzionalità reciproca. (Ripamonti, 2018) Tuttavia, in merito alle difficoltà riscontrare nella costruzione di una relazione terapeutica, sempre Ennio Ripamonti (2018) sottolinea il fatto che la fiducia può emergere anche in contesti più delicati, ed infatti, egli sostiene che:

La fiducia può maturare anche in frangenti difficili e incerti se è accompagnata da un alto livello di coinvolgimento dei soggetti, da un'intensità emotiva e cognitiva che permette di andare oltre la soglia della mera speranza: per collaborare dobbiamo poterci fidare e l'esito della fiducia attribuita è la disponibilità a mettersi in gioco in una relazione cooperativa. (p. 82)

In conclusione, per consentire il superamento di stereotipi e pregiudizi che talvolta interferiscono con le interazioni, è necessario un certo grado di tolleranza e fiducia reciproca. Con il termine di tolleranza, Ennio Ripamonti (2018) fa riferimento ad “un insieme di atteggiamenti che indicano la disponibilità di un soggetto ad ammettere e riconoscere la possibilità di esistenza di idee e comportamenti diversi dai propri”. (p. 81)

Anche Erminio Gius nel suo articolo “Chi opera il cambiamento è sempre la relazione” (2007), sostiene come, chi si rivolge ad un servizio è cosciente di vivere un malessere da cui vorrebbe essere aiutato ad uscire, ma d'altra parte, dal momento che questa richiesta di aiuto si

potrebbe concretizzare, il cambiamento, la destrutturazione della propria identità e lo stacco dalla propria sofferenza risultano faticosi da attuare per la persona. Per l'operatore sociale invece, vedere che questa consapevolezza è reale, gli permette di dare un senso alle esitazioni, alle resistenze e alle ambivalenze dell'altro. (Gius, 2007)

Questo in quanto:

I pazienti non hanno bisogno solo di una diagnosi precisa e di una terapia, ma anche di accettazione, conforto, speranza, tenerezza e sostegno: la malattia toglie qualcosa d'importante, genera una tristezza profonda e inesprimibile, c'è da ricordarselo. Infatti, la cura inizia quando i pazienti parlano dei sintomi o della paura di essere malati, prima con sé stessi, poi con i propri cari, infine con i professionisti della salute. (Charon & Castiglioni, 2019)

4.2.2 L'Assistente sociale in psichiatria

All'SPS l'Assistente sociale dispone di un mansionario (v. Allegato 11) in cui sono elencati i vari compiti, rivolti sia verso i colleghi che verso i pazienti, a cui questa figura professionale deve fare riferimento nello svolgimento del proprio lavoro quali: *consulenza, accompagnamenti, stretta collaborazione con l'équipe curante, mediazione e coordinamento degli interventi nei seguenti ambiti:*

- *Finanze;*
- *Lavoro e strutturazione della giornata;*
- *Abitare;*
- *Rete sociale.*

I presenti compiti hanno lo scopo di attivare e valorizzare le risorse di cui l'utente ancora dispone per poter creare un contesto di vita che possa giovare e quindi migliorare, il suo stato di salute. Alla base di tutto ciò c'è *“collaborazione e trasparenza nel rispetto della confidenzialità”* (Mansionario AS – La consulenza sociale in CPC – v. Allegato 11).

Infatti, dall'intervista con l'AS è emerso che in questo documento viene descritto il suo ruolo all'interno di un'équipe multidisciplinare:

(...) viene descritto il ruolo della nostra figura proprio come AS che lavora in un'équipe multidisciplinare. Sicuramente c'è il collaborare con e non per, (...) quindi sia con il paziente ma anche con i colleghi. (...) Quindi non lavorare solo con il paziente ma proprio in rete, sia interna nostra ma anche del territorio e quindi fungere un po' da coordinatore (...)

La scrittrice Annamaria Ziliani (2013) in merito a ciò cita: *“Da un punto di vista deontologico, l'AS è chiamato ad assumersi responsabilità rispetto alle azioni in virtù di un mandato conferito da un ente”* (p.34-35) riprendendo e confermando quanto esposto dal Mansionario (v. Allegato 11). E ancora, *“Il rapporto con la persona, con l'organizzazione, con i colleghi, con le prassi burocratiche e amministrative, l'uso delle risorse, la riservatezza e il segreto professionale (...) sono sicuramente noti etici con cui l'AS oggi deve fare i conti ogni giorno”*. (Ziliani & Rovai, 2013, p. 35)

Inoltre, come già menzionato in precedenza, le persone che si rivolgono a questa figura professionale, hanno un disagio psichico che spesso influenza più ambiti della vita quotidiana e pertanto l'AS, ha il compito di trovare e mantenere attive quelle risorse ancora presenti e sfruttabili nella società attraverso per esempio, i progetti di reinserimento dell'Assicurazione Invalidità o dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento oppure tramite l'Ufficio Regionale di Collocamento provando così a co-costruire una strutturazione della giornata. Poiché è importante evidenziare che, chi ha una diagnosi psichiatrica, non significa che non possa essere reinserito nel libero mercato del lavoro. Infatti, l'AS spiega che:

Molto spesso bisogna fare un lavoro di mediazione perché sono molte le problematiche che si riscontrano anche dovute alle malattia/disagio psichico; quindi, mantenere sicuramente attive le risorse del paziente e il suo reinserimento nella società che molto spesso, a causa della malattia magari, è facile che venga stigmatizzato ed etichettato ma in realtà sono molto spesso presenti le risorse ancora sfruttabili all'interno della società (...) attraverso i progetti dell'AI, dell'Assistenza e dell'Ufficio della disoccupazione.

Sempre dall'intervista all'AS (v. Allegato 10), risulta che egli ha degli obiettivi e degli scopi formulati dall'SPS che evidenziano il lavoro con l'équipe multidisciplinare (e non in autonomia), sottolineando il lavoro di rete quale obiettivo principale. In più, l'AS lavora in stretta collaborazione con gli enti esterni con i quali viene condiviso lo stato di salute del paziente e gli obiettivi comuni inseriti nel piano terapeutico.

Sempre attraverso i risultati emersi dell'intervista, si evince quanto sia importante ascoltare la persona soprattutto durante i primi colloqui, momento in cui si conosce il paziente e inizia ad instaurarsi una relazione terapeutica. Ciò permette di comprendere i bisogni della persona e fare in modo di costruire insieme un progetto su misura per la persona: *“sicuramente va in base alla situazione del singolo, perché non abbiamo pacchetti predisposti da offrire, ma sicuramente c'è l'ascolto durante il primo colloquio quindi si accoglie la situazione e da lì viene costruito un progetto ad hoc”* cita l'AS.

Alla luce di quanto esposto finora, anche Annamaria Ziliani (2013) conferma il ruolo dell'AS quale promotore nella ricerca e nell'attivazione delle risorse ancora presenti - e dunque sfruttabili - nella società, con lo scopo di inserire la persona in un ambiente inclusivo e che gli permetta di avere una strutturazione della giornata. Infatti, sempre la scrittrice sostiene che l'AS è: *“una funzione strategica per intessere quel dialogo con la collettività indispensabile per superare il diaframma virtuale che divide normalità e disagio, per fungere da cerniera tra le istituzioni e le persone”*. (p. 33)

Anche Maria Luisa Raineri, nel suo libro “Assistente sociale domani – volume 2” (2021) concorda in merito al compito dell'AS di *“riattivare e integrare le risorse e i mezzi necessari al benessere”* (p. 84) della persona ma evidenzia che, per poter permettere che questo avvenga, è importante che l'AS prenda in considerazione la rete sociale dell'utente e le relazioni presenti attorno alla persona. In questo modo, la rete potrebbe diventare fonte di sostegno e costituire il capitale sociale della persona stessa. (Raineri, 2021)

In secondo luogo, l'AS fa parte dell'équipe multidisciplinare dell'SPS ma quando viene richiesto, offre sostegno e collaborazione anche all'équipe dei Progetti Complessi (PC):

Non faccio parte dell'équipe PC perché io rimango sotto il Servizio Psico-sociale però collaboro come figura di Assistente sociale con loro; quindi, dal momento che i colleghi necessitano di un aggancio dal profilo sociale, sono io che mi occupo dei pazienti presi a carico da loro. Cita l'AS.

Questo in quanto i casi che vengono seguiti dai PC, come dice la parola, sono più complessi ma non solo per quanto riguarda la gravità della malattia bensì proprio per la complessità della situazione dal punto di vista sociale:

Sono pazienti che necessitano di una presa a carico più intensiva da parte nostra perché necessitano di un aiuto su più fronti che sia abitativo o di reinserimento in società. (...) La differenza dai pazienti dell'SPS è che sono pazienti più impegnativi a livello di carico di aiuto e di presenza nostra. Cita sempre l'AS.

Per quanto riguarda il lavoro diretto con l'équipe multidisciplinare SPS, l'AS risulta essere una figura che viene chiamata ad intervenire nel momento del bisogno da parte degli altri membri dell'équipe e non viceversa. È raro che la richiesta di aiuto provenga dal suo ruolo in quanto, dal momento che viene agganciata, significa che la rete medica è già attiva attorno al paziente. Infatti, l'AS spiega che: *“La segnalazione all'AS arriva sempre da parte loro. Quindi è raro che*

io chieda l'aggancio ad un Medico o ad uno Psicoterapeuta perché per essere segnalato a me, ci dev'essere un aggancio medico o psicoterapico". Se dovesse succedere che sia l'AS a rivolgersi all'équipe, questo avviene per difficoltà sorte dal profilo medico e quindi della salute del paziente. Oppure, se svolge un colloquio con un paziente che ha una farmacoterapia senza controllo, nel senso che non c'è alcuna figura medica di riferimento. O ancora, se il paziente stesso esplicita la richiesta di un aggancio medico psichiatrico, come racconta l'AS:

(...) per esempio, c'è una farmacoterapia che non è gestita da nessuno o dal generalista però è psichiatrica, oppure vediamo che il paziente esprime il bisogno di un aggancio Medico (...), allora in quel caso sono io a chiedere che venga valutato e visto dai colleghi. Secondo me è più raro ma proprio perché l'aggancio a me arriva già dalla figura psichiatrica. Quello che chiedo io a loro (...) se mi trovo in difficoltà dal profilo medico, salute ecc., allora sì, chiedo a loro l'aiuto.

Questa situazione può succedere, come viene raccontato dall'AS nell'intervista, nei casi in cui durante il colloquio, il paziente esprime idee di morte e/o è evidente che sta molto male (v. Allegato 10). Infine, come menzionato nel capitolo 4.2.1 La relazione terapeutica, l'elemento base che permette la creazione di un progetto condiviso è la costruzione di un rapporto di fiducia attraverso l'ascolto attivo, l'accoglimento e l'empatia cercando però di mantenere la giusta distanza. In questo modo l'AS trasmette la propria autenticità e il non giudizio. Come ben riporta nell'intervista in merito agli strumenti che vengono attivati al fine di creare una relazione di fiducia:

Come detto prima, l'ascolto attivo, l'accogliere l'altro, cercare di trasmettere l'empatia ma come detto prima mantenendo la giusta distanza; quindi, non entrando troppo e non facendoci sorbire troppo perché anche noi dobbiamo proteggerci (...) trasmettergli sicuramente l'autenticità e il non giudizio, queste mi sembrano le cose principali.

Alla luce di quanto finora esposto in merito alla richiesta di intervento formulata da parte dell'équipe multidisciplinare nei confronti della figura dell'AS e viceversa, le scrittrici Annamaria Ziliani e Beatrice Rovai (2013), pongono l'accento sull'importanza di questa integrazione professionale. Infatti, citano che: *"L'AS che lavora nei servizi alla persona non può infatti affrontare in solitudine i molteplici aspetti delle situazioni problematiche. L'integrazione tra professioni diverse rappresenta un mezzo, una metodologia, una risorsa necessaria per la complessa attività del servizio sociale"*. (p. 46) Fattori che sono presi in considerazione anche dall'SPS, poiché attraverso questa collaborazione tra più professionisti, è possibile raggiungere obiettivi multipli rispondendo così a più bisogni. Inoltre, visto che la figura dell'AS ha il compito di fare da mediatrice tra i vari servizi e la rete terapeutica, l'integrazione professionale diventa una necessità con lo scopo di attivare interventi/progetti più consoni ai bisogni della persona. (Ziliani & Rovai, 2013)

Infine, questa teoria viene riconfermata anche da Neil Thompson (2016) il quale cita che: *"(...) per gli utenti non è positivo che professionisti di diverse agenzie di servizi procedano da soli, ciascuno per la sua strada (...) il lavoro di partnership richiede di sviluppare un'efficace collaborazione multiprofessionale"*. (p. 313) Mettendo quindi il focus sul lavoro di rete per poter garantire un'adeguata presa a carico del paziente e dei suoi bisogni.

Per quanto riguarda l'équipe multidisciplinare, dalle interviste è emerso che la figura dell'AS è **indispensabile/fondamentale** per quanto concerne il lavoro di équipe ma anche e

soprattutto, in merito alla partecipazione nella ricerca del benessere psico-fisico dei pazienti. Infatti, gli intervistati riportano quanto segue: Psicologo e Psicoterapeuta in formazione:

In questi settori è importantissimo (...) è utilissimo quando la persona mi porta questa sofferenza legata a queste situazioni, io posso accogliere la sofferenza e poi quello che posso fare è quello di fare affidamento su un Assistente sociale. (...) mi è capitato anche di proporlo poiché io non posso aiutare la persona in questo senso e glielo dico chiaramente (...) quindi è fondamentale. (...) Già avere qualcuno con cui parlare e condividere questi problemi più pratici, dando consigli o aiutandolo a scrivere e a fare, sicuramente da sollievo alla persona;

Medico Psichiatra Assistente:

È fondamentale per alcuni pazienti costruire una rete che tuteli anche l'aspetto sociale. (...) Ti faccio un esempio recente di un paziente per cui abbiamo fatto una richiesta Al ed è andato in una struttura residenziale, per questo mi è fondamentale l'AS (...) in rete mi dice che con questo paziente, le possibilità sono queste, possiamo agire così;

Infermiere in salute mentale:

Ho imparato ad apprezzare questa figura professionale più da quanto sono qui al Servizio perché c'è più collaborazione. (...) trovo molto interessante anche fare le visite domiciliari insieme perché si va a parlare di argomenti differenti ma il cui obiettivo è sempre il progetto della persona. (...) Avere la figura dell'AS ti permette di agganciare il paziente da un punto di vista differente (...) si sente magari soddisfatto perché raggiunge degli obiettivi in termini proprio di sostegno economico. (...) Sto imparando tante cose solo grazie al lavoro che sto facendo con l'AS;

Medico Psichiatra Capo Clinica:

(...) noi abbiamo a carico una tipologia di pazienti tendenzialmente grave (...) per noi è una figura assolutamente indispensabile perché sono pazienti con situazioni spesso di vita, sociali, finanziarie e lavorative, complicatissime. Spesso ti portano oltre allo stato psichico, tutta una serie di problemi correlati e sicuramente influenzati dalla patologia (...) la figura dell'AS è la figura con la quale condivido questo carico di problemi (...) ci aiuta a districare un po' tutte queste situazioni e a mettere delle priorità;

Medico Psichiatra PC:

(...) mi capita spesso di chiederle una mano perché il sistema comunque è molto complesso e non è facile districarsi tra le mille istituzioni (...) ci mancano le competenze degli AS che in questo ci aiutano molto nell'indirizzare nel dire – magari prova a chiedere a questo piuttosto che a quest'altro – (...) io gli dico il bisogno clinico del paziente e quella che è la prospettiva e l'AS ci aiuta a declinare questa cosa nel concreto e quindi, questo è estremamente utile dal mio punto di vista. (...) L'AS non è strutturata nella nostra équipe cosa che invece se fosse, sarebbe ancora più utile e arricchente.

Alla domanda in cui l'AS viene paragonato ad una figura che potrebbe esercitare "controllo" sulla vita della persona (in termini amministrativi), quale ad esempio un curatore, risulta che per i pazienti il suo ruolo sia chiaro. Elemento che fa accettare con più facilità il suo intervento. Infatti, gli intervistati confermano: l'Infermiere in salute mentale:

Non mi è mai capitato, più che l'AS è il curatore che vedono come forma di controllo. Nella mia poca esperienza qui e nella mia esperienza in CPC, quando avevamo a che fare con l'AS era per portare la possibilità di soddisfare delle richieste che in genere partivano sempre dal paziente. Invece, a figura del curatore no, veniva un po' come figura di controllo che non permetteva di spendere e spendere e che metteva dei limiti;

Medico Psichiatra Capo Clinica:

Allora a me non è mai capitato, credo che (il rifiuto) possa succedere perché comunque è una persona in più che va ad indagare gli aspetti della vita privata delle persone (...) potrebbero esserci delle resistenze, forse la cosa che temono di più i pazienti è che quella persona possa andare in giro a dire delle cose (...) rassicuriamo sempre sull'aspetto del segreto professionale";

Medico Psichiatra Assistente: "In realtà ho sempre avuto un'esperienza in cui l'AS era ben accettato"; Psicologo e Psicoterapeuta in formazione: "In realtà non mi sono capitati troppi casi (...) in queste situazioni in realtà la persona non era confusa rispetto al ruolo dell'AS e mi portava proprio delle questioni che competevano a questo ruolo"; Medico Psichiatra PC:

S¹⁶ assolutamente no, anche perché è venuto molto spontaneo nella misura in cui lei aveva bisogno di un aiuto che io non le potevo dare (...) l'ha accettata senza nessun tipo di resistenza. N¹⁷ invece un pochino di più proprio perché data un po' la sua situazione e le sue importanti difficoltà, avere a che fare con una persona in più (...) è una fonte di grande stress, nonostante fosse chiaro che era per dare una mano a lui e per raggiungere un obiettivo che voleva lui. Formalmente l'ha accettata senza nessun tipo di difficoltà ma in realtà non è stato così evidente.

L'AS spiega che, per far sì che non venga confuso con la figura del curatore è importante che tutto sia portato sul piano del verbale senza lasciare niente in sospeso o di non detto. Inoltre, sottolinea l'importanza di presentarsi e descrivere il suo ruolo, soprattutto durante i primi incontri conoscitivi:

(...) come detto prima va spiegato fin da subito portando sul piano del verbale (...) spiegando il mio ruolo fin da subito differenziandomi da quello del curatore, ad esempio quando chiedo lo svincolo per richiedere dei documenti, già in quel momento chiarire che è per chiedere esclusivamente quel tipo di documento e che io non ho nessuna procura.

Alla luce di quanto emerso finora, tre membri su quattro¹⁸ dell'équipe multidisciplinare e il Medico Psichiatra dei PC, definiscono l'AS una **figura collante e concreta**, sia per l'équipe stessa che verso il paziente poiché, in casi di scarsa *compliance* verso la figura psichiatrica o

¹⁶ Paziente con disturbo da stress post-traumatico preso quale "caso-esempio".

¹⁷ Paziente con schizofrenia paranoide preso quale "caso-esempio".

¹⁸ L'AS non viene presa in considerazione nel conteggio dei membri dell'équipe poiché la domanda è formulata nei suoi confronti.

La relazione con il disagio psichico

in egual modo la figura associata alla malattia, l'AS garantisce un contatto regolare con la persona. Questo in quanto i colloqui con le figure terapeutiche non sempre vengono rispettati, a differenza dei colloqui con l'AS. Una possibile risposta a questi colloqui mancati potrebbe essere il fatto che quest'ultimo garantisce un sostegno concreto¹⁹ all'utenza il quale non viene collegato con il disagio psichico di cui la persona soffre. In questo modo, per il paziente diventa più semplice rispettare gli incontri poiché sono presenti meno sentimenti di "diversità"²⁰. Ciò risulta essere efficace per quanto concerne una continua presa a carico perché l'AS funge da mediatore verso il resto dell'équipe, permettendo quindi alla rete curante di rimanere aggiornata in merito alla situazione della persona. Il Medico Psichiatra Capo Clinica infatti conferma:

Chiaro che l'AS fornisce un aiuto concreto e la persona che chiaramente ha bisogno (...) è più propenso a ricordarsi di questi appuntamenti piuttosto che quelli dallo psichiatra dove magari non ci va neanche volentieri. Quindi sì, ci capitano persone che magari ci saltano un appuntamento che però mantengono un contatto con l'AS più regolare". (...) persone difficili da vedere che sappiamo che vanno dall'AS gli diamo l'appuntamento il giorno stesso.

Inoltre, il Medico Psichiatra Capo Clinica riporta il fatto che quasi tutti i pazienti che sono seguiti all'SPS sono presi in carico anche dall'AS e in situazioni un po' delicate e di cui non sono disponibili molte informazioni, l'AS esegue visite a domicilio così da poter avere una visione più ampia della persona anche nel proprio contesto di vita, riportando maggiori dettagli anche alla figura terapeutica:

(...) soprattutto in situazioni un po' dubbie dove non sappiamo bene com'è la situazione fuori, c'è qualche cosa che non ci rende tranquilli (...) abbiamo questa possibilità²¹ chiaramente con l'accordo del paziente. (...) l'AS va al domicilio e questo è un po' il modo per avere uno sguardo a 360° sulla vita della persona e sull'ambiente in cui vive. (...) il fatto che va l'AS al domicilio è un po' più rassicurante piuttosto che venga in prima battuta lo psichiatra, dove vivono di più il giudizio";

Medico Psichiatra Assistente:

Sì, allora ti dico molto spesso con i pazienti che hanno una scarsa compliance, l'AS mi fa da campanello d'allarme piuttosto che mi racconta cosa è successo. (...) sicuramente è di aiuto con i pazienti che saltano i colloqui"; Infermiere in salute mentale SPS "Sì con un paziente che ho preso in carico da quando sono arrivato qua. (...) È stato un buon aggancio presentare l'AS (...) io ho proposto per agganciare la sorella e quindi agganciare la paziente (...) di contattare l'AS;

Medico Psichiatra PC:

Spesso i pazienti trovano sia più sensato vedere un'AS che non vedere un dottore o uno psicologo nel senso che, spesso questi pazienti non ritengono di avere un problema di salute, psicologico o medico e invece si rendono conto (...) di avere

¹⁹ Alcuni esempi di sostegno amministrativo: gestione burocrazia, rinnovo USSI, compilazione dei vari formulari (es: AI, PC), stesura di varie lettere, richiesta documenti, compilazione tasse, mediazione tra i vari servizi e con l'équipe curante, reinserimento nella società, ecc.

²⁰ Pregiudizi e sentimenti di inadeguatezza.

²¹ Si riferisce alla visita domiciliare.

La relazione con il disagio psichico

delle difficoltà a livello sociale (...) sono problemi più concreti e tangibili, li riconoscono. (...) la figura dell'AS è molto molto importante perché può essere la porta di entrata in psichiatria per questi pazienti che hanno bisogno dello psichiatra ma che un po' lo rifiutano ma riconoscono dei bisogni sociali.

Lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione invece, non ha mai riscontrato questa situazione, immaginandola però fattibile: *“A me non è mai capitato, nel senso che non ho mai avuto molte esperienze e non sono qua da tanto. Immagino possa succedere, mi è capitato con altre figure (...) e di conseguenza posso immaginare anche con l'AS”.*

L'AS conferma quanto finora riportato dall'équipe multidisciplinare considerandosi d'accordo con chi sostiene che è una figura di aggancio con l'équipe terapeutica:

Uno dei nostri compiti è anche fungere da – collante – tra l'équipe interna e l'équipe del territorio (...) e può anche essere che il paziente in noi, non veda tanto il medico o la figura più legata all'aspetto della salute (...) ma vede in noi la figura che magari lo aiuta concretamente (...) e che lo supporta in quegli aspetti concreti e pratici anche per evitare l'isolamento sociale.

Anche Silvia Carbone, nel suo articolo “L'assistente sociale in psichiatria. Riflessioni ai margini di una professione” (2018) descrive l'AS quale *“(...) punto di vera forza del servizio (...) l'anello di congiunzione tra le diverse professionalità presenti nel percorso di cura del paziente”* (p. 120) questo in quanto ha il compito di mediare tra servizi, familiari e rete curante e soprattutto, mantenere una relazione terapeutica stabile e continuativa. Cosa che porta benessere alla persona poiché permette di costruire una relazione basata sulla fiducia verso il professionista, il quale consente di costruire e stabilire a sua volta dei contatti anche con le altre figure professionali. (Ziliani & Rovai, 2013) Confermando quanto riportato dagli intervistati in merito alla figura collante dell'AS nei confronti dell'équipe.

Infine, alla domanda: se **l'assenza di una formazione psichiatrica** da parte dell'AS può influire sulla relazione con il paziente o nella collaborazione con i colleghi dell'équipe, è emerso che potrebbe influire ma l'AS parte già con un bagaglio personale e professionale acquisito nel tempo, cosa che dovrebbe alleviare, in parte, questa “mancanza”. Inoltre, le competenze più specifiche collegate a questo contesto, vengono apprese man mano che svolge il proprio lavoro. In più, il fatto di lavorare e collaborare a stretto contatto con figure mediche specializzate in psichiatria permette all'AS di apprendere ulteriormente sia l'aspetto relazionale sia quello della diagnosi, attraverso colloqui condivisi, riunioni d'équipe e formazioni organizzate dal servizio. A riportare ciò sono il Medico Psichiatra Capo Clinica: *“(...) è un qualche cosa che acquisisce man mano che svolge il suo lavoro, (...) ci dev'essere una predisposizione individuale (...), altrimenti non è il caso che si approccia a questo tipo di paziente (...);* lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione: *“penso che qualche corso lo faccia sulla psichiatria (...) se c'è un paziente che lo vediamo scompensato, lavoriamo in équipe e magari lo comunichiamo all'AS”;* il Medico Psichiatra Assistente: *“in realtà no, perché secondo me deve avere le sue competenze professionali e poi una competenza relazionale adeguata”;* l'Infermiere in salute mentale:

Sicuramente può influire (...) anche la collaborazione con i medici è importante. (...) se l'AS non ha esperienza nell'ambito, che ci sia sempre un'altra figura medico infermieristica. (...) penso che se vuoi fare l'AS e vuoi lavorare nell'ambito sociale ma con pazienti psichiatrici dovresti fare anche una formazione.

Viene sottolineato dunque che una formazione in psichiatria è auspicabile ma l'importante è come il professionista si pone di fronte ad una persona con disagio psichico offrendo quindi il proprio rispetto poiché *“chi parte svantaggiato ha il diritto di essere aiutato e sostenuto con disponibilità e competenza professionale”*. (Ziliani & Rovai, 2013, p. 36)

In conclusione, ciò che differenzia un AS da un altro sono le qualità distintive dell'etica professionale rappresentate da *competenze* caratterizzate da un costante aggiornamento e uno scambio continuo di esperienze e capacità con le altre figure professionali; dalla *coscienza dei valori* attuati con lo scopo di valorizzare la dignità e l'integrità della persona a cui viene offerto il sostegno; dalla *coerenza del comportamento* orientando e condividendo il progetto di aiuto con la persona in questione e con la rete terapeutica attiva, attraverso la messa in pratica dei valori e dei principi affini alla professione dell'AS. (Ziliani & Rovai, 2013)

4.2.3 La multidisciplinarietà

Per quanto concerne il lavoro multidisciplinare, tutti gli intervistati ne riportano i benefici definendolo una grande **risorsa**, sia nell'ottica di una presa a carico condivisa di un paziente ma anche e soprattutto, per i vari ruoli presenti nell'équipe come confermano gli intervistati di seguito. Il Medico Psichiatra Capo Clinica: *“Partiamo dai benefici che sono sicuramente maggiori (...)”*; l'AS: *“Io personalmente, lavorando in un'équipe multidisciplinare non ho nessun aspetto di criticità o negativo da poter dare, ma solo rimandi positivi”*; lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione: *“In realtà lo vedo come una risorsa”*; l'Infermiere in salute mentale: *“Penso che sia un grosso vantaggio quello di lavorare in un'équipe multidisciplinare”*; il Medico Psichiatra Assistente: *“Allora, lati positivi, ti dico ci sono pazienti che hanno proprio bisogno di un'équipe data dall'infermiere, medico, assistente sociale, psicologo...”*; il Medico Psichiatra PC: *“È un lavoro stimolante e arricchente”*.

L'importanza e la necessità di una multidisciplinarietà viene avallata anche dalle scrittrici Annamaria Ziliani e Beatrice Rovai (2013), le quali sostengono che: *“Negli ultimi decenni, sia da un punto di vista teorico che pratico viene affermata e sostenuta la necessità di una convergenza di competenze professionali diverse, di una multidisciplinarietà e di una dimensione collettiva nell'approccio alle problematiche del territorio”*. (p. 45) Anche Neil Thompson nel suo libro “Lavorare con le persone” (2015) conferma quanto finora emerso mettendo l'accento sull'importanza della collaborazione multidisciplinare nel lavoro con le persone ed evidenziando in particolare alcuni elementi principali affinché ciò possa avvenire: *evitare stereotipi, comprendere i rispettivi ruoli, riconoscere i valori e le priorità degli altri, evitare gerarchie e personalismi, essere centrati sulla persona e puntare su una buona comunicazione*. (p. 308-311)

È emerso un altro tema in comune, ovvero il **confronto con gli altri professionisti**: il Medico Psichiatra Capo Clinica, l'Infermiere in salute mentale e l'AS, hanno evidenziato l'importanza di scambiarsi *feedback* continui, sia per quanto riguarda l'andamento del paziente e la sua *compliance* nel continuare a lavorare insieme al progetto sia perché questo scambio di informazioni e competenze permette un arricchimento personale e professionale in termini di esperienza lavorativa. Infatti, come riporta il Medico Psichiatra Capo Clinica:

I benefici sono che ognuno porta il proprio sguardo, la propria valutazione (...) è una cosa che arricchisce la visione globale del paziente. Perché siamo figure diverse con formazioni diverse (...) alcuni vedono il paziente fuori, alcuni qua in ambulatorio e già vedere una persona in un ambiente diverso, il confronto che porta è comunque un arricchimento. (...) Si ha una visione molto più ampia, molto più globale e poi è uno scambio perché se io propongo qualche cosa chiaro che prima mi confronto sempre con l'équipe.

Affermazione che viene rafforzata e riconfermata anche dall'Infermiere in salute mentale, il quale sostiene che:

(...) secondo me ogni figura ti può insegnare qualche cosa (...), lo vedo tutti i giorni dalla semplice riunione del mercoledì²² dove anche solo il confronto e la diversa

²² L'SPS organizza settimanalmente due riunioni in cui vengono presentati i casi nuovi, riportano i casi particolarmente difficili e come affrontarli e avvengono le segnalazioni interne al servizio.

La relazione con il disagio psichico

modalità dei medici di presentare i casi, il ragionamento clinico (...) sono tutte perle preziosissime.

Anche l'AS mette il focus sul fatto che lavorare in un'équipe multidisciplinare arricchisce il suo bagaglio professionale e formativo:

(...) al di là del lavoro in équipe, quindi di trarre un insegnamento dal caso singolo che ho con gli altri colleghi, ma anche rispetto alle varie formazioni, supervisioni e intervioni che facciamo dove sicuramente, il confronto con l'altro aiuta tantissimo sia nella crescita professionale (...) ma anche nella relazione.

Il confronto tra i vari professionisti è pertanto essenziale anche per poter avere uno sguardo più ampio sulla vita del paziente, perché come è stato sottolineato dal Medico Psichiatra Assistente, è proprio il paziente stesso ad avere bisogno di una presa a carico a 360° da un'équipe multidisciplinare: *“Ci sono pazienti che hanno proprio bisogno di un'équipe multidisciplinare. È importante non perdere i pezzi, nel senso che è importante fare dei feedback in merito a come sta procedendo il paziente sui vari fronti”*. Inoltre, avere uno sguardo più ampio e attento sulla persona, permette di comprendere meglio che tipo di intervento attuare affinché questo sia più utile e mirato per i bisogni del paziente, come riporta il Medico Psichiatra Capo Clinica (v. Allegato 6). Questo in quanto gli interventi che vengono svolti in favore del paziente sono costruiti ad hoc in base alla situazione personale vissuta ed è quindi fondamentale conoscere bene la persona con lo scopo di rispondere al meglio alla sua richiesta di aiuto. L'operatore sociale e il terapeuta non devono dimenticare che la persona a cui offrono il proprio sostegno, soffre di un disagio psichico che spesso mina diversi contesti di vita, come riportano le interviste, attivando dunque una risposta multidisciplinare, il Medico Psichiatra Capo Clinica: *“In generale influenza negativamente la qualità di vita, forse gli aspetti più influenzati sono quello lavorativo, relazionale e sociale e quindi direi che il peso della malattia psichica influisce notevolmente nella vita delle persone”*; il Medico Psichiatra Assistente: *“Influisce tantissimo, è una sofferenza intrinseca e molto forte che mina la relazione con gli altri e fa sentire diversi”*; lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione: *“Ha sicuramente un impatto nella vita della persona in varie forme. Certe persone riescono magari semplicemente con degli aiuti ogni tanto che possono essere psicologici, infermieristici o solo il medico o solo l'assistente sociale, magari altri hanno bisogno di strutture”*; l'Infermiere in salute mentale: *“Al 300%. (...) sarai sempre visto come “diverso”*; l'AS:

Il disagio psichiatrico è parte della vita di una persona affetta dalla malattia e dalla sofferenza, per tanto nella presa a carico va presa a carico una persona per la sua totalità, tenendo quindi in considerazione anche tale aspetto, che può sicuramente influire sull'andamento della vita.

Per permettere quindi che venga costruito un progetto sulla persona, è necessaria una buona comunicazione, collaborazione e condivisione fra i vari ruoli. Infatti, un altro aspetto rilevante emerso, oltre appunto ai feedback e al confronto tra i vari membri dell'équipe, è proprio la **comunicazione**, che viene riportata più volte anche dallo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione. L'intervistato di fatto evidenzia il rischio di una triangolazione tra le figure terapeutiche e il paziente ma anche possibili crisi all'interno dell'équipe se questa venisse a mancare: *“(...) l'importanza è la comunicazione e l'unica cosa che potrebbe succedere è la triangolazione”*. Affermazione confermata anche dal Medico Psichiatra Assistente: *“Ogni tanto è importante fare un feedback in merito a come sta procedendo il paziente nei vari fronti”*.

La relazione con il disagio psichico

Pertanto, per far sì che questa eventualità non avvenga, il Servizio Psico-sociale durante la settimana ha in programma riunioni d'équipe - in cui il professionista ha la possibilità di riportare delle difficoltà riscontrate - oppure ha la possibilità di chiedere consigli agli altri membri dell'équipe, come anche incontri specifici (intervisioni / supervisioni) al fine di poter esporre in modo più specifico e attento questo tipo di difficoltà. Inoltre, così facendo, viene a crearsi l'occasione di potersi confrontare direttamente con i colleghi e ottenere suggerimenti in merito a come agire successivamente. I momenti di supervisione danno anche la possibilità per avere un'opinione esterna al servizio da parte di una figura professionale specializzata che ascolta il caso presentato e offre una visione diversa rispetto a quella finora mantenuta. In questo modo dà la possibilità all'équipe ma soprattutto a chi espone il caso, di intervenire su fronti che non aveva preso in considerazione.

Non è da dimenticare un elemento fondamentale affinché quanto indicato finora possa avvenire, ovvero la **creazione di un rapporto con gli altri membri dell'équipe** come sostiene anche l'Infermiere in salute mentale:

(...) penso che sia un grosso vantaggio quello di lavorare in un'équipe multidisciplinare perché se hai un atteggiamento umile e se non hai bisogno di dimostrare il ruolo che hai, secondo me ogni figura ti può insegnare qualche cosa. Se non hai bisogno di difenderti e quindi se non metti in atto tutti quei meccanismi di difesa per cui sei impaurito da tutto quello che ti accade e se sei te stesso, dall'équipe multidisciplinare puoi imparare tantissimo (...).

Questione che viene confermata anche dalle scrittrici Beatrice Rovai e Annamaria Ziliani (2013), le quali infatti, citano: *"(...) É quindi importante che il professionista crei un rapporto con gli altri membri dell'équipe con un senso di autocritica: evitando dunque atteggiamenti difensivi e conflittuali ma sviluppando comportamenti di crescita e collaborazione reciproca"*. (p. 46)

Per quanto riguarda ciò che finora è emerso in merito alle competenze che un'équipe in generale - ma in questo caso multidisciplinare - dovrebbe avere ossia, collaborazione, condivisione, comunicazione, un obiettivo comune e la conoscenza dei ruoli altrui, anche le scrittrici Annamaria Ziliani e Beatrice Rovai (2013), concordano in merito. Difatti, sempre nel loro libro *"Assistenti sociali professionisti – Metodologia del lavoro sociale"* (2013), riportano le principali competenze di un lavoro integrato tra professionisti diversi confermando quindi quanto emerso dagli intervistati:

- *Raccordo e condivisione di tecniche e strategie operative;*
- *Realizzazione di un approccio comune per una visione unitaria dei bisogni delle persone e del contesto territoriale;*
- *Ricerca e definizione di codici comunicativi e di metodologie organiche;*
- *Intesa unitaria di perseguire obiettivi condivisi con le persone, per verificarne gli esiti rimodulabili secondo le necessità.* (p.46)

Inoltre, è stata sottolineata l'importanza di una persona di riferimento per poter garantire dei risultati positivi. Per l'équipe, certo, ma soprattutto in risposta ai bisogni delle persone. Inoltre, il compito dell'operatore di riferimento, è quello di coordinare le attività e mantenere attivo il senso del lavorare insieme. All'SPS è presente il Capo équipe che gestisce le varie riunioni

settimanali ed è la persona di riferimento a cui chiedere aiuto nel caso in cui un membro dell'équipe dovesse riscontrare delle difficoltà particolari come anche per avere una seconda opinione se necessario. Quindi la comunicazione e i feedback continui *“prevedono comunanza di metodo poiché le scelte relative agli interventi richiedono unità di intenti; pertanto, la definizione di azioni e strategie di risoluzione dovrà rappresentare la “sintesi” dei punti di vista, delle conoscenze e competenze di ciascuno”*. (Ziliani & Rovai, 2013 p. 47)

Neil Thompson nel suo libro *“Lavorare con le persone”* (2016) rimarca e riconferma il concetto di collaborazione indicando che ogni collaborazione professionale causa una serie di differenze che potrebbero portare ad un conflitto. Pertanto saper collaborare con i vari membri equivale a saper lavorare con le diversità in modo costruttivo senza che queste ostacolino gli sviluppi dell'intera équipe.

Infine, anche Ennio Ripamonti nel suo libro *“Collaborare”* (2018) afferma quanto finora detto dagli intervistati e dagli autori, definendo la collaborazione *“un'azione congiunta per il raggiungimento di obiettivi condivisi”* (p. 79) citando cinque elementi fondamentali necessari per poter rendere possibile un lavoro comune. Elementi che sono emersi anche dalle interviste, quali *“comunicazione e ascolto, coordinamento, tolleranza e fiducia reciproca, interesse allineati e norme e istituzioni”*. (Ripamonti, 2018, p. 79)

Infine, solo tre intervistati su sei menzionano alcuni **aspetti di criticità** nel lavoro d'équipe. Lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione riprende il concetto della comunicazione evidenziando, come riportato in precedenza, che in assenza di questo elemento in un'équipe multidisciplinare, si possono creare dinamiche che rischiano di mettere a repentaglio la relazione con il paziente. *“A volte, quando magari non si comunica e c'è una persona che cerca di triangolare per ottenere cose sue, può succedere che mette un po' in crisi”* racconta lo Psicologo e Psicoterapeuta in formazione.

Ciò riconferma l'importanza di uno scambio continuo di informazioni per far sì che non si realizzino situazioni di disagio. Il Medico Psichiatra Capo Clinica fa emergere delle difficoltà in merito a visioni e opinioni contrastanti sui pazienti, cosa che porta poi a fare un importante lavoro per giungere ad un compromesso. Questo dal momento che all'interno dell'équipe sono coinvolte più persone. Sottolinea però che non è una cosa che capita di frequente (v. Allegato 6). Difficoltà riscontrata anche dal Medico Psichiatra PC il quale cita: *“A volte le relazioni con gli altri professionisti sono conflittuali e spesso molto faticose”*. Quest'ultimo però, non partecipa alle riunioni settimanali dell'équipe e nemmeno alle supervisioni/formazioni/intervisioni in programma.

Anche Neil Thompson (2016) è d'accordo con quanto emerso in queste ultime affermazioni concernenti l'emergere di criticità nel lavoro in un'équipe multidisciplinare in assenza di un continuo scambio fra i membri. Infatti, egli rimarca l'importanza di una collaborazione all'interno di tale équipe multidisciplinare, poiché questa collaborazione potrebbe evitare l'insorgere di problemi, quali:

- Vuoti di potere: una persona potrebbe ottenere aiuto da due persone ma finisce per non riceverlo da nessuno;
- Sovrapposizioni e sprechi di risorse: aiuti sovrapposti da più persone, mal utilizzo delle risorse disponibili e situazioni di ostacolo tra le varie persone;
- Spinte contrastanti.

Per queste ultime, sottolinea che la mancanza di comunicazione e dunque, il fatto che “*non tutti parlano la stessa lingua*” (Thompson, 2016 p. 306) può generare delle difficoltà. Dal momento in cui viene a crearsi questo tipo di situazione, la sua gestione può risultare problematica, sia per gli operatori coinvolti in quanto, gestire dei conflitti potrebbe diventare spiacevole e difficile, sia per la persona stessa poiché rischia di non ricevere l'aiuto che richiede. O addirittura, ottiene un un sostegno contraddittorio. Per questo motivo nella collaborazione multidisciplinare, Neil Thompson (2016) reputa indispensabile conoscere, comprendere e valorizzare il ruolo degli altri affinché una situazione di disagio come quella sopra descritta, non avvenga.

5. Conclusioni

Alla luce di quanto raccolto dalle interviste ed in seguito esaminato grazie all'analisi dei risultati e all'indagine stessa, ritengo di aver potuto rispondere alla mia domanda di ricerca e di essere riuscita ad esporre soprattutto nel capitolo della dissertazione, il ruolo che l'Assistente sociale ricopre all'interno di un'équipe multidisciplinare medica psichiatrica nella presa a carico di pazienti con disagio psichico.

In particolare, l'importanza della creazione di una relazione terapeutica il cui scopo è quello di garantire la realizzazione di un progetto condiviso tra AS/figura terapeutica e paziente. Infatti, attraverso l'analisi dei risultati è emerso che l'AS risulta avere un'importanza rilevante per l'équipe, la quale la definisce una figura collante per diversi fattori (elencati in seguito), ma rappresenta anche una risorsa per quanto riguarda l'aggancio con il paziente che permette il prosieguo del progetto terapeutico.

Il primo fattore riguarda in primo luogo il sostegno sociale nei confronti dell'équipe terapeutica da parte dell'AS.

Di fatto, uno dei suoi compiti, consiste nel comprendere cosa è possibile attivare, a quali prestazioni è possibile accedere e a chi rivolgersi affinché ciò avvenga, con l'obiettivo di favorire un miglioramento nelle condizioni di vita della persona.

Questo è fattibile attraverso una strutturazione della giornata tramite i programmi di reinserimento offerti dai vari servizi (AI, USSI, URC). Proprio a questo proposito, il mondo delle assicurazioni sociali è molto vasto e intricato pertanto il suo ruolo risulta essere prezioso per l'équipe multidisciplinare poiché permette di orientare, favorendo in modo concreto la realizzazione di un progetto terapeutico, facilitandone l'accesso. Ciò è possibile proprio perché l'AS è l'unico rappresentante del lavoro sociale all'interno dell'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale e questo comporta il riconoscimento del suo ruolo da parte degli altri professionisti attuando così una relazione paritaria fra i membri. A conferma di quanto appena esposto, gli intervistati considerano questa figura professionale *indispensabile* per l'équipe, proprio perché funge da porta di accesso sia al mondo delle assicurazioni sociali sia alla vita delle persone.

Inoltre, affinché quanto sopraccitato sia realizzabile, l'AS ha anche il compito di mediare tra l'équipe terapeutica interna al servizio e la rete esterna, e cioè tra e per i vari servizi presi in considerazione per collaborare alla costruzione del progetto terapeutico.

Il secondo fattore si ricollega a quanto esposto sopra e concerne la flessibilità e la disponibilità dell'AS, che ha la responsabilità di compiere diversi compiti, oltre a quelli più concreti e pratici come quelli sopraccitati. Infatti, l'AS affiancando i vari professionisti dell'équipe in quasi tutte le prese a carico attive al servizio, sembrerebbe assumere un ruolo di supporto per le altre figure professionali quali i membri dell'équipe con cui collabora a stretto contatto. Oltre a condividere con l'AS il lavoro più pratico, è presente anche il carico emotivo che ogni situazione comporta. Pertanto, al di là delle competenze analitiche²³ e delle competenze di intervento²⁴ messe in pratica, sarebbe opportuno che vengano attuate anche competenze di riflessione

²³ Osservazione e descrizione del caso attraverso un approccio professionale; messa in pratica di strumenti interpretativi per l'analisi del caso; integrazione del punto di vista dell'utenza e degli altri attori coinvolti. (Profilo di competenze)

²⁴ Progettazione e realizzazione di obiettivi concordati in base alla domanda, in collaborazione con l'utenza e la rete; strutturazione dell'intervento operativo con l'obiettivo di utilizzare le risorse dell'utenza; valutazione e adeguatezza degli interventi assumendone la responsabilità; utilizzo di strategie funzionali per situazioni critiche, di stress; ecc. (Profilo di competenze)

La relazione con il disagio psichico

professionale²⁵ e competenze personali²⁶ alfine di salvaguardarsi ed evitare di assorbire e far proprie le difficoltà altrui che il professionista riscontra durante i vari colloqui, come riferisce l'AS quando parla di "giusta distanza".

Il terzo fattore interessa la relazione terapeutica instaurata tra AS e paziente che permette la creazione di un rapporto terapeutico basato principalmente sulla fiducia, elemento questo che sta alla base di un qualsiasi progetto condiviso. Dal momento che avviene l'aggancio e il paziente sente di potersi fidare dell'AS, quest'ultimo in alcune occasioni, assume il ruolo di "contatto principale" con il paziente, diventando quindi mediatore fra lui e l'équipe terapeutica. Questo poiché talvolta per il paziente recarsi presso una figura professionale strettamente correlata alla sfera psichiatrica diventa difficoltoso, dal momento che lo sottopone ad un esame di realtà che probabilmente non intende affrontare visto che lo metterebbe di fronte alla sua malattia. Pertanto, gli incontri tra AS e utente diventano essenziali anche per l'équipe terapeutica per il fatto che permettono di mantenere una certa continuità nello scambio di informazioni in merito alla vita della persona.

Il quarto fattore riguarda il lavoro dell'équipe multidisciplinare in un quadro più generale, considerato da tutti i membri dell'équipe, una risorsa importante. Questo perché attraverso la comunicazione e ai feedback continui tra i vari ruoli, viene garantito uno scambio regolare di idee e suggerimenti che consentono di creare nuove possibilità di intervento.

A questo proposito, vengono organizzati momenti specifici quali, interviste e supervisioni per dare modo a chi si trova in difficoltà, di illustrare all'intera équipe una situazione particolare per la quale intende chiedere un supporto in merito ai passi successivi da intraprendere. Inoltre, le interviste riportano come questi momenti siano un arricchimento del proprio bagaglio professionale e personale confermando dunque quanto il lavoro in un'équipe multidisciplinare, sia fondamentale per questo tipo di prese a carico.

Pertanto, alla luce di quanto esposto, la figura dell'AS - unica in campo sociale - si dimostra essere fondamentale per quanto riguarda la qualità della risposta alla richiesta di aiuto che viene formulata da parte delle persone che si recano al servizio. Inoltre, risulta esserci anche un buon riscontro e una buona accettazione nei confronti di questa figura professionale per quanto riguarda l'équipe multidisciplinare e per chi beneficia del suo sostegno.

Reputo però necessario sottolineare che questi risultati sono frutto di sole sei interviste. Con un numero maggiore, probabilmente avrebbero potuto dare la possibilità per ottenere altri esiti, che magari a loro volta avrebbero generato altri argomenti e approfondimenti. Inoltre, per quanto concerne i risultati, essi presentano una coerenza comune tra gli intervistati, senza incontrare particolari discrepanze. In caso contrario, forse avrebbero offerto uno spunto di riflessione più ampio e un'analisi più attenta verso altri fattori. In più, una piccola criticità riscontrata durante la stesura del presente Lavoro di Tesi riguarda le interviste vere e proprie: mi sono resa conto che alcune domande poste durante gli incontri con gli intervistati avrebbero

²⁵ Riconoscere la possibilità o i limiti di un intervento professionale basati su specifici servizi; riconosce le proprie norme/valori e quelle altrui integrandoli nell'agire professionale; riflessione critica in base al proprio agire professionale. (Profilo di competenze)

²⁶ Riconoscere l'influenza delle proprie caratteristiche personali nella relazione professionale; riflessione sulle proprie rappresentazioni, atteggiamenti nei confronti dell'utenza riconoscendone gli effetti; valutazione delle proprie competenze rispetto a utenza, compiti e ambiti lavorativi; organizzazione e pianificazione autonoma del proprio lavoro; riconoscere in sé l'emergere di fenomeni di stress, conflitto, crisi e come affrontarli; riconoscere i propri limiti di sapere e agire. (Profilo di Competenze)

La relazione con il disagio psichico

potuto essere approfondite maggiormente, le quali magari avrebbero potuto arricchire ulteriormente il presente Lavoro di Tesi.

Infine, per quanto concerne il mio percorso personale e professionale, svolto proprio al Servizio Psico-Sociale di Viganello, sono molto soddisfatta di quanto è emerso in merito alla figura dell'AS da parte dell'équipe multidisciplinare. Sentire dei *feedback* così positivi espressi con altrettanta positività e soddisfazione, mi ha fatto molto piacere. Soprattutto perché avendo lavorato a stretto contatto con questa figura professionale, ho compreso maggiormente l'impegno e la responsabilità messi in atto per poter migliorare lo stato di benessere delle persone in difficoltà. Ovviamente non erano rivolti alla mia persona o al mio operato, ma poter vedere e toccare con mano i molteplici lati di una figura come l'AS all'interno di un contesto psichiatrico con figure prettamente formate nella psichiatria, mi ha emozionata e mi ha fatto desiderare di poter ricevere, un giorno, anche io dei riscontri così positivi da parte dell'équipe con cui andrò a collaborare.

Tutto ciò mi ha permesso di capire con maggior sicurezza che tipo di AS voglio diventare, mettendo al primo posto l'ascolto, l'accoglienza, l'empatia come anche l'empowerment del paziente, promuovendo il raggiungimento di un livello di autodeterminazione che possa favorire concretamente il suo senso di appagamento e di soddisfazione personale.

6. Bibliografia

806.100—Legge sull'assistenza sociopsichiatrica, n. 806.100, Divisione della salute pubblica (1999).

Boccianti, N. (2017). *Compliance: Il paziente, il medico e il rispetto della terapia*. Treccani, il portale del sapere.

Campanini, A. (2021). *Nuovo dizionario di servizio sociale* (10^a ed.). Carocci editore.

Carbone, S. (2018). *L'assistente sociale in psichiatria: Riflessioni ai margini di una professione*. Franco Angeli.

Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (A c. Di). (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità* (1^a ed.). Gius. Laterza & Figli Spa.

Carey, M. (2013). *La mia tesi in servizio sociale. Come preparare un elaborato finale basato su piccole ricerche qualitative* (A. Pasini & M. L. Raineri, Trad.). Edizioni Centro Studi Erickson.

Centro d'informazione AVS/AI. (2022).

Charon, R., & Castiglioni, M. (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti* (C. Delorenzo, Trad.). Cortina Raffaello.

Civita, A. (2005). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*. Guerini e Associati.

Gius, E. (2007). *Chi opera il cambiamento è sempre la relazione*.

Greco, M. I. (2008). *Capire la psichiatria. Manuale introduttivo* (1^o edizione). Maggioli Editore.

Pewzner, E. (2002). *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto* (M. R. Monti, A c. Di; G. Kado, Trad.). Einaudi.

Presentazione OSC - OSC (DSS)—Repubblica e Cantone Ticino. (s.d.).

Raineri, M. L. (2021). *Assistente sociale domani* (Vol. 2). Erickson.

Rinaldi, B. (2010). Otto Kernberg e la diagnosi dei disturbi gravi di personalità. *Centro Studi di Psicologia e Letteratura*.

Ripamonti, E. (2018). *Collaborare. Metodi partecipativi per il sociale*. (2^o edizione). Carocci.

Thompson, N. (2016). *Lavorare con le persone. Far emergere il meglio dalle relazioni*. (Nuova edizione). Edizioni Centro Studi Erickson.

Ziliani, A., & Rovai, B. (2013). *Assistenti sociali professionisti. Metodologia del lavoro sociale*. Carocci Faber.

Sitografia

<https://www.treccani.it/vocabolario/maieutica/>

https://it.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel

https://it.wikipedia.org/wiki/Sigmund_Freud

<https://www.treccani.it/enciclopedia/cloropromazina/>

<https://it.wikipedia.org/wiki/Psichiatria>

<https://www.treccani.it/vocabolario/fluttuazione/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/identificazione-proiettiva>

[https://it.wikipedia.org/wiki/Jean_Bergeret_\(psicanalista\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Jean_Bergeret_(psicanalista))

https://it.wikipedia.org/wiki/Emil_Kraepelin

https://it.wikipedia.org/wiki/Eugen_Bleuler

https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/D-124_SPS_depliant.pdf

Immagine di copertina

<https://www.google.ch/search?q=relazioni+umane&tbm=isch&hl=it&sa=X&ved=2ahUKEwjn2ebS0974AhXJyqQKHVkpAKQQRNwCKAB6BAgBEFo&biw=1276&bih=737#imgrc=eUQw8rUdMkHP6M>

7. Allegati

Allegato 1: Legge del 1904, nr. 36 – Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati;

Allegato 2: Legge 431 del 1968 - Provvidenze per l'assistenza psichiatrica;

Allegato 3: Legge del 1978, nr. 180 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori;

Allegato 4: Mail datato 31 maggio 2022 del Dr. Carlevaro;

Allegato 5: Intervista Medico Psichiatra Assistente, SPS;

Allegato 6: Intervista Medico Psichiatra Capo Clinica, SPS;

Allegato 7: Intervista Infermiere in salute mentale, insegnante / esperto clinica, SPS;

Allegato 8: Intervista Psicologo, Psicoterapeuta in formazione, SPS;

Allegato 9: Intervista Medico Psichiatra Progetti Complessi Sottoceneri;

Allegato 10: Intervista Assistente Sociale, SPS;

Allegato 11: Mansionario Assistente sociale – CPC;

Allegato 12: Tabella di esposizione dei risultati.

Allegato 1 – Legge del 1904, nr. 36 – Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.

Legge 14 febbraio 1904, n. 36.

Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati

(pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904)

art. 1.

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere.

Può essere consentita dal Tribunale, sulla richiesta del procuratore del re, la cura in una casa privata, e in tal caso la persona che le riceve e il medico che le cura assumono tutti gli obblighi imposti dal regolamento.

Il direttore di un manicomio può sotto la sua responsabilità autorizzare la cura di un alienato in una casa privata, ma deve darne immediatamente notizia al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

art. 2.

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese. Ogni manicomio dovrà avere un locale distinto e separato per accogliere i ricoverati in via provvisoria.

L'autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base a certificato medico, ma è obbligata a riferirne entro tre giorni al procuratore del re, trasmettendogli il cennato documento.

Tanto il pretore quanto l'autorità locale di pubblica sicurezza, nei casi suindicati, debbono provvedere alla custodia provvisoria dei beni dell'alienato.

Con la stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'art. 330 del codice civile, sino a che l'autorità giudiziaria abbia pronunciato sull'interdizione.

E' loro applicabile l'art. 2120 del codice civile.

Il procuratore del re deve proporre al tribunale, per ciascun alienato, di cui sia autorizzata l'ammissione in un manicomio o la cura in una casa privata, i provvedimenti che convenisse adottare in conformità delle disposizioni contenute nel titolo X, libro I, del codice civile.

art. 3.

Il licenziamento dal manicomio degli alienati guariti, è autorizzato

Con decreto del presidente del tribunale sulla richiesta o del direttore del

manicomio, o delle persone menzionate nel primo comma dell'articolo precedente o della Deputazione provinciale.

Negli ultimi due casi dovrà essere sentito il direttore.

Sul reclamo degli interessati il presidente potrà ordinare una perizia.

In ogni caso contro il decreto del presidente è ammesso il reclamo al tribunale.

Il direttore del manicomio può ordinare il licenziamento, in via di prova, dell'alienato che abbia raggiunto un notevole grado di miglioramento e ne darà immediatamente comunicazione al procuratore del re e all'autorità di pubblica sicurezza.

art. 4.

Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati, ed è responsabile dell'andamento del manicomio e della esecuzione della presente legge nei limiti delle sue attribuzioni. esercita pure il potere disciplinare nei limiti del seguente articolo.

Alle sedute della Deputazione provinciale o delle commissioni e consigli amministrativi, nelle quali debbansi trattare materie tecnico-sanitarie, il direttore del manicomio interverrà con voto consultivo.

art. 5.

I regolamenti speciali di ciascun manicomio dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa, come quelle relative alle nomine del personale tecnico-sanitario, al numero degli infermieri in proporzione degli infermi, agli orari di servizio e di libertà, ai provvedimenti disciplinari da attribuirsi secondo i casi, alla competenza dell'amministrazione o del direttore, e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Detti regolamenti dovranno essere deliberati, sentito il direttore del manicomio, dall'Amministrazione provinciale dalla commissione amministrativa, se trattasi di opera pia, e saranno approvati dal consiglio superiore di sanità con le forme e modi stabiliti dall'art. 198 della legge comunale e provinciale.

art. 6.

Nulla è innovato alle disposizioni vigenti circa l'obbligo delle provincie di provvedere alle spese pel mantenimento degli alienati poveri.

La spesa pel trasporto di questi al manicomio è a carico dei comuni nei quali essi si trovano nel momento in cui l'alienazione mentale viene constatata; quella per ricondurli in famiglia è a carico della provincia a cui incombeva l'obbligo del mantenimento; quella pel trasferimento da un manicomio all'altro a carico della provincia che l'ha ordinato.

Le spese di qualunque genere per gli alienati esteri sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in manicomi giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato pPei condannati fino al termine di espiazione della pena e pei giudicabili fino al giorno in cui l'autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a carico di essi.

Negli altri casi, compreso quello contemplato dall'art. 46 del codice penale, la competenza della spesa è regolata dalle norme comuni.

art. 8.

La vigilanza sui manicomi pubblici e privati e sugli alienati curati in casa privata è affidata al ministro dell'interno ed ai prefetti.

Essa è esercitata in ogni provincia da una commissione composta dal prefetto, che la presiede, del medico provinciale e di un medico alienista nominato dal ministro dell'interno.

Il ministro deve disporre ispezioni periodiche.

E' applicabile ai manicomi pubblici e privati la disposizione dell'art. 35 della legge 22 dicembre 1888 sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono impostate nel bilancio del Ministero dell'interno, salvo rimborso dalle amministrazioni interessate, secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni delle disposizioni contenute nella presente legge e nel regolamento. Alle dette amministrazioni è fatto salvo il regresso contro gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese, sono decise, anche nel merito, dalla IV sezione del Consiglio di Stato, in camera di consiglio.

art. 9.

Nel caso di gravi trasgressioni della presente legge e del relativo regolamento il prefetto, senza pregiudizio delle sanzioni penali che fossero applicabili, può sentito il consiglio provinciale di sanità, al quale è per l'oggetto aggregato il medico alienista, di cui all'articolo precedente, sospendere o revocare l'autorizzazione di apertura e di esercizio pei manicomi privati.

Contro tale provvedimento è ammesso il ricorso al ministro dell'Interno, il quale provvede, sentito il Consiglio di Stato o il Consiglio superiore di sanità, a seconda dell'indole della controversia.

Pei manicomi pubblici si provvede in conformità della legge che regola l'ente, al quale appartengono.

art. 10.

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e 124 del regolamento amministrativo 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti i manicomi pubblici e privati.

¹ - Legge "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" 13 maggio 1978, n. 180.

La **legge Basaglia** impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il [trattamento sanitario obbligatorio](#), istituendo i servizi di igiene mentale pubblici. Successivamente la legge conflui nella [legge 833/78](#) del 23 dicembre 1978, che istituì il [Servizio Sanitario Nazionale](#).

La legge 180 ha demandato tutta l'attuazione alle Regioni. Al momento della sua approvazione nel 55% delle province italiane esisteva un ospedale psichiatrico pubblico, il 18% si avvaleva di istituzioni private ed il 27% inviava i propri cittadini in manicomi di altre province.

[dal sito <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/basaglia.html>]

Allegato 2 – Legge del 1968, nr. 432 – Provvidenze per l'assistenza psichiatrica

**LEGGE 18 MARZO 1968, n. 431 (GU n. 101 del 20/04/1968)
PROVVIDENZE PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA. (PUBBLICATA NELLA
GAZZETTA UFFICIALE N.101 DEL 20 APRILE 1968)**

Preambolo

*LA CAMERA DEI DEPUTATI ED IL SENATO DELLA REPUBBLICA HANNO APPROVATO;
IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
PROMULGA*

LA SEGUENTE LEGGE:

ART. 1. STRUTTURA INTERNA DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO

GLI OSPEDALI PSICHIATRICI DIPENDENTI DALLA PROVINCIA E DA ALTRI ENTI PUBBLICI DEVONO ESSERE COSTITUITI DA DUE A CINQUE DIVISIONI, CIASCUNA DELLE QUALI CON NON PIÙ DI 125 POSTI-LETTO.

ART. 2. PERSONALE DELL'OSPEDALE

OGNI OSPEDALE PSICHIATRICO DEVE AVERE UN DIRETTORE PSICHIATRA, UN MEDICO IGIENISTA, UNO PSICOLOGO E PER OGNI DIVISIONE UN PRIMARIO, UN AIUTO ED ALMENO UN ASSISTENTE.

L'OSPEDALE DEVE INOLTRE AVERE IL PERSONALE IDONEO PER UNA ASSISTENZA SANITARIA, SPECIALIZZATA E SOCIALE.

TALE PERSONALE È ASSUNTO PER PUBBLICO CONCORSO.

DOVRÀ ESSERE IN OGNI CASO ASSICURATO IL RAPPORTO DI UN INFERMIERE PER OGNI TRE POSTI-LETTO E DI UNA ASSISTENTE SANITARIA O SOCIALE PER OGNI CENTO POSTI LETTO.

FINO A QUANDO NON VERRÀ DIVERSAMENTE DISPOSTO CONTINUERANNO AD AVERE VIGORE LE NORME CHE DISCIPLINANO LO STATO GIURIDICO, IL TRATTAMENTO ECONOMICO, DI PREVIDENZA, ASSISTENZA E QUIESCENZA DEL PERSONALE DIPENDENTE DAGLI OSPEDALI PSICHIATRICI DELLE PROVINCE E DEGLI ALTRI ENTI PUBBLICI.

I REGOLAMENTI SPECIALI PER CIASCUN OSPEDALE PSICHIATRICO DOVRANNO CONTENERE LE DISPOSIZIONI DI INDOLE MISTA SANITARIA ED AMMINISTRATIVA RELATIVE ALLE NOMINE DEL PERSONALE, SALVO CHE SIA DIVERSAMENTE STABILITO DA VIGENTI NORME, AGLI ORARI DI SERVIZIO, ALLE SANZIONI DISCIPLINARI E AD ALTRI PROVVEDIMENTI DELL'INDOLE SUINDICATA.

ART. 3. PERSONALE DEI CENTRI DI IGIENE MENTALE

I CENTRI O SERVIZI DI IGIENE MENTALE ISTITUITI DALLE PROVINCE, OVE NON DIPENDANO DAL DIRETTORE DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO, DEVONO ESSERE DIRETTI DA UN DIRETTORE PSICHIATRA. AL CENTRO ED AI SERVIZI DA ESSO DIPENDENTI SONO ASSEGNATI, DI REGOLA, ALMENO UN PEDO-PSICHIATRA ED UN PSICOLOGO, MEDICI PSICHIATRI, ASSISTENTI SOCIALI, ASSISTENTI SANITARIE, PERSONALE INFERMIERISTICO ED

AUSILIARIO.

ART. 4. AMMISSIONE VOLONTARIA E DIMISSIONI

L'AMMISSIONE IN OSPEDALE PSICHIATRICO PUÒ AVVENIRE VOLONTARIAMENTE, SU RICHIESTA DEL MALATO, PER ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO E CURA, SU AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO DI GUARDIA. IN TALI CASI NON SI APPLICANO LE NORME VIGENTI PER LE AMMISSIONI, LA DEGENZA E LE DIMISSIONI DEI RICOVERATI DI AUTORITÀ.

LA DIMISSIONE DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI PSICHICI RICOVERATE DI AUTORITÀ, AI SENSI DELLE VIGENTI DISPOSIZIONI, NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI È COMUNICATA ALL'AUTORITÀ DI PUBBLICA SICUREZZA, AD ECCEZIONE DEI CASI NEI QUALI IL RICOVERO DI AUTORITÀ SIA STATO TRASFORMATO IN VOLONTARIO. TALE COMUNICAZIONE HA CARATTERE ASSOLUTAMENTE RISERVATO E NON PUÒ FORMARE OGGETTO DI NOTIZIA, SALVA LA FACOLTÀ DI DARNE INFORMAZIONE, IN VIA EGUALMENTE RISERVATA, AD ALTRE AUTORITÀ DELLO STATO CHE NE FACCIANO RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE A FINI DI ISTITUTO.

ART. 5.

CONCORSO DELLO STATO NELLE SPESE DEGLI ENTI PUBBLICI PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA E DELLE PROVINCE

LO STATO CONCORRE AI MAGGIORI ONERI DERIVANTI ALLE PROVINCE E AGLI ENTI DA CUI DIPENDANO OSPEDALI PSICHIATRICI, PER L'ASSUNZIONE DELLE NUOVE UNITÀ DI MEDICI, PSICOLOGI, INFERMIERI, ASSISTENTI SANITARIE VISITATRICI ED ASSISTENTI SOCIALI AI SENSI DEL PRECEDENTE ARTICOLO 2 E PER L'ASSUNZIONE DI PERSONALE INDICATO NELL'ARTICOLO 3 NONCHÉ PER I MIGLIORAMENTI ECONOMICI AI MEDICI ATTUALMENTE IN SERVIZIO NEI LIMITI DEI SEGUENTI STANZIAMENTI DA ISCRIVERSI NELLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ:

LIRE 8.000 MILIONI PER L'ANNO 1968;

LIRE 12.000 MILIONI PER L'ANNO 1969;

LIRE 16.000 MILIONI PER L'ANNO 1970;

LIRE 23.394 MILIONI PER L'ANNO 1971 E SUCCESSIVI.

L'ASSUNZIONE DEL PERSONALE OCCORRENTE PER RAGGIUNGERE I MINIMI RICHIESTI DALL'ARTICOLO 2 E PER SODDISFARE ALTRE ESIGENZE DI PERSONALE DI CUI ALL'ARTICOLO 3 NEI LIMITI RITENUTI NECESSARI, DOVRÀ AVVENIRE GRADUALMENTE IN RELAZIONE ALLE SOMME STANZIATE NELLO STATO DI PREVISIONE DELLA SPESA DEL MINISTERO DELLA SANITÀ.

IL MINISTRO PER LA SANITÀ, CON PROPRI DECRETI, DI CONCERTO CON IL MINISTRO PER L'INTERNO LIMITATAMENTE AI CENTRI O SERVIZI DI

IGIENE MENTALE E AGLI OSPEDALI PSICHIATRICI DIPENDENTI DALLE PROVINCE, AUTORIZZERÀ ANNUALMENTE PER CIASCUNA PROVINCIA O ALTRO ENTE PUBBLICO DA CUI DIPENDANO OSPEDALI PSICHIATRICI IL NUMERO DELLE NUOVE UNITÀ DI PERSONALE DA ASSUMERE E LE RELATIVE SPESE.

AI FINI DEL CONCORSO DELLO STATO PREVISTO DAL PRESENTE ARTICOLO, SI TIENE CONTO:

a) PER IL PERSONALE DI NUOVA ASSUNZIONE, DEGLI STIPENDI E DELLE ALTRE INDENNITÀ A CARATTERE CONTINUATIVO COMUNEMENTE CORRISPOSTE, NELLE MISURE STABILITE DAL COMMA SEGUENTE ESCLUSE LE INDENNITÀ PER LAVORO STRAORDINARIO;

b) PER IL PERSONALE MEDICO IN SERVIZIO ALLA DATA DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, DELLA DIFFERENZA FRA GLI STIPENDI TIPO E LE INDENNITÀ STABILITE A NORMA DEL COMMA SEGUENTE ED IL TRATTAMENTO ECONOMICO IN GODIMENTO ALLA STESSA DATA.

CON DECRETO DEL MINISTRO PER LA SANITÀ, DI CONCERTO CON I MINISTRI PER L'INTERNO E PER IL TESORO, DA EMANARE ENTRO TRE MESI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, SARANNO STABILITI, SENTITE LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DI CATEGORIA PER I MIGLIORAMENTI DEI MEDICI, GLI STIPENDI TIPO PER CIASCUNA CATEGORIA DI PERSONALE E LE VOCI E LE MISURE DELLE INDENNITÀ DI CUI ALLA LETTERA A) DEL PRECEDENTE COMMA.

L'EROGAZIONE DEI FONDI È CONDIZIONATA ALLA PROVA DELL'EFFETTIVA ASSUNZIONE DEL PERSONALE E ALLA CORRESPONSIONE DEI MIGLIORAMENTI ECONOMICI AI MEDICI.

ALL'ONERE DERIVANTE DALL'APPLICAZIONE DEL PRIMO COMMA DEL PRESENTE ARTICOLO PER L'ANNO FINANZIARIO 1968 SI FA FRONTE MEDIANTE RIDUZIONE DEL FONDO ISCRITTO NELLA PARTE CORRENTE DELLO STATO DI PREVISIONE DEL MINISTERO DEL TESORO DESTINATO AL FINANZIAMENTO DEI PROVVEDIMENTI LEGISLATIVI IN CORSO PER L'ESERCIZIO MEDESIMO.

IL MINISTRO DEL TESORO È AUTORIZZATO A PROVVEDERE, CON PROPRI DECRETI, ALLE OCCORRENTI VARIAZIONI DI BILANCIO.

ART. 6. CONTRIBUTI A PROVINCE

IL MINISTRO PER LA SANITÀ È AUTORIZZATO A CONCEDERE, SUI FONDI STANZIATI CON IL PRECEDENTE ARTICOLO 5, CONTRIBUTI A QUELLE PROVINCE CHE, NON DISPONENDO DI OSPEDALE PSICHIATRICO PROPRIO ED AVVALENDOSI, IN BASE A REGOLARI CONVENZIONI, DI ISTITUTI OSPEDALIERI ERETTI IN ENTE MORALE E NON AVENTI FINALITÀ DI LUCRO, PROVVEDANO A MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI MALATI DI MENTE SECONDO I CRITERI DELLA PRESENTE LEGGE.

ART. 7. RIMBORSI

I MEDICI PROVINCIALI SONO AUTORIZZATI A CORRISPONDERE LE SOMME DOVUTE ALLE AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI PER GLI OSPEDALI DA ESSE GESTITI E AGLI ENTI PUBBLICI DA CUI DIPENDONO OSPEDALI PSICHIATRICI AI SENSI DEL PRECEDENTE ARTICOLO CON ORDINATIVI TRATTI SU APERTURE DI CREDITO CHE IL MINISTERO DELLA SANITÀ POTRÀ EMETTERE ENTRO IL LIMITE CHE NON SUPERI L'IMPORTO DI LIRE 300 MILIONI PER CIASCUNA APERTURA DI CREDITO, IN DEROGA AL DISPOSTO DI CUI ALL'ARTICOLO 56 DEL REGIO DECRETO 18 NOVEMBRE 1923, NUMERO 2440, MODIFICATO DALLA LEGGE 2 MARZO 1963, N. 386.

LE AMMINISTRAZIONI DEGLI ENTI INDICATI NEL PRECEDENTE COMMA DEVONO ALLEGARE ALL'ISTANZA DI RIMBORSO I SEGUENTI ATTI:

- a) PROVVEDIMENTO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ CON IL QUALE SONO STATI DETERMINATI IL NUMERO DEL PERSONALE DA ASSUMERE E L'AMMONTARE DELLE SPESE GRAVANTI SUL BILANCIO DELLO STATO;
- b) PROVVEDIMENTI DA CUI RISULTINO L'EFFETTIVA ASSUNZIONE DEL PERSONALE E LA CORRESPONSIONE DEGLI STIPENDI E DELLE INDENNITÀ AMMESSE AL RIMBORSO.

ART. 8. CONTRIBUTI PER LE ATTREZZATURE TECNICO-SANITARIE

A VALERE SULLE DISPONIBILITÀ DEL FONDO NAZIONALE OSPEDALIERO DI CUI ALL'ARTICOLO 33 DELLA LEGGE SUGLI ENTI OSPEDALIERI E SULLA ASSISTENZA OSPEDALIERA, IL MINISTERO DELLA SANITÀ PUÒ CONCEDERE CONTRIBUTI E SUSSIDI AGLI OSPEDALI PSICHIATRICI DIPENDENTI DALLE PROVINCE E DA ALTRI ENTI PUBBLICI, PER IL RINNOVO DELLE ATTREZZATURE TECNICO-SANITARIE DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI DI IGIENE MENTALE, PER IL MIGLIORAMENTO E ADEGUAMENTO DI ESSE NEI CASI IN CUI LA QUOTA DELLA RETTA DI DEGENZA STABILITA AI SENSI DELLE VIGENTI DISPOSIZIONI NON RIESCA A COPRIRE LE SPESE OCCORRENTI, OSSERVANDO LE NORME DELL'ARTICOLO 5 DELLA LEGGE 26 GIUGNO 1965, N. 717.

ART. 9. GARANZIA PER L'ASSUNZIONE DEI MUTUI

LA CASSA DEPOSITI E PRESTITI E GLI ENTI ED ISTITUTI PUBBLICI AUTORIZZATI A CONCEDERE MUTUI GARANTITI DA DELEGAZIONI AI COMUNI E ALLE PROVINCE POSSONO CONCEDERE MUTUI ANCHE AGLI ENTI PUBBLICI DA CUI DIPENDANO OSPEDALI PSICHIATRICI PER LA COSTRUZIONE DI NUOVI OSPEDALI, L'AMPLIAMENTO, LA TRASFORMAZIONE E L'AMMODERNAMENTO DEGLI OSPEDALI ESISTENTI, NONCHÉ PER L'ACQUISTO DELLE RELATIVE ATTREZZATURE DI PRIMO IMPIANTO.

CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA,, SU PROPOSTA DEL MINISTRO PER IL TESORO, SARANNO DEFINITE LE MODALITÀ RELATIVE

AL CONFERIMENTO DELLE DELEGAZIONI.

GLI ENTI DI PREVIDENZA SONO AUTORIZZATI, NEI LIMITI DEL 10 PER CENTO DELLE DISPONIBILITÀ INVESTIBILI IN BENI PATRIMONIALI, A CONCEDERE MUTUI AGLI ENTI DA CUI DIPENDANO OSPEDALI PSICHIATRICI.

ART. 10.**FINANZIAMENTO PER LE COSTRUZIONI ED ATTREZZATURE OSPEDALIERE PSICHIATRICHE**

FINO A QUANDO NON SARANNO ISTITUITE LE REGIONI A STATUTO ORDINARIO, IL MINISTRO PER I LAVORI PUBBLICI, DI CONCERTO CON IL MINISTRO PER LA SANITÀ, CONCEDE ALLE PROVINCE E AGLI ENTI DA CUI DIPENDANO OSPEDALI PSICHIATRICI I CONTRIBUTI PREVISTI DALLA LEGGE 3 AGOSTO 1949, N. 589, DALLA LEGGE 30 MAGGIO 1965, N. 574 E DALLA VIGENTE LEGGE SUI CONTRIBUTI PER LE COSTRUZIONI OSPEDALIERE E PER L'ESTENSIONE DELLA LEGGE 30 MAGGIO 1965, N. 574, ALLE CLINICHE UNIVERSITARIE, NEI LIMITI DA QUESTE STABILITI.

ART. 11. ABROGAZIONE

È ABROGATO L'ARTICOLO 604, N. 2, DEL CODICE DI PROCEDURA PENALE PER QUANTO ATTIENE ALL'OBBLIGO DELL'ANNOTAZIONE DEI PROVVEDIMENTI DI RICOVERO DEGLI INFERMI DI MALATTIE MENTALI E DELLA REVOCA DI ESSI NEL CASELLARIO GIUDIZIARIO.

NORMA TRANSITORIA**ART. 12.**

LE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE DA CUI DIPENDONO ATTUALMENTE OSPEDALI PSICHIATRICI, PER QUANTO CONCERNE IL NUMERO DELLE DIVISIONI, PROVVEDERANNO AD ADEGUARSI AI LIMITI FISSATI DALL'ARTICOLO 1 ENTRO IL TERMINE DI CINQUE ANNI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE.

LA PRESENTE LEGGE, MUNITA DEL SIGILLO DELLO STATO, SARÀ INSERTA NELLA RACCOLTA UFFICIALE DELLE LEGGI E DEI DECRETI DELLA REPUBBLICA ITALIANA. È FATTO OBBLIGO A CHIUNQUE SPETTI DI OSSERVARLA E DI FARLA OSSERVARE COME LEGGE DELLO STATO.

DATA A ROMA, ADDÌ 18 MARZO 1968

SARAGAT

MORO - MARIOTTI - TAVIANI - COLOMBO - PIERACCINI - REALE - BOSCO - GUI

VISTO, IL GUARDASIGILLI: REALE

Allegato 3 – Legge del 1978, nr. 180 – Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Legge 13 maggio 1978, n. 180

"Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

pubblicata nella Gazz. Uff. 16 maggio 1978, n. 133.

Art. 1

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale.

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel

precedente comma.

Art. 3

Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e

configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4
Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulla richiesta di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5
Tutela giurisdizionale.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle

parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6

Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui ai successivi commi.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo - che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 - al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7

Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti la assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, numero 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restano ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione

delle province di Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decorrenza dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri (2).

Art. 8

Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici.

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9**Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici.**

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10**Modifiche al codice penale.**

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: "di alienati di mente".

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: "di infermi di mente o".

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: "a uno stabilimento di cura o".

Art. 11**Norme finali.**

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati" e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

(1) Vedi, ora, gli artt. 64 e segg., L. 23 dicembre 1978, n. 833.

(2) Vedi, ora, l'art. 64, L. 23 dicembre 1978, n. 833.

Allegato 4 – Mail Dr. Carlevaro del 01.06.2022

Da: Ferrari Plebani Maruska <Maruska.Ferrari@ti.ch>
Oggetto: I: R: Dottore avrei bisogno della sua memoria
Data: 1 giugno 2022 11:30:20 CEST
A: "sara.zeindler@outlook.com" <sara.zeindler@outlook.com>

Da: tcarlevaro@bluewin.ch <tcarlevaro@bluewin.ch>
Inviato: martedì, 31 maggio 2022 14:12
A: Ferrari Plebani Maruska <Maruska.Ferrari@ti.ch>
Oggetto: Re: R: Dottore avrei bisogno della sua memoria

Prego.

Certo che lo può fare. Ma oggi ho il tempo di verificare meglio le date - ossia le date - con precisione.

A dopo.

Saluti.

Dr TC

----- Messaggio originale -----

Da : Maruska.Ferrari@ti.ch

Data : 31/05/2022 - 11:30 (OE)

A : tcarlevaro@bluewin.ch

Oggetto : R: Dottore avrei bisogno della sua memoria

Buongiorno Dr. med. Carlevaro,

la ringrazio per il prezioso materiale; sapevo che potevo contare su di lei.

Anche la nostra giovane Assistente sociale la ringrazia tanto e mi chiede se può utilizzare ufficialmente il suo scritto da inserire nella tesi.

Nuovamente grazie.

Un caro saluto da Viganello.

Maruska

Da: tcarlevaro@bluewin.ch <tcarlevaro@bluewin.ch>
Inviato: martedì, 31 maggio 2022 08:17

A: Ferrari Plebani Maruska <Maruska.Ferrari@ti.ch>

Oggetto: Re: Dottore avrei bisogno della sua memoria

Salve, Maruska, la spero bene.

"Non ufficialmente", il Dr Bosia mi aveva "commissionato" a Locarno e Bellinzona, un giorno e mezzo per "sede", presso il SMP, ma per occuparmi di pazienti adulti, tra il 1972 e il 1974. Non ero solo: per ambedue le sedi c'erano sia uno psicologo, sia un'assistente sociale. Uno per ambedue le sedi, intendo. Poi, quando sono tornato nel 1978, ho trovato, sia a Locarno sia a Bellinzona, c'era un'assistente sociale. Una per sede. Ne sono ripartito nel 1980, mi pare. Ma la presenza dell'assistente sociale è stata stabile. Poi, nel 1985, con la fondazione dell'OSC, la loro presenza è rimasta fino ad ora, indispensabile. Sono poi nuovamente ritornato nel 1991, fino al 2006. La situazione la conoscete già.

Saluti cordiali.

Tazio Carlevaro

----- Messaggio originale -----

Da : Maruska.Ferrari@ti.ch

Data : 30/05/2022 - 15:40 (OE)

A : tcarlevaro@bluewin.ch

Oggetto : Dottore avrei bisogno della sua memoria

Buongiorno Dottore,

la spero bene.

La nostra Assistente sociale in stage, sta completando la sua tesi e mi chiede se con la creazione dei Servizi psico-sociali (1983 vero?) da sempre è presente anche la figura dell'Assistente sociale.

Chiedo perdono se mi sono permessa...altrimenti non saprei proprio dove andare ad attingere a questa informazione.

La ringrazio infinitamente ed anticipatamente
Le invio un saluto molto Caro.

Da: Ferrari Plebani Maruska <Maruska.Ferrari@ti.ch>
Oggetto: I: Curriculum parziale
Data: 1 giugno 2022 11:29:51 CEST
A: "sara.zeindler@outlook.com" <sara.zeindler@outlook.com>

Da: tcarlevaro@bluewin.ch <tcarlevaro@bluewin.ch>
Inviato: martedì, 31 maggio 2022 14:48
A: Ferrari Plebani Maruska <Maruska.Ferrari@ti.ch>
Oggetto: Curriculum parziale

Ecco il solo errore di data.

DATE nel Ticino

Salve, Maruska, la spero bene.

"Non ufficialmente", il Dr Bosia mi aveva "commissionato" a Locarno e Bellinzona, un giorno e mezzo per "sede", presso il SMP, ma per occuparmi di pazienti adulti, tra il 1972 e il **1973**. Non ero solo: per ambedue le sedi c'erano sia uno psicologo, sia un'assistente sociale. Uno per ambedue le sedi, intendo. Poi, quando sono tornato nel 1978, ho trovato, sia a Locarno sia a Bellinzona, c'era un'assistente sociale. Una per sede. Ne sono ripartito nel 1980 mi pare. Ma la presenza dell'assistente sociale è stata stabile. Poi, nel 1985, con la fondazione dell'OSC, la loro presenza è rimasta fino ad ora, indispensabile. Sono poi nuovamente ritornato nel 1991, fino al 2006. La situazione la conoscete già.
Saluti cordiali.

Allegato 5 – intervista Medico Psichiatra Assistente SPS

Intervistatore: Puoi descrivermi chi sei e che ruolo hai qui al Servizio Psico-Sociale?

Intervistato: Il mio ruolo è quello di Medico Assistente, con formazione in psichiatria.

Intervistatore: E da quanto tempo sei qua?

Intervistato: Sono qui dal 1° settembre 2020.

Intervistatore: E come mai la psichiatria?

Intervistato: Allora, la psichiatria perché inizialmente avevo un interesse per gli aspetti psicologici quindi mi ero informata sia su cosa fosse la psicologia e la psichiatria e tutto questo ambito e mi avevano consigliato di fare il percorso di medicina per avere una visione più completa, non solo della mente ma anche del corpo e del suo funzionamento.

Intervistatore: In che modo attraverso la tua esperienza, non so se hai avuto altre esperienze in psichiatria oltre al Servizio Psico-Sociale, quanto la malattia influisce sulla vita del paziente?

Intervistato: Influisce tantissimo nel senso che, intanto è una sofferenza intrinseca e molto forte che mina le relazioni con gli altri e fa sentire diversi, non solo perché c'è quello che viene detto lo stigma da parte degli altri ma anche perché la persona si sente inadeguata. Questo un po' per tutte le patologie, c'è una sofferenza importante, insomma poi chi più chi meno, però trovo che sia un ambito apparentemente invisibile rispetto ad una patologia somatica, ma di grande sofferenza.

Intervistatore: Quale definizione a parole tue, daresti della parola relazione terapeutica? Non da dizionario ma che è nata dalla tua esperienza.

Intervistato: Intanto la relazione terapeutica, come tu giustamente dici non si impara sui manuali, si può leggere tanto ma nel momento in cui sei davanti al paziente ti devi dimenticare di questo. È molto importante l'aspetto dell'empatia. Io riesco a capire come relazionarmi con il paziente se lo capisco cioè, capisco in quel momento, ovviamente non è così immediato, come pensa, cosa sente a livello di emozioni, come reagisce. E in quello adegua la relazione. Trovo che sia una cosa che si costruisce in ogni seduta, si impara ogni volta. Almeno, questo per la mia esperienza.

Intervistatore: Hai riscontrato difficoltà nel costruire il rapporto di fiducia con il paziente? Mi immagino magari, una diagnosi un po' più importante, influisce sulla costruzione della relazione?

Intervistato: Allora sicuramente sì, le maggiori difficoltà penso si possa dire, sono con i pazienti che hanno ad esempio, schizofrenia paranoide, disturbo di personalità in senso paranoide, perché lì è proprio minata la fiducia negli altri, con una proiezione di un vissuto interno. Si dice che è come camminare sui cristalli con questi pazienti, molto spesso anche il farmaco serve quindi, si può creare una rete multidisciplinare, si agisce su più fronti ma penso

che, almeno per la mia esperienza, che siano i pazienti più difficili perché sono molto molto difesi e quindi, se si riesce un po' a scalfire questa cortina di difesa si vede un'importante fragilità. Quindi a questo punto si va a creare una sorta di relazione terapeutica che però è sempre da ristabilire ogni volta; quindi, non sai mai cosa succederà nel colloquio.

Intervistatore: Come fai a scalfire un po' questa loro reticenza, questa loro difficoltà nell'aprirsi?

Intervistato: Consideriamo i vari aspetti, questi pazienti per quanto siano aggressivi, sono molto angosciati e quindi cercando di creare un'ambiente che lo faccia sentire a proprio agio, ovviamente nei casi gravi molto spesso è necessario il farmaco. L'antipsicotico, in questo caso, aiuta a diminuire anche l'angoscia quindi crea la possibilità, la base di una relazione terapeutica.

Intervistatore: Quindi insomma, il farmaco talvolta è necessario per forza.

Intervistato: Sì, non è da demonizzare, è da usare quanto basta al minimo per riuscire a stabilire intanto, a diminuire l'angoscia del paziente, il disagio ma non fa tutto nel senso che, secondo me, se non si stabilisce una buona relazione, è solo chimica. Però ha la sua importanza.

Intervistatore: Okay, passiamo a qualche domanda sull'Assistente sociale un po' il fulcro dell'intervista. Sempre a parole tue, quale rappresentazione hai di questa figura professionale? Cercando un po' di uscire da T. ma tenendo solo il suo ruolo.

Intervistato: Intendi proprio nella mia esperienza lavorativa?

Intervistatore: Sì, non per forza solo al Servizio Psico-Sociale, se hai avuto anche esperienze passate.

Intervistato: Sì, però quando lavoravo in clinica era meno preponderante, sempre importante, però adesso ho delle prese a carico molto più a lungo termine quindi, ti parlo più dell'esperienza al Servizio Psico-Sociale.

Intervistatore: Sì, va benissimo.

Intervistato: Allora, è fondamentale per alcuni pazienti costruire una rete che tuteli anche l'aspetto sociale. Ti faccio un esempio, un giovane che va aiutato perché non riesce ad entrare nel libero mercato del lavoro oppure, ha bisogno di un aiuto in termini residenziali. Ti faccio un esempio recente di un paziente per cui abbiamo fatto una richiesta AI, è andato in una struttura residenziale, per questo mi è fondamentale l'Assistente sociale perché io ho un'infarinatura sugli aspetti che si possono vagliare ma la figura dell'Assistente Sociale che in rete mi dice che con questo paziente, le possibilità sono queste, possiamo agire così. Importanti sono gli incontri di rete. Io, solo per l'aspetto clinico, non riuscirei a dare un aiuto completo al paziente.

Intervistatore: Per la prossima domanda hai già un po' risposto; quindi, collabori a stretto contatto con l'Assistente Sociale per molti pazienti?

Intervistato: Sì, sì.

Intervistatore: Quindi, l'Assistente Sociale come è già emerso in altre interviste, risulta essere una figura concreta per il paziente, ma fa anche un po' da anello conduttore con la rete. Per esempio, magari il paziente non partecipa alle sedute di psichiatria o psicoterapia ma va agli appuntamenti con questa figura professionale perché "da i soldi" diciamo così. Sei d'accordo quindi che l'Assistente Sociale può fare da aggancio per tutta la rete?

Intervistato: Sì, allora ti dico molto spesso con i pazienti che hanno una scarsa compliance, l'Assistente Sociale mi fa da campanello d'allarme e mi dice "guarda è venuto ma non sta bene" piuttosto che mi racconta cosa è successo perché comunque l'Assistente Sociale non avrà una preparazione psichiatrica, però almeno quelli con cui ho lavorato dal punto di vista psicologico, riescono ad interagire bene con il paziente. Sì, sì sicuramente è aiuto con i pazienti che saltano i colloqui.

Intervistatore: Un tuo paziente, ha mai rifiutato l'intervento di un Assistente Sociale? Perché alcune volte può essere rappresentato come una figura di controllo, come magari il curatore. Quindi talvolta, il paziente potrebbe non accettare.

Intervistato: In realtà ho sempre avuto un'esperienza in cui l'Assistente Sociale era ben accettato.

Intervistatore: Siccome l'Assistente Sociale non ha una formazione psichiatrica ma solo un'infarinatura, trovi che possa influire sul lavoro o sulla relazione con i pazienti? Oppure addirittura, con un'altra figura professionale dell'équipe multidisciplinare?

Intervistato: In realtà no, perché secondo me deve avere le sue competenze professionali e poi una competenza relazionale adeguata. Ma forse tu dici per le diagnosi psichiatriche più gravi?

Intervistatore: Sì, anche.

Intervistato: In quel caso è giusto che ci sia un confronto con lo psichiatra nel senso, lo psichiatra può dare qualche dritta a livello relazionale. Si possono fare degli incontri di rete che trovo importanti per condividere i diversi aspetti, ecco qualora l'Assistente Sociale sentisse qualche problema o che non riuscisse in qualche cosa, ci si stringe di più in rete e si vede il paziente insieme.

Intervistatore: Partecipi a dei colloqui con l'Assistente Sociale? Anche in casi in cui il paziente ha una diagnosi importante?

Intervistato: Sì.

Intervistatore: Okay, quindi siete un sostegno reciproco?

Intervistato: Esatto, perché ti dico io invece ho un'infarinatura degli aspetti sociali ma se dovessi muovermi e decidermi a volte non so la procedura.

La relazione con il disagio psichico

Intervistatore: Tu hai già avuto occasione di segnalare un paziente all'équipe progetti complessi o di collaborare con loro?

Intervistato: Sì, ho segnalato però poi abbiamo deciso di provare a mantenere una presa a carico da parte nostra e quindi non ho mai collaborato per un paziente.

Intervistato: Ultima domanda più sull'équipe multidisciplinare in generale, hai riscontrato delle difficoltà e/o benefici nel lavorare in un'équipe con più persone "diverse"?

Intervistato: Allora lati positivi, ti dico ci sono pazienti che hanno proprio bisogno di un'équipe data dall'infermiere, medico, assistente sociale, psicologo piuttosto che, l'importante è non perdere i pezzi nel senso che, ogni tanto è importante fare un feedback in merito a come sta procedendo il paziente nei vari fronti. Altrimenti si rischia di lavorare da soli e vedo che questo funziona abbastanza bene al Servizio Psico-Sociale, c'è un buon riscontro tra le varie figure.

Allegato 6 – Intervista Medico Psichiatra Capo Clinica SPS

Intervistatore: Puoi farmi una descrizione di chi sei e che ruolo hai all'interno dell'SPS?

Intervistato: Sono un medico capo clinica dal 2020, prima ero assistente. Lavoro in SPS dal 2017. Ho finito qua la formazione.

Intervistatore: Come mai la psichiatria?

Intervistato: Allora, sono partita pensando di fare medicina e non avevo ancora le idee chiare anche se mi piaceva l'ambito della psicologia e poi, nel corso degli anni della formazione mi sono praticamente avvicinata sempre di più alla psichiatria dopo aver frequentato il reparto e fatto un po' di pratica, per quello che si poteva fare come studente universitario. È stato un ambito di cui mi sono appassionata e quindi dal terzo anno di università mi sono orientata su quello e ho deciso.

Intervistatore: Come sei arrivata all'SPS?

Intervistato: All'SPS ... be io mi sono laureata in Italia e poi ho fatto la specializzazione qua in Svizzera e ho frequentato varie cliniche. Poi sono arrivata qui con gli ultimi due anni di formazione ambulatoriale che prevedeva il percorso formativo.

Intervistatore: In che modo attraverso la tua esperienza secondo te, la malattia influisce sulla vita del paziente?

Intervistato: Allora, diciamo qualitativamente che quantitativamente?

Intervistatore: Sì.

Intervistato: Sicuramente in generale, qualsiasi tipo di disturbo psichico/psicologico può influenzare la vita delle persone. Qua vediamo diversi gradi di gravità quindi credo che dipenda dal tipo di patologia, in generale influenza negativamente la qualità di vita. Forse gli aspetti più influenzati sono quello lavorativo, relazionale e sociale quindi direi che il peso della malattia psichica è notevole nella vita delle persone. Secondo me sia nelle forme più lievi come quelle più gravi. Con delle ripercussioni su tutta la famiglia.

Intervistatore: A parole tue, attraverso la tua esperienza, quale definizione daresti alla parola "relazione terapeutica"? Non voglio una definizione da dizionario.

Intervistato: Allora, la relazione terapeutica per me, è una relazione di fiducia, di aiuto e di sostegno perché poi le persone penso che cerchino questo, di essere un po' comprese nel loro malessere, di essere ascoltate, di essere sostenute e quindi di trovare un po' un conforto. Questo perché hanno bisogno di trovare qualcuno che condivide con loro il peso della sofferenza che si portano dietro, perché tante patologie si portano dietro una sofferenza enorme e una solitudine enorme. Quindi, credo che sia questo un po' il significato della relazione che instauriamo con le persone e il fatto forse di cercare di dare loro un po' di speranza per il futuro. Perché il nostro intervento è volto come medici chiaramente a trattare

la patologia, poi chiaramente a migliorare tutti gli aspetti della vita della persona. Quindi io la vedo un po' così.

Intervistatore: Perfetto. Che tipo di difficoltà riscontri, se ti è mai successo, nel costruire un rapporto di fiducia con il paziente?

Intervistato: Allora, sono un po' prevenute le persone soprattutto con lo psichiatra, perché forse si fa un po' meno fatica a farsi aiutare nelle cose un po' più concrete e forse si va con meno difficoltà dallo psicologo ma con grande difficoltà dallo psichiatra devo dire, perché è un riconoscere di avere un problema abbastanza significativo. Quindi tante persone sono un po' prevenute, tante hanno paure, tante hanno sfiducia e non pensano che lo psichiatra possa aiutare, tante non credono nella malattia mentale quindi le grosse difficoltà sono queste secondo me. Poi dipende dal disturbo e dalle capacità personali e dal livello base della persona. Quindi questi fattori influenzano tanto il fatto di costruire la relazione terapeutica.

Intervistatore: E come cerchi di aggirare questi pregiudizi nei confronti dello psichiatra?

Intervistato: Bella domanda. Allora intanto cercando di fargli capire che non è la sola persona che in un momento della vita ha avuto bisogno di un aiuto e un sostegno. C'è tanto anche un senso di vergogna oppure di paura di rimanere segnato a vita. "Quindi vengo agganciato alla psichiatria rimarrò bollato a vita", quindi sicuramente cercare di ridimensionare questa paura e razionalizzare un po' le cose, può capitare nella vita di aver bisogno e può succedere a chiunque perché chiunque di noi può sviluppare un episodio depressivo nella vita, chiunque di noi potrebbe cadere nel consumo di qualche sostanza e via dicendo. Cercando quindi di normalizzare un po' la cosa, sicuramente questo è il primo passo. E poi bisogna andare molto per gradi, dipende dal tipo di patologia. Partire da quello che portano loro come bisogno e se vengono dallo psichiatra e ti fanno richieste che non sono la prima cosa su cui lavoreresti tu, ugualmente bisogna accogliere e lavorare su quello che portano loro anche se il nostro obiettivo sarebbe un altro. Vanno sicuramente un po' seguiti in quello che all'inizio portano loro e poi chiaro, bisogna anche confrontarli su quello che bisogna andare a lavorare però sono tutte cose che vanno fatte per gradi. Un intervento molto graduale e in punta di piedi perché si entra sempre nella vita delle persone e bisogna avere rispetto e tanta pazienza.

Intervistatore: Per i pazienti che magari sono un po' più gravi; quindi, che hanno una diagnosi un po' più "marcata" passami il termine, è una fonte di ostacolo nella creazione della relazione? Diventa più difficile costruire una relazione di fiducia?

Intervistato: Allora, sicuramente la patologia psichiatrica grave spesso si porta dietro secondo me, una critica di malattia scarsa quindi il grosso ostacolo è che magari la persona gravemente malata non riconosca questo aspetto qua e quindi non veda il bisogno di andare in cura psichiatrica. Quindi lo assocerei a questo, di non avere critica nella malattia e di essere in una condizione di bisogno. Quindi sì, tendenzialmente la gravità influenza questi aspetti.

Intervistatore: D'accordo, passiamo alle domande verso l'Assistente sociale. Quindi, è vero che qui c'è T. ma proviamo ad uscire un po' dalla sua persona e pensare solo alla sua figura professionale. Quale rappresentazione hai di questa figura professionale?

Intervistato: Tornando sul discorso che noi abbiamo a carico una tipologia di pazienti tendenzialmente grave e devo dire in particolare i medici, perché chiaramente seguiamo le situazioni più complesse, per noi è una figura assolutamente indispensabile perché sono pazienti con situazioni spesso di vita, sociali, finanziarie, lavorative complicatissime. Spesso ti portano oltre allo stato psichico, tutta una serie di problemi correlati e sicuramente influenzati dalla patologia e dal grado di gravità, che poi sono un bagaglio enorme. Quindi per me la figura dell'Assistente sociale è la figura con la quale condivido questo carico di problemi e questo bagaglio pesantissimo. Condividiamo perché è il paziente che se lo porta, ed è la figura che ci aiuta a districare un po' tutte queste situazioni e a mettere delle priorità perché a volte ci sono situazioni in cui è necessario intervenire subito o ci sono altri problemi che possono essere in un qualche modo rimandati in un secondo momento. Quindi è la figura con la quale condividiamo tutto il progetto e il percorso della persona. Ed è la figura che spesso in condizioni di patologie gravi, il paziente accetta più volentieri e può quindi essere quella figura che ci fa un po' da tramite all'inizio. Dove magari è più difficile instaurare una relazione terapeutica.

Intervistatore: Okay, quindi può darsi che prima l'aggancio parte con l'Assistente sociale e poi viene passato a voi? A te, in questo caso.

Intervistato: Nel senso che magari lo vedo io all'inizio e c'è però una situazione, una patologia grave mettiamo non curata ma tutta una serie di problematiche che per lui sono più importanti del suo stato psichico, è forse bene sostenerlo prima su quegli aspetti che per lui sono assolutamente più gravi della malattia e quindi rassicurarlo su quel punto di vista e poi iniziare la cura. Avviare le due cose dando magari più spazio ai problemi che porta lui che possono essere più sociali e finanziari, famigliari e via dicendo.

Intervistatore: Quindi insomma collabori a stretto contatto con l'Assistente sociale?

Intervistato: Sì, sì.

Intervistatore: Quando ho portato la mia tesi a intervizione, parlavate anche di visite domiciliari e quindi l'Assistente sociale è un punto di riferimento anche per quello?

Intervistato: Sì, per noi sì, perché ripeto, noi seguiamo quasi tutti i pazienti con l'Assistente sociale, ne abbiamo davvero pochi che non sono condivisi e se non c'è l'Assistente sociale c'è il curatore. Sì, nel senso che noi, soprattutto in situazioni un po' dubbie dove non sappiamo bene com'è la situazione fuori, c'è qualche cosa che non ci rende tranquilli nel senso che abbiamo qualche dubbio che la persona non riesce a gestirsi o abbiamo situazioni nuove, abbiamo questa possibilità chiaramente con l'accordo del paziente. Però magari gli chiediamo se è disposto a far sì che un appuntamento, magari non il primo, prima conosce un po' qua l'Assistente sociale e la volta dopo l'Assistente sociale va al domicilio e questo è un po' il modo per avere uno sguardo a 360° gradi sulla vita della persona e sull'ambiente in cui vive perché ci da tantissime informazioni. Anche lì secondo me, il fatto che venga l'Assistente sociale al domicilio è un po' più rassicurante piuttosto che venga in prima battuta lo psichiatra, dove vivono di più il giudizio e dove il medico vede che l'ambiente non è in ordine. Quindi anche questo è un modo per avere un occhio in più e per accertarci di alcune situazioni in cui abbiamo dei dubbi proprio sull'ambiente di vita delle persone.

Intervistatore: È emerso alcune volte che l'Assistente sociale fa un po' da anello collante per tutta la rete. Per esempio, il paziente non si presenta agli appuntamenti dello psicoterapeuta/psichiatra però piuttosto va dall'Assistente Sociale perché lui può dargli i "soldi" e perché fondamentalmente è più concreto. Sei d'accordo con questa cosa? Hai notato queste dinamiche?

Intervistato: Sì, si verificano in diverse situazioni. Chiaro che l'Assistente Sociale fornisce un aiuto concreto e la persona che chiaramente ha bisogno, perché deve compilare dei documenti o deve spedire qualche cosa, fare dei pagamenti, far delle cose ed è più propenso ricordarsi di questi appuntamenti piuttosto che di quelli dallo psichiatra dove magari non ci va neanche volentieri. Quindi sì, ci capitano persone che magari ci saltano un appuntamento che però mantengano un contatto con l'Assistente Sociale più regolare.

Intervistatore: Che poi fa da mediatore con voi?

Intervistato: Sì. Molto spesso, per esempio, persone difficili da vedere che sappiamo che vanno dall'Assistente Sociale gli diamo l'appuntamento il giorno stesso, appena termina dall'Assistente Sociale, la quale lo manda qui, così è un modo per vederlo, quindi sì sicuramente. O lo si vede insieme perché molto spesso ci sono situazioni estremamente problematiche dove lo si vede insieme. Quindi si divide un po' il colloquio, magari prima si parla delle cose più pratiche e poi si discute della situazione e lo si fa spesso in presenza dell'Assistente Sociale.

Intervistatore: Ecco, ricollegandomi a questo, il fatto che comunque l'Assistente Sociale non ha una formazione, ha un'infarinatura scolastica però insomma la nostra conoscenza su questo settore è minima, influisce sul lavoro o sulla relazione con i colleghi e/o con i pazienti?

Intervistato: Devo dire che forse dal momento in cui un'Assistente sociale decide di lavorare in un ambito psichiatrico, in un servizio come il nostro, è un qualche cosa che acquisisce man mano che svolge il suo lavoro. È chiaro che ci deve essere una predisposizione individuale perché se uno già non è tanto portato nel rapportarsi con la sofferenza psichica, non è il caso e magari si approccia a questo tipo di paziente perché è molto richiedente e sono difficili da gestire. Ma una volta che una persona decide di lavorare in un ambito così è chiaro che secondo me, le competenze e le capacità si affinano lavorando. Il grosso vantaggio è che qua molto spesso i colloqui vengono fatti comunque con il medico, l'infermiere e quindi si può apprendere parecchio con questi colloqui di rete congiunti.

Intervistatore: Questi avvengono anche se c'è un paziente un po' più delicato? Mi è capitato di assistere con te e l'Assistente Sociale ad un colloquio. La paziente toccava tematiche che interessavano l'Assistente Sociale, ma se l'Assistente Sociale deve fare un colloquio con un paziente più "problematico", il medico, lo psichiatra partecipa poi a questi colloqui come sostegno?

Intervistato: Sì, sì, devo dire che nei pazienti in generale più gravi e complessi c'è sempre una rete con più figure terapeutiche e regolarmente vengono fatti incontri di rete e l'Assistente Sociale è sempre presente come le altre figure terapeutiche. Viceversa, se l'Assistente Sociale ha in carico, è capitato per esempio di segnalazioni in prima battuta fatte all'Assistente Sociale

dove però si rende conto che non è stato corretto fare un primo colloquio solo con questa figura professionale, può chiedere del medico e assolutamente partecipa. Poi magari prende a carico il paziente e lo vede regolarmente con l'Assistente Sociale. Può succedere sì.

Intervistatore: Ti è mai capitato che un paziente ha rifiutato l'intervento dell'Assistente Sociale, magari associandolo ad una figura di controllo come può essere la figura del curatore?

Intervistato: Allora a me non è mai capitato, credo che possa succedere perché comunque è una persona in più che va ad indagare gli aspetti della vita privata delle persone dove magari il medico di quegli aspetti, non chiede tanto. Sicuramente ci potrebbero essere delle resistenze, forse la cosa che temono di più i pazienti è che quella persona possa andare in giro a dire delle cose. Noi infatti rassicuriamo sempre il paziente sull'aspetto del segreto professionale di tutte le figure. Personalmente non mi è mai capitato. Credo che possa capitare per questi motivi.

Intervistatore: Hai mai avuto occasione di segnalare un paziente all'équipe progetti complessi?

Intervistato: Sì.

Intervistatore: Quindi collaborate?

Intervistato: Sì.

Intervistatore: Hai notato una differenza tra équipe del Servizio Psico-Sociale ed équipe Progetti Complessi?

Intervistato: Allora in termini di lavoro è diverso perché loro sono un'équipe territoriale con una netta prevalenza territoriale, quindi, non sono come i nostri infermieri che stanno anche in parte in ambulatorio, e il medico stesso ha un movimento sul territorio diverso dal nostro. Quindi sicuramente c'è una differenza di questo tipo qua. Più strutturale, poi per quanto riguarda la modalità di lavoro e un po' il modo di agire, o i progetti che si fanno o un po' la modalità di interagire sia con il personale che con i pazienti no, per questo penso che lavoriamo in stretto contatto e anche con le stesse modalità.

Intervistatore: Quindi un paziente che adesso fa parte dei Progetti Complessi, comunque prima poteva essere seguito dal Servizio Psico-Sociale?

Intervistato: Sì, e ci sono pazienti che sono seguiti da entrambe le équipe. Il medico di riferimento è uno, però ci sono pazienti complessi che abbiamo visto insieme due medici o con più infermieri. A volte un paziente può essere seguito più dagli infermieri dei Progetti Complessi ma a volte c'è associato un infermiere del Servizio Psico-Sociale, c'è uno scambio regolare.

Intervistatore: L'ultima domanda riguarda un po' l'équipe multidisciplinare in generale. Quali possono essere le difficoltà oppure i benefici/risorse che hai riscontrato lavorando insieme ad altre figure professionali?

Intervistato: Partiamo dai benefici che sono sicuramente maggiori. I benefici è che ognuno apporta il proprio sguardo, la propria valutazione e quindi questo è sicuramente una cosa che arricchisce la visione globale del paziente. Perché poi siamo figure diverse con formazioni diverse e ognuno con la propria modalità di rapportarsi, alcuni vedono il paziente fuori, alcuni qua in ambulatorio e già vedere una persona in un ambiente diverso, il confronto porta comunque un arricchimento. Quindi sicuramente il vantaggio è questo che si ha una visione molto più ampia, molto più globale e poi è uno scambio, perché se io propongo qualche cosa chiaro che prima mi confronto sempre con l'équipe, e quindi è importante e necessario farlo proprio per fare un intervento più utile e mirato per i bisogni del paziente. Poi anche noi possiamo avere dei dubbi e delle incertezze e lavorare in un'équipe multidisciplinare è rassicurante perché se ho qualche difficoltà sia in termini di dubbi sia in termini di come rapportarmi con un paziente ho comunque un'équipe che mi aiuta e viceversa. Quindi questi sono i grossissimi vantaggi. Poi è un lavoro molto arricchente perché è un lavoro di continuo scambio. Sui limiti, a volte si hanno visioni un po' contrastanti sui pazienti quindi magari opinioni molto divergenti e quindi bisogna fare un grande lavoro per far convergere delle posizioni molto distanti. Devo dire che non mi capita spesso, però in alcune situazioni può succedere. Ecco magari quando ci sono coinvolte tante persone nella rete bisogna andar d'accordo con tutte le figure e a volte le varie persone coinvolte, possono avere posizioni diverse e bisogna riuscire ad integrare, non è sempre facile però secondo me la difficoltà è questa.

Allegato 7 – Intervista Infermiere in salute mentale, insegnante / esperto clinica, SPS

Intervistatore: Mi fai una descrizione di chi sei e il ruolo che hai all'interno dell'Servizio Psico-Sociale?

Intervistato: Sono un infermiere insegnante assistente, vuol dire che ho una percentuale in cui lavoro come infermiere specializzato in salute mentale e psichiatria come tutti gli altri e un'altra percentuale lavoro come insegnante assistente / esperto clinica. Significa che mi occupo di formazione, consulenza, ricerca e quindi all'interno dell'équipe tutti i nuovi progetti che vengono portati a livello direzionale vengono comunque trattati con gli insegnanti e sono poi gli insegnanti che devono portarli all'interno dell'équipe. Le valutazioni per l'attestazione delle competenze dell'équipe le devo fare io, chiaramente sempre in collaborazione con la Coordinatrice, tutta la gestione degli allievi è mia con le valutazioni e i contatti con le università ecc., e poi facciamo anche formazione sia ai neoassunti che agli allievi in formazione a scuola, in SUPSI, alla SCI ma anche in Clinica dove abbiamo le aule.

Intervistatore: E da quanto lavori qua?

Intervistato: Da novembre 2021.

Intervistatore: Ah fresco!

Intervistato: Sì, perché ho fatto da novembre 2009 a novembre 2021 alla Clinica Psichiatria Cantonale. Ho fatto 12 anni in CPC.

Intervistatore: E anche giù in CPC è presente un'équipe multidisciplinare?

Intervistato: Sì, medici, psicologici, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, ergoterapisti e basta.

Intervistatore: Hai trovato delle differenze tra l'équipe multidisciplinare del Servizio Psico-Sociale e della CPC?

Intervistato: Allora, le differenze sono che qui la collaborazione non essendo reparto, è determinante e quindi tutte le figure vedo che qua sono determinanti. Lo sarebbero anche lì, però se li stiamo parlando di reparto, è un reparto acuto dove i pazienti arrivano e stanno una media di 15/20 giorni e a volte non riesci neanche a pensare ad un progetto riabilitativo. Quindi magari, lo imposti solo ma poi il paziente o si allontana o viene dimesso o... insomma, ci sono dei fattori per cui non riesci neanche a crearlo. Però in realtà, la multidisciplinarietà è una cosa molto attiva anche lì, ci sono riunioni di progetto, ci sono collaborazioni, se vuoi puoi lavorare in équipe multidisciplinare anche là. Sicuramente lì dovrebbe essere il trampolino di lancio per pensare ad un progetto che poi dovrebbe essere portato avanti sul territorio. Quindi anche questa cosa qui è molto più evidente, perché tu hai tuoi pazienti di riferimento e per ogni paziente c'è più di un componente che da origine alla sua rete formale e informale. Quindi nella rete formale ossia quella istituzionale, le figure del medico e dell'infermiere ci sono

sempre, a volte si aggancia allo psicologo e spesso si aggancia l'Assistente sociale. Quindi da questo punto di vista qua, è molto più facile collaborare anche perché senza non ce la fai insomma.

Intervistatore: Come mai la psichiatria?

Intervistato: La psichiatria perché allora, prima facevo biologia marina.

Intervistatore: E come sei arrivato alla psichiatria?

Intervistato: Perché dovevo fare il quarto anno, finivo il terzo anno e sarei dovuto entrare in biologia marina gli ultimi due anni a Genova all'Acquario e lavorare per loro facendo la specialità, però mi avevano detto "visto che sei indietro di qualche esame, fai domanda per fare servizio civile così rimani nel Comune della città di Pavia e poi vai avanti a studiare". Invece mi hanno mandato in Croce Rossa a Como, quindi sono arrivato fuori corso e non potevo più studiare, ero lì dalla mattina alla sera. Io appassionatissimo di volo e tutto ciò che è volo mi piace e l'ho provato, mi manca solo il paracadutismo ma non è volo. Un giorno esco in ambulanza e mi dicono "dobbiamo fare un rande-vu con l'802" e io chiedo "cos'è l'802?" l'elicottero. Noi eravamo con l'ambulanza sul territorio e arrivava l'elicottero. Ad un certo punto dall'elicottero scende con la corda, una persona con scritto "Doctor". Dico "ah figo, il medico può salire sull'elicottero?" Poi ne scende un altro con scritto "Nurse" e penso a cosa sia. Mi dicono che è l'infermiere. Io adoravo l'emergenza, "quindi tu mi vuoi dire che l'infermiere può lavorare sugli elicotteri?" Sì. Okay. Allora mi sono disiscritto da biologia perdendo tutti gli esami fatti in tre anni e mi sono iscritto in scienze infermieristiche. In tre anni sono diventato infermiere con l'idea di andare a fare l'infermiere soccorritore in elicottero. Nel frattempo, ho conosciuto un'infermiera in cardiologia di cui mi sono innamorato che mi ha detto "Secondo me staresti bene in psichiatria". Così sono andato a fare uno stage in una comunità psichiatrica durante il mio tirocinio da allievo, mi sono innamorato di quella realtà e ho lasciato l'ambito dell'emergenza se non come formatore esterno, e mi hanno preso come primo lavoro, quando ho finito l'università. Ho fatto sei anni in comunità in Italia, poi sono venuto in CPC e adesso sono 17 anni e comincio ad avere una certa età.

Intervistatore: E dove ti vedi fra un paio di anni allora?

Intervistato: Ma fra un paio di anni mi vedo qua. Perché ho appena iniziato ed è un lavoro che mi piace e mi dà soddisfazioni. Mi piace il discorso della multidisciplinarietà, mi piace l'idea di continuare con la formazione, l'idea di poter fare delle visite domiciliari e fare diverse attività con i pazienti. Questo è bello. Poi va bene, nella mia carriera ho fatto tante cose e quindi c'era stato un momento in cui volevo fare il counselor, perché ho fatto un master in counselling e c'è stato un momento in cui lo stavo portando avanti ma poi è un po' complesso lavorare da solo in quell'ambito. Quindi lo utilizzo come strategia nelle mie avventure lavorative e familiari soprattutto (sorride).

Intervistatore: Bene. Attraverso la tua esperienza, in tutti questi anni in cui hai studiato e lavorato, la malattia, quindi il disagio psichico, quanto influisce sulla vita del paziente?

Intervistato: Al 300%. Perché mi rendo conto che tante delle persone che noi vediamo tutti i giorni, perché noi non vediamo solo persone con disturbi psicotici, ma vediamo persone con disturbi nevrotici e disturbi di personalità e se mi guardassi intorno con l'équipe con cui ho lavorato, ognuno di noi potrebbe in un qualche modo trovarsi in quelle situazioni. La nostra fortuna è che magari abbiamo dei fattori di resilienza maggiori, abbiamo una famiglia che ci è stata dietro in maniera più costante, ma tante volte mi sono chiesto "se mi fosse capitato anche solo 1/10 delle cose che sono capitate ai pazienti che vedo, chissà come avrei reagito". Perché tutto sommato ho sempre avuto una vita abbastanza agiata, tranquilla e senza grosse difficoltà. Se mi fosse capitata anche solo una delle cose che sento a livello di tragedie, probabilmente sarei peggio di loro e quindi penso che la malattia psichica sia peggiore di una malattia tumorale. Perché in un qualche modo con la malattia tumorale tu sai che hai tumore, puoi guarire, puoi convivere ma con la malattia psichica, non si guarisce. Impari a trattarla per permetterti di riabilitarti un pochino per stare all'interno di un contesto sociale però sarai sempre visto come un "diverso" e quindi messo un po' all'angolo e purtroppo oggi è ancora così, e poi sai che avrai sempre dei momenti di acuzia. Per non averli devi fare uso di un carico importante di farmaci che crea purtroppo tanti effetti collaterali, e quindi è un cane che si morde la coda. Puoi stare meglio da una parte ma male dall'altra. Poi fortunatamente ci sono tante persone che riescono con i farmaci di nuova generazione, ad avere dei vantaggi e a stare abbastanza bene. Però è un qualche cosa che in realtà, non auguro davvero a nessuno, davvero a nessuno. Anche perché una persona con una malattia psichica oltre alla persona che ne soffre, c'è tutto l'entourage familiare che se ne rende conto che non puoi fare niente. Che non c'è soluzione. C'è la possibilità di un miglioramento ma è un continuo adeguarsi, un continuo tra alti e bassi purtroppo.

Intervistatore: A parole tue quindi, uscendo da una definizione da dizionario, che definizione daresti alla parola "relazione terapeutica".

Intervistato: Non saprei dare una definizione da dizionario ma potrei darti la definizione che darei io. Allora che cos'è la relazione terapeutica? Allora la relazione terapeutica è un rapporto fra due persone in cui prima di tutto, sei capace di ascoltare la persona che hai di fronte con curiosità e senza giudizio e sei in grado di legittimarla. Quindi spesso mi rendo conto che qualche che far star bene le persone, è sapere che loro provano delle emozioni forti, anche emozioni negative molto forti e spesso hanno paura a provare queste emozioni. Si sentono anche in colpa a volte nel provare queste emozioni. Il riuscire ad ascoltarli con curiosità senza giudizio, quindi significa tutto un lavoro su sé stessi molto forte di consapevolezza, ti permette di sentirli legittimati nella loro sofferenza. Questo fa la differenza, se riesci a fare questo, in automatico si crea tutto quello che si trova sui libri: l'empatia, l'alleanza terapeutica quindi, se con curiosità e senza giudizio legittimi la sofferenza dell'altro, la relazione terapeutica si instaura, è questo. Poi la capacità, secondo me, per stare in una relazione terapeutica è importante essere positivi, che purtroppo non è da tutti e infatti, secondo me questo lavoro non è da tutti perché la nostra influenza, il nostro umore purtroppo condiziona tantissimo. La nostra capacità di stare nelle situazioni, non tanto del fare, purtroppo condiziona. Quindi questo è anche un aspetto che un po' è parte del carattere e un po' lo acquisisci con l'esperienza, un po' è proprio una caratteristica personale.

Intervistatore: Che tipo di difficoltà riscontri, se ti è mai capitato, nel costruire un rapporto di fiducia con il paziente? Trovi che la diagnosi faccia un po' da ostacolo?

Intervistato: La diagnosi secondo me, fa molto da ostacolo ed è per questo motivo che io non leggo mai la diagnosi. Infatti, quando io accolgo gli allievi dico loro durante la prima settimana, di non guardare la cartella informatizzata e di fregarsene delle diagnosi, ma di provare a farsi un'idea del paziente per quello che vedono. Poi dopo possono confrontarsi con la diagnosi per vedere se quello che studiano sui libri corrisponde davvero a realtà. Purtroppo, perché la diagnosi influenza tanto? Perché ci sono dei medici con formazioni differenti e quindi, mi è capitato tante volte che lo stesso paziente abbia diagnosi differenti in base al tipo di medico che vede e in base alla diagnosi, che poi viene modificata, cambiano anche la terapia. Quindi è un continuo essere sballottato e mi sono accorto che, purtroppo i pazienti non migliorano tanto con i farmaci. Ci sono dei miglioramenti ma sono così forti gli effetti collaterali che quello che fa la differenza, è la relazione terapeutica. Quindi non ci sono difficoltà per me perché non mi faccio influenzare dalla diagnosi. Più che altro, le diagnosi di cui tengo più conto sono le diagnosi nella sfera psicotica, quindi se dividiamo in tre grossi ambiti nevrosi, psicosi e disturbi border, quando si tratta di psicosi, allora sto un po' più attento alla diagnosi perché lì, la farmacoterapia incide parecchio. Sugli aspetti invece di nevrosi e di disturbi border purtroppo, spesso, più per i disturbi border, la terapia agisce più a livello sintomatico e quindi può cambiare anche abbastanza facilmente. Quindi diciamo che le diagnosi non mi influenzano tanto nella relazione con i pazienti.

Intervistatore: Perché hai già riscontrato difficoltà nel costruire una relazione di fiducia con il paziente in generale?

Intervistato: Sicuramente sì, ma non per il fatto che io so delle diagnosi, ma per il fatto che i pazienti psicotici possono avere più difficoltà a fidarsi delle persone perché magari hanno dei deliri in cui ci possono essere degli aspetti paranoici e quindi sospettano di tutto e di tutti. Quindi chiaramente creare una relazione con quel tipo di paziente è un continuo lavoro anche di psico-educazione e di esame di realtà. Quindi diventa più difficile.

Intervistatore: E se trovi queste difficoltà come riesci ad aggirarle per far sì che il rapporto di fiducia non si rompe?

Intervistato: Ma, se il rapporto di fiducia si è già creato e quindi vuol dire che puoi osare un po' di più, si fa quello che è l'intervento di esame di realtà. Quando vedi che quella persona non sta bene, quindi ci sono dei segnali precoci di crisi, tu intervieni facendoglieli notare. Chiaramente questa cosa la fai prima, nella fase in cui il paziente non è in fase acuta in modo che nella fase di stabilità, sei in grado di lavorare con lui sui segnali che potrebbero farlo stare male. Quando inizia a stare male, subito ti confronti su quello che avevi elaborato insieme prima. Se per esempio, una persona quando sta bene mangia, dorme e si lava regolarmente se comincia a non mangiare o ad essere più sporco, quello potrebbe essere un segnale precoce di crisi. Se ne hai parlato con il paziente, glielo puoi anche direttamente far notare. È chiaro che devi, come dicevi prima, avere un rapporto di fiducia. Se invece, nonostante ciò, non funziona perché la crisi peggiora abbastanza velocemente allora lì purtroppo, bisogna intervenire in équipe e talvolta con interventi forzati variando la terapia che sta prendendo.

Intervistatore: Passiamo alle domande sull'Assistente sociale. Quindi cerchiamo di non usare T. come persona ma più il suo ruolo professionale. Quale rappresentazione hai di questa figura professionale?

Intervistato: Diciamo che ho imparato ad apprezzare questa figura professionale più da quando sono in qui al Servizio perché c'è più collaborazione. Si collabora tanto e trovo molto interessante anche fare le visite domiciliari insieme perché comunque si va a parlare di argomenti differenti ma il cui obiettivo è sempre il progetto della persona. Quindi anche avere la figura dell'AS ti permette magari di agganciare il paziente da un punto di vista differente quindi per esempio, non riesci ad agganciarlo sul discorso della terapia farmacologia però ci sono degli aspetti economici o sociali che vanno trattati con l'Assistente sociale e quindi, proponi questa figura professionale e la agganci. Cominci a prendere fiducia, si stente magari soddisfatto perché raggiunge degli obiettivi in termini proprio di sostegno economico e poi da lì magari riesci ad agganciarlo al paziente anche per quello che è l'aspetto medico infermieristico. Poi sto imparando tante cose, nel senso che io lavoro nel sociale e ho a che fare con tutto quello che è il sistema di assistenza, invalidità ecc che sto conoscendo solo grazie al lavoro che sto facendo con l'Assistente Sociale.

Intervistatore: Alle prossime due domande hai già risposto. Un paziente ha mai rifiutato l'intervento dell'Assistente sociale? Nel senso, può capitare che questa figura possa rappresentare anche un po' quella che lo controlla sotto questo aspetto?

Intervistato: Non mi è mai capitato, più che l'Assistente sociale è il curatore che vedono come forma di controllo perché, nella mia poca esperienza qui e nella mia esperienza in CPC, quando avevamo a che fare con l'Assistente sociale era per portare la possibilità di soddisfare delle richieste che in genere partivano sempre dal paziente. Invece, la figura del curatore no, veniva un po' come figura di controllo che non gli permetteva di spendere e spendere e che metteva dei limiti quindi no, non l'ho mai vista come un limite assolutamente.

Intervistatore: Prima mi hai detto che l'Assistente Sociale fa un po' da aggancio, per esempio, un paziente non va agli appuntamenti con lo psichiatra o con l'infermiere però, va dall'Assistente Sociale perché lei può "dare i soldi", ad esempio attraverso il rinnovo dell'assistenza. Mi hai detto che l'hai già notata questa cosa ...

Intervistato: Sì, con una paziente che ho preso in carico da quando sono arrivato qua. È una paziente ipovedente e veniva da un'esperienza di frustrazioni, lei viveva con la famiglia anziana che dettava tutta una serie di condizioni, la sorella un po' pressante che arrivava da Zurigo quindi, con una mentalità diversa, lei molto depressa perché ha cominciato ad avere questi disturbi della vista negli ultimi due anni e quindi panico. Ho fatto anche fatica ad agganciarla perché io prendevo il posto di un infermiere che era andato via e che la seguiva da tanto tempo. È stato un buon aggancio presentare l'Assistente Sociale perché ad un certo punto, la sorella voleva portare avanti una domanda per l'Assegno grandi invalidi proprio per questo problema. Io ho proposto, per agganciare la sorella e quindi agganciare la paziente, "se vuole la può far con noi questa cosa, contattiamo il nostro Assistente Sociale e portiamo avanti la domanda". Poi ci ha fatto un po' penare perché essendo zurighese era un po' particolare nelle modalità, però alla fine abbiamo portato avanti questa cosa e siamo riusciti a fare poi un colloquio con l'Assistente Sociale e la sorella, che alla fine era la sua rete più stretta, e così dopo agganciare nuovamente la sorella. Tant'è che adesso è tornata al Centro Diurno dell'Unitas, per ipovedenti e si trova molto bene, ma è partito tutto dall'aggancio con l'Assistente Sociale. Prima non avevo molti motivi per andare a trovarla perché lei ci rifiutava abbastanza. Essendo l'Assistente Sociale una figura con una formazione differente, è

interessante lavorare con lei, come lo sarebbe comunque anche con un medico o con una psicologa, perché puoi vedere questo professionista all'opera con metodiche differenti. Anche solo nella comunicazione e nella modalità di stare nella relazione e quindi è sempre un modo per prendere e imparare insomma.

Intervistatore: Ecco agganciandomi al fatto che non ha una formazione in psichiatria, influisce sul lavoro, relazione paziente / colleghi?

Intervistato: Sicuramente può influire, perché ho avuto altre esperienze con altre Assistenti Sociali che non avevano idea di che tipo di persone avevano davanti e a volte trovavi l'Assistente Sociale che doveva rapportarsi con un paziente psicotico dove anche le richieste erano al di fuori di ogni possibilità che si realizzassero e anche lì, devi essere in grado di saper trattare perciò anche la collaborazione con i medici è importante. Sicuramente in genere, quando tu presenti all'Assistente Sociale il paziente, il paziente è sempre in una fase di compenso e quindi è possibile comunque un approccio differente. Nei pazienti più gravi, secondo me è importante soprattutto se l'Assistente Sociale non ha esperienza nell'ambito, che ci sia sempre un'altra figura medico infermieristica, alla fine sono loro i professionisti che studiano tutti gli aspetti della psicopatologia insomma. Quindi sì, penso che se vuoi fare l'Assistente Sociale e vuoi lavorare nell'ambito del sociale ma con pazienti psichiatrici dovresti fare anche una formazione. Per esempio, gli infermieri che decidono di lavorare in psichiatria fanno il DAS in salute mentale e psichiatria. Secondo me, l'Assistente Sociale che lavora in psichiatria dovrebbe fare il DAS in salute mentale e psichiatria. Prendi tutta una serie di informazione che non hai dalla formazione di base. Poi chiaramente il percorso anche personale, per esempio il counselling, che ti aiuta a lavorare su di te, sulle proprie consapevolezza, sulle proprie modalità di stare nelle dinamiche di gruppo e nelle dinamiche familiari, per esempio, ti aiuta molto. Quindi anche quello è un altro indirizzo che personalmente bisognerebbe fare. Se non utilizzi dei canali istituzionali ma una formazione personalizzata secondo me la devi fare. Se no è troppo limitante.

Intervistatore: Hai mai avuto l'occasione di segnalare un paziente all'équipe dei progetti complessi?

Intervistato: Soprattutto in CPC perché i pazienti spesso vengono proprio segnalati dalla CPC. Arrivano in clinica, sono pazienti difficili e impari a capire che sono difficili e quindi ti rendi conto che hai bisogno di un'équipe esterna che per un periodo possa seguirli in maniera più importante. Quindi sì, tante volte gli agganci ai Progetti complessi li facevamo dalla clinica.

Intervistatore: Quindi, dal Servizio Psico-Sociale verso i Progetti Complessi e viceversa, noti o hai notato differenze?

Intervistato: Non mi è ancora capitato ma ci sono delle riunioni quindicinali o mensili tra il Servizio Psico-Sociale e i Progetti Complessi per fare un feedback di tutti i pazienti che si seguono insieme perché spesso, se c'è un paziente che è seguito dai Progetti Complessi sicuramente nel 90% dei casi è seguito anche dal Servizio. Se non è il Servizio Psico-sociale, è l'Home Treatment ma comunque una delle due figure c'è sempre come riferimento.

Intervistatore: Ultima domanda, hai riscontrato o riscontri ancora oggi delle difficoltà invece nel lavorare nell'équipe multidisciplinare e non in maniera indipendente?

Intervistato: No, penso che sia un grosso vantaggio quello di lavorare in un'équipe multidisciplinare perché se hai un atteggiamento umile, se non hai bisogno di dimostrare il ruolo che hai, secondo me ogni figura ti può insegnare qualche cosa. Se non hai bisogno di difenderti e quindi se non metti in atto tutti quei meccanismi di difesa per cui sei impaurito da tutto quello che ti accade, non sei te stesso, dall'équipe multidisciplinare puoi imparare tantissimo. Io lo vedo tutti i giorni dalla semplice riunione del mercoledì, dove anche solo il confronto e la diversa modalità dei medici di presentare i casi, il ragionamento clinico che viene fatto dai Medici quadri sui casi insieme agli Assistenti, il ragionamento che hanno gli psicologi che hanno indirizzi di studio differenti, l'Assistente Sociale e il suo punto di vista, gli infermieri dal loro, sono tutte perle preziosissime. Quindi penso che lavorare in un'équipe multidisciplinare sia il top, anche perché nei momenti in cui hai dei dubbi, le supervisioni, il confronto del caso clinico in gruppo, ti permette di avere un'altra visione e quindi, di dare una conferma alle tue ipotesi o di smentirle. Quindi assolutamente non potrei mai lavorare da solo, e poi a me che amo la compagnia e la curiosità sono incuriosito dalla vita e dalle persone, stare da solo tutto il giorno? Mi romperebbe le palle... scusami puoi scrivere anche questo?

Intervistatore: Sì, poi vedi tu se tenerlo o meno.

Intervistato: Sì puoi scrivere tutto, assolutamente.

Allegato 8 – Intervista Psicologo, Psicoterapeuta in formazione SPS

Intervistatore: Come prima domanda, se puoi presentarti e dirmi che ruolo hai qui all'Servizio Psico-Sociale.

Intervistato: Sono uno psicoterapeuta in formazione, ho iniziato ad agosto. Lavoro qui perché mi serve per ottenere il titolo da psicoterapeuta. Prima ho studiato psicologia a Friburgo e poi ho fatto un anno di abilitazione in CPC e subito dopo ho cominciato la Scuola di Psicoterapia a Como e adesso sono al quarto anno. Ho iniziato sempre finito l'anno di abilitazione, al Centro Psico Educativo di Stabio, da cui ho diminuito la percentuale per poter fare anche questa pratica clinica.

Intervistatore: Come mai la psichiatria?

Intervistato: La psichiatria... ho una passione per la psicologia soprattutto, quindi da qua sono partito. Poi la mia prima esperienza è stata in Clinica Psichiatrica e nel frattempo ho fatto diversi stage dove sono finito a lavorare anche al CPE e mentre stavo facendo l'anno di abilitazione, mi hanno proposto di andare a lavorare al CPE, cosa che ho accettato anche se, sono ancora un po' incerto. Ma il mio intento è sempre stato quello di lavorare con gli adulti, ma devo dire che volevo fare questa esperienza di stage osservativo con i bambini e mi sono trovato bene. Mi è arrivata poi questa proposta che ho accettato e quindi sono sotto l'OSC da quattro/cinque anni e mi sto trovando bene. È un mondo che mi piace, mi piace fare psicologia e mi piace fare lo psicologo, quindi sì, un po' ci sono capitato nel mondo della psichiatria.

Intervistatore: Secondo te, in che modo attraverso la tua esperienza in questi anni, il disagio psichico visto qui ma anche in altri contesti lavorativi, influisce sulla vita del paziente?

Intervistato: Cosa intendi con disagio psichico?

Intervistatore: Mi viene in mente la diagnosi, per esempio in altre interviste è emerso che la diagnosi di una ragazza borderline, ha influito nel suo contesto e progetto di vita.

Intervistato: La sofferenza della persona sicuramente ha un'influenza, poi ci sono sofferenze che sono difficoltà, sofferenze in base alla diagnosi, in base a come è fatta la persona che ha sicuramente un impatto nella vita della persona in varie forme. Certe sono più gravi e l'impatto nella vita è sicuramente più importante e quindi ci sono diverse misure di sostegno e si cerca di capire quant'è il grado di autonomia della persona. Se il grado di autonomia in base appunto alle sofferenze, quindi alle difficoltà, alla diagnosi o qualsiasi cosa sia, in base a questo si valuta un progetto per la persona. Certe persone riescono magari semplicemente con degli aiuti ogni tanto che possono essere psicologici, infermieristici o solo il medico o solo l'Assistente Sociale, magari con questo se la cavano e stanno bene, magari altri hanno bisogno di strutture. In base ad ogni persona si cerca di valutare qual è il progetto migliore.

Intervistatore: Quindi diciamo che la sua malattia toglie un po' di indipendenza.

Intervistato: A dipendenza del grado, ci sono delle persone che magari in certi momenti, perché magari possono anche migliorare, ma in certi momenti della loro vita magari fanno più fatica e hanno bisogno di più sostegno. Per esempio, qui al Servizio Psico-Sociale vediamo persone in ambulatorio, quindi, vuol dire che hanno la loro autonomia, poi magari vengono qua per delle visite puntuali, settimanali o addirittura mensili. Poi però cosa succede, magari c'è un periodo della vita in cui succedono determinate cose per cui la persona è più vulnerabile e di conseguenza sta male, allora noi come équipe curante con le varie figure, valutiamo come sta la persona, se è in grado di stare da solo, se è in autonomia o se invece ha bisogno di aiuti in più. Magari un ricovero, per esempio. Può succedere che ricoveriamo delle persone in modo volontario, ma a volte si arriva anche al coatto. In base a come sta la persona, nella mia esperienza ho visto tanti ricoveri volontari; quindi, la persona riconosce il momento dove forse avrebbe richiesto più attenzioni da parte di qualche figura più formata diciamo rispetto al fatto di stare a casa da solo, magari. In questi casi qua, finito il ricovero, se la persona sta meglio, si riprende magari con gli appuntamenti com'era prima, magari più intensivi o magari meno e poi quando sta meglio, chiaramente si rilascia. Perché poi, possiamo dire che ci sono delle diagnosi dove si possono dire che le persone sono più compensate e quindi magari hanno un grado di autonomia e indipendenza maggiore oppure, ci sono dei periodi dove ci sono degli scompensi. In quel caso serve un sostegno maggiore quindi, ritornando alla tua domanda, dal mio punto di vista varia dal momento e da come sta in quel momento la persona e di cosa ha bisogno in quel determinato momento, ce la fa a stare da sola o non ce la fa? Questo si valuta insieme all'équipe e alla persona stessa.

Intervistatore: A parole tue, usciamo dalla definizione del dizionario, come definiresti la relazione terapeutica?

Intervistato: La relazione terapeutica la associo molto all'alleanza terapeutica, costruire una relazione terapeutica penso che sia la parte più importante per tutti. In quanto psicologo è fondamentale ma penso per tanti settori, però per quanto riguarda la figura dello psicologo/psicoterapeutica la relazione dal mio punto di vista, è il punto cardine. Senza la relazione terapeutica e quindi senza un'alleanza terapeutica non si può fare un lavoro. Se la persona non si affida e diciamo che non ha fiducia del terapeuta e quindi non c'è relazione, è difficile poter lavorare insieme. Prima mi parlavi di border o altri disturbi di personalità, la prima cosa da fare con certi pazienti che magari fanno fatica con le relazioni, è proprio instaurare una relazione. Senza questa relazione, è difficilissimo lavorare, almeno a livello psicologico, perciò, la relazione terapeutica è il punto cardine. Per quanto riguarda il percorso terapeutico, senza relazione è davvero difficile.

Intervistatore: Ti è mai capitato di riscontrare difficoltà nella costruzione di questa relazione terapeutica? Se sì, come riesci poi a girarci intorno?

Intervistato: Allora mi è capitato, dipende da situazione a situazione non c'è proprio una prassi. La relazione va costruita dall'inizio. In una terapia psicologica c'è una parte diacronica, dove è la persona che tira fuori gli elementi e una parte sincronica, che è la parte dove io e la persona magari stiamo interagendo, quindi quello che sta succedendo tra noi. Io cerco di fare focus anche molto sulla parte sincronica, a dipendenza del caso chiaramente, però a fine seduta cerco di capire com'è andata, com'è stata la persona perché appunto può succedere che magari nella nostra interazione io possa dire o fare un movimento che magari viene

interpretato in una maniera diversa dal mio intento, da quello che volevo trasmettere, di conseguenza la persona può avere un vissuto negativo nei miei confronti oppure, può avere un fastidio o comunque provare qualche cosa che non lo fa star bene nella nostra relazione. In quei casi, io cerco soprattutto di prevenire e quando magari succede qualche cosa, può succedere che la persona mi dica “guarda, è successo questo, hai fatto quella domanda e non ho capito perché e ho pensato a questa cosa qua”. Allora si cerca di capire come mai la persona l’ha interpretato in quel modo e se corrispondeva a quello che volevo dire o se c’è una discordanza tra quello che volevo dire e quello che la persona ha capito. E in questo caso cerchiamo quindi di chiarirci sul momento. Quindi una cosa che faccio adesso, è soprattutto quella di cercare di capire come stiamo e come sta andando, proprio per prevenire magari un’esclusione. Magari una persona cova dentro qualche cosa per diverse sedute e arriva ad una seduta in cui per salutarla al posto di dire “buongiorno” dico “salve” ed esplose. Esempio un po’ eccessivo però è capitato. Può succedere che la persona non è motivata quindi magari anche perché è nella fase iniziale e non si è costruita ancora la relazione, e la persona magari non si presenta più. Nel servizio pubblico può succedere, diverse volte. Anche perché c’è tutta una tipologia di contratti e di lavoro che è un po’ diverso dal settore privato però questo è un altro discorso ancora. Quando succede, a me è capitato che la persona si difendeva molto, faticava a portare i propri vissuti e in un’occasione, è riuscita a portarli fuori tramite un compito che le avevo dato, ha portato molto, è emersa la tristezza e la paura, la persona si è un po’ spaventata di quello che è successo. Dovevamo avere un colloquio ma ha chiamato in segreteria dicendo che voleva annullare e voleva cambiare terapeuta. Può succedere, ed è importante trovo che in questa situazione si prova a rivedere la persona, si cerca di capire quello che è successo e cercare di chiarirsi, dando anche la possibilità di vederci e parlare ed eventualmente possiamo anche chiudere, se proprio si ritiene che sia quello e cercare un’altra figura. Però è importante prima parlarne, facciamo una chiusura se proprio dobbiamo chiudere. In quel caso è andata che ci siamo capiti, le ho spiegato cos’è la psicoterapia e che era normale che vivesse queste cose. Mi ha invalidato il fatto che è riuscita a portare determinati vissuti e la persona ha riconosciuto che si è un po’ spaventata rispetto a quello che ha tirato fuori perché era talmente difesa, che quella volta che è riuscita ad aprirsi e a liberarsi si è un po’ spaventata. Erano emozioni e vissuti che lei stava reprimendo quindi ci può stare che si fosse spaventata però abbiamo accolto questo spavento e questa paura. C’è stato un punto in cui la relazione era in bilico possiamo dire e poteva andare in diversi modi, o che si valutava di chiudere perché magari per la persona era troppo. Ci sono anche caratteristiche inerenti alla cultura, lei era di un’altra cultura, io sono uomo e per questa cultura il fatto di parlare con uomini può portare un’inibizione per la persona però non è stato il caso. Ci potevano essere diversi fattori che magari influiscono nella relazione e questi fattori sono da chiarire il prima possibile. A volte magari sono cose che la persona tiene dentro e non saltano fuori e arrivano ad un certo punto dove si arriva alla situazione critica e quando avviene questa reazione, la prima cosa che mi viene da dire è di chiarirsi, trovarsi nuovamente, parlarne e cercare di capire cosa è successo e vedere con la persona come continuare. Se la persona non vuole continuare non bisogna neanche insistere, significa che l’alleanza terapeutica non c’è e magari non c’è stato proprio l’aggancio oppure, è successo qualche cosa che ha spezzato l’aggancio. Comunque, è importante capire, dare un significato a quello che è successo e dopo andare avanti. In questo caso è andata bene e abbiamo ripreso, anzi è stata anche una svolta perché ha portato la persona a fidarsi di più. Il fatto che abbiamo potuto parlare di questo e il fatto che è stata accolta nella sua sofferenza, in realtà ha portato un beneficio. Ci possono però essere situazioni in cui invece non va così e bisogna magari

cambiare terapeuta o magari il percorso psicologico per la persona è troppo in quel momento e non va bene. Si può dare comunque la disponibilità eventualmente, se vorrà ritornare. È successo anche quello, con una ragazza border difficilissima da agganciare, c'è stato tutto un percorso particolare, ma poi ad un certo momento lei ha sentito che non c'era tanto il bisogno, era comunque abbastanza compensata e stava bene. Diceva che aveva trovato un nuovo lavoro e aveva altri impegni e incastrare la psicoterapia, già non c'era quell'aggancio enorme, era discontinuo. In più ha iniziato una nuova vita, aveva dei cani e stava bene, ne abbiamo parlato e abbiamo concordato potevamo anche interrompere. È stata una sua richiesta ed è stata accolta. Non c'è stata proprio una rottura in realtà, la relazione c'era, non c'è stato un completo aggancio ma la base c'era. Infatti, c'è stato questo ultimo confronto, lei è riuscita a parlarne liberamente e insieme abbiamo concordato di interrompere e abbiamo deciso insieme che qualora avesse bisogno mi può sempre contattare. Siamo rimasti così.

Intervistatore: Passiamo a qualche domanda inerente alla figura dell'Assistente sociale. Quale rappresentazione hai di questa figura? Non pensiamo a T. come figura ma proprio al ruolo.

Intervistato: In questi settori è importantissimo, capitano persone che magari hanno più difficoltà rispetto alle questioni più pratiche. A me è capitato che la persona avesse delle domande e delle difficoltà legate alle situazioni più sue burocratiche e quant'altro e che erano fonte di sofferenza chiaramente. Io in queste cose non posso addentrarmi perché non le conosco, se posso dare qualche dritta su quel che so okay, però non ho le conoscenze che ha un Assistente sociale. Questo è utilissimo quando la persona mi porta questa sofferenza legata a queste situazioni, io posso accogliere la sofferenza e poi quello che posso fare è quello di fare affidamento su un'Assistente sociale. Oppure, quando c'è un'Assistente sociale già agganciato alla persona, io posso comunque rimandarlo a lei. Oppure mi è capitato anche di proporlo poiché io non posso aiutarla in questo senso e glielo dico chiaramente, "le posso offrire questa soluzione ossia, quella di mandarla dall'Assistente sociale che si occupa di tutte queste questioni e con lei può chiarire questi aspetti che io non posso chiarire." Quindi è fondamentale. A volte, ci sono proprio lavori da Assistente Sociale che non mi competono e quando la persona me le porta, posso rassicurarla sul fatto che c'è qualcuno che se ne può occupare e questo già può essere di sollievo per la persona. Mentre io posso lavorare sulla parte delle emozioni che queste cose creano alla persona, qual è la paura, l'ansia e la preoccupazione e troviamo una soluzione con l'Assistente Sociale così proviamo a chiarire. E già avere qualcuno con cui parlare e condividere questi problemi più pratici, dando consigli o aiutandolo a scrivere e a fare, sicuramente da sollievo alla persona.

Intervistatore: Mi hai già fatto qualche esempio, quindi ti capita spesso di lavorare e collaborare con l'Assistente Sociale?

Intervistato: Allora, adesso sono qua da poco però dalle esperienze che ho fatto in CPC e qua sì, adesso ho dei pazienti che seguo che sono seguiti anche dall'Assistente Sociale. Mi è capitato anche in qualche occasione, di dire alla persona "guardi abbiamo anche un Assistente Sociale e se ha bisogno possiamo contattarla".

Intervistatore: Il paziente, quando gli hai offerto questo aiuto dell'Assistente sociale, come lo ha visto? Perché ogni tanto questa figura professionale può essere associata ad una figura di

controllo. Ti è capitato che fosse confuso con un curatore, figura che esercita già più controllo su tutto quello che è la vita amministrativa, soldi e finanze della persona. Perciò ti è sembrato un po' spaventato o confuso? Oppure viene accolto?

Intervistato: In realtà non mi sono capitati troppi casi, sono qua da poco e anche le esperienze che ho fatto in CPC, anche se ho lavorato solo un anno, non ho chissà che numero di pazienti con cui ho collaborato con l'Assistente Sociale. Però appunto, in questi casi, in queste situazioni in realtà la persona non era confusa rispetto al ruolo dell'Assistente Sociale e mi portava proprio delle questioni che competevano a questo ruolo. Io l'ho spiegato alla persona che è l'Assistente Sociale che si occupa di queste cose e veniva rassicurato in merito. Mi portava la sofferenza e io la accoglievo cercando di capire il suo vissuto emotivo, interno e poi capitava di dire che c'è questa possibilità, se vuole. Io comunque lascio sempre la scelta. In questi casi in realtà hanno tutti accolto l'Assistente Sociale. Se vedo che la persona ce la fa da sola non lo propongo neanche in realtà, se vedo che è una persona che riesce a gestire le sue cose e tutto magari è solo triste per altre cose e dice "che palle ci sono anche queste cose" accolgo, però gli spiego che sono cose da fare. Mentre altre persone vedo che hanno proprio una sofferenza e che fanno proprio fatica nel fare questi lavori burocratici e in quel caso, quando vedo che la persona è in difficoltà allora glielo propongo e spesso, quando una persona è in difficoltà e gli si propone un aiuto di questo genere, nella mia esperienza hanno accolto tutti la figura dell'Assistente Sociale.

Intervistatore: L'Assistente Sociale talvolta risulta essere un po' l'anello che tiene collegata tutta la rete? Per esempio, magari c'è il paziente che non va dallo psicoterapeuta però visto che l'Assistente Sociale "mi permette di ricevere i soldi", piuttosto con lui l'appuntamento lo prendo. Quindi magari questo paziente rischia di perdere un po' il contatto con la rete, ma grazie all'Assistente Sociale che è una figura più concreta, riesce a fare da collante un po' con tutti. Ti risulta? Spero di essermi spiegata bene.

Intervistato: Ti sei spiegata.

Intervistatore: Se non ti è mai successo, puoi anche dirmi che non ti è mai capitato.

Intervistato: A me non è mai capitato, nel senso non ho mai avuto molte esperienze e non sono qua da tanto. Immagino che possa succedere, mi è capitato con altre figure che la persona era magari più in relazione con questa figura come l'Infermiere oppure, con un interprete che mi ha aiutato, o il medico o lo stesso psicologo e quindi di conseguenza posso immaginare anche con l'Assistente Sociale. In base a come la persona si trova e in base a com'è in relazione, tornando al discorso della relazione terapeutica, se una persona, dal mio modo di vedere, è più in alleanza e più in relazione con una figura, sicuramente questa figura può cercare di capire il motivo per cui non riesce ad andare dall'Assistente Sociale, da uno psicologo o dal medico o da chiunque dovrebbe andare, e da lì capire con la persona e magari cercare di fare un lavoro in merito al perché è importante andare a questi incontri. La persona poi potrebbe convincerci ad andare. Non mi è mai capitato personalmente, però potrebbe succedere indipendentemente anche dalla figura. Trovo sia più legato all'aggancio e alla relazione. Che poi ci possa essere come dicevi tu, una motivazione legata al fatto che l'Assistente Sociale "permette di avere i soldi", quello sicuramente può fare.

Intervistatore: Siamo arrivati quasi alla fine, una domanda che esula dall'Assistente sociale, hai mai avuto l'occasione di segnalare un paziente all'équipe dei progetti complessi?

Intervistato: Non ancora, no. In clinica mi era successo, ma non ero stato proprio io ma è stata una decisione presa con tutta l'équipe, più dallo psichiatra.

Intervistatore: Che tipo di difficoltà hai riscontrato, se ci sono state, nel lavorare con un'équipe multidisciplinare, quindi non essere solo tu nel tuo studio ma sapere di avere una rete più ampia attorno?

Intervistato: In realtà lo vedo come una risorsa. È una risorsa se sfruttata bene, chiaramente se si lavora bene. Per ora mi sto trovando bene in realtà. Dipende molto anche dalla persona, se la persona inizia a triangolare, dopo potrebbe diventare complicato e se non c'è una buona comunicazione tra la rete, si rischia che magari si è un po' in balia di questa persona. Questa è l'unica cosa che magari è successa ma che in realtà non ha portato chissà che cosa. Ecco, c'è da fare attenzione sulla comunicazione, bisogna comunicare bene. A volte quando magari non si comunica, e c'è una persona che cerca di triangolare per ottenere cose sue, può succedere che mettere un po' in crisi: "ma come, quella persona però mi ha detto questo" allora noi non avendo comunicato, ci chiediamo cosa fare. In quei casi ci si chiarisce. Quindi sì, l'importanza è la comunicazione e l'unica cosa che potrebbe succedere è la triangolazione. Altrimenti penso che il lavoro di équipe sia una risorsa molto importante.

Intervistatore: Rientriamo un attimo alla domanda dell'Assistente Sociale, visto che adesso non ha una formazione psichiatrica ma solo delle conoscenze, ameno che non abbia fatto un corso, quanto influisce nel lavoro o nella relazione paziente/colleghi? Consigliaresti di fare un corso?

Intervistato: Penso che qualche corso faccia sulla psichiatria chiaramente non sarà come uno psicologo o uno psichiatra però chiaramente l'Assistente Sociale si forma su altre cose. Penso che spetti anche a noi psichiatri e psicologi se la persona è in grado di farsi aiutare. Quindi magari, se c'è un paziente che lo vediamo scompensato, lavoriamo in équipe e magari lo comunichiamo all'Assistente Sociale.

Intervistatore: O fare insieme il colloquio?

Intervistato: O fare insieme il colloquio, esatto. Se la persona è in grado, glielo "affido" se invece, è una questione importante da risolvere e il paziente è scompensato, allora magari il colloquio lo facciamo insieme. Se vediamo che il paziente è in un momento difficile, quindi magari stare da solo con l'Assistente Sociale magari può portarlo ad una crisi o qualche cosa del genere, magari è meglio che ci sia qualcuno che in quel contesto possa contenere questa crisi.

Allegato 9 – Intervista Medico Psichiatra Progetti Complessi Sottoceneri

Intervistatore: Hai voglia di spiegarmi cos'è l'équipe Progetti Complessi?

Intervistato: L'équipe dei Progetti Complessi è un'équipe medico infermieristica; quindi, è fatta da medici psichiatri e infermieri in salute mentale che si occupano del trattamento soprattutto domiciliare, di pazienti che presentano una grave patologia psichiatrica e che non aderiscono alle cure classiche. Quindi le cure del Servizio Psico-Sociale fondamentalmente oppure degli psichiatri privati.

Intervistatore: Quanto è nata e quali sono le motivazioni che secondo te hanno portato alla creazione della vostra équipe?

Intervistato: È nata nel 2010. Si è sentita ad un certo punto, la necessità di creare un'équipe ad hoc per quei pazienti che non rispondevano alle cure classiche e che avevano bisogno probabilmente di altro. È nata anche perché c'era un gruppo ristretto di pazienti, i cosiddetti "heavy users" che appunto, venivano spesso ricoverati per periodi lunghi, e che utilizzavano tantissimo il sistema di cure anche con accessi frequenti in pronto soccorso e quant'altro. Quindi si è deciso di dedicare delle risorse apposite a questo tipo di pazienti per permettergli di mantenere una maggiore stabilità, e più a lungo la vita sul territorio e presso il proprio domicilio.

Intervistatore: Quali professionisti fanno parte di questa équipe oltre a te?

Intervistato: In questa équipe siamo tre medici psichiatri io, Dr. S. per il Sottoceneri, nel Sopraceneri c'è la Dott.ssa R. che è Medico Assistente e poi c'è il Dr. M. che è il Capo Servizio e poi ci sono degli Infermieri in salute mentale. L'équipe è divisa in due, è un'unica équipe ma suddivisa in due sottogruppi, un sottogruppo per il Sopraceneri e uno per il Sottoceneri. Nel Sottoceneri c'è un medico e nel Sopraceneri c'è un medico e poi ciascun gruppo degli infermieri, nel Sottoceneri ce ne sono sette e nel Sopraceneri ce ne sono 5/6.

Intervistatore: In questa équipe che ruolo hai tu?

Intervistato: Io sono il medico dell'équipe del Sottoceneri e mi occupo di prendere a carico direttamente dei pazienti che hanno le caratteristiche che ti dicevo prima quindi, pazienti gravi che tendono ad essere refrattari alle cure oppure, che ne abusano e le usano moltissimo e in modo inadeguato. Quindi appunto, mi occupo di prendere a carico direttamente insieme ai colleghi infermieri, alcuni di questi pazienti e, in minor parte mi occupo di coordinare le interazioni tra questi pazienti che sono seguiti al Servizio Psico-Sociale, e la presa a carico degli infermieri dei Progetti Complessi.

Intervistatore: Mi hai spiegato un po' che tipo di pazienti ci sono all'interno di questa équipe, ma quali sono le difficoltà e le problematiche più frequenti e le diagnosi che si riscontrano maggiormente?

Intervistato: Diciamo che sono tendenzialmente pazienti che presentano disturbi psichiatrici gravi quali la psicosi, la schizofrenia e i disturbi dell'umore oppure dei gravi disturbi della personalità. La stragrande maggioranza dei pazienti ha in concomitanza anche una problematica di dipendenza o di abuso di sostanze psicoattive singole o multiple. Poi, la stragrande maggioranza dei pazienti ha una situazione abbastanza difficile sul piano sociale con difficoltà di vario tipo, spesso rispetto all'abitare, rispetto alla rete sociale, ad un'attività occupazionale e quant'altro.

Intervistatore: Quando viene fatta una segnalazione alla vostra équipe, da chi e che tipo di intervento svolgete con il paziente?

Intervistato: Tutti, in realtà qualsiasi persona può segnalare un paziente alla nostra équipe. Può essere un familiare che magari si accorge che il proprio familiare ha una difficoltà e in ragione di questa difficoltà non vuole chiedere aiuto. Nella maggior parte dei casi però, i pazienti ci vengono segnalati dalla Clinica Psichiatrica Cantonale ma soprattutto dai Servizi Psico-Sociali. Quindi, si tratta di pazienti per cui è stata tentata la presa a carico ambulatoriale del Servizio Psico-Sociale classica che per ragioni della psicopatologia del paziente, non ha funzionato e quindi in questo caso, i colleghi del Servizio quali, medici, infermieri, assistenti sociali o chi lo ritiene necessario, ci fanno una segnalazione.

Intervistatore: Per cosa si differenzia rispetto al tipo di lavoro proposto dall'équipe dell'Servizio Psico-Sociale? Mi hai già un po' risposto ma ripensando alla rete professionale, siete più presenti per i pazienti, siete una rete più coinvolta?

Intervistato: Diciamo che tendenzialmente il Servizio Psico-Sociale ha a carico tanti, tantissimi pazienti e possono dare giustamente, un tempo limitato a questi pazienti e in un *setting* molto ben definito che è quello dell'ambulatorio, almeno per i medici, poiché gli infermieri sono molto mobili però tendenzialmente, all'interno del servizio. Invece, la caratteristica della nostra équipe è che, proprio per definizione, avendo meno utenti, possiamo dedicare più tempo a ciascun paziente. E poi abbiamo questo privilegio secondo me, di poter andare fuori e quindi vedere questi pazienti in altri contesti che non sono quelli di Servizio ma spesso a casa piuttosto che nel loro luogo di vita, che può essere un foyer. Ovunque fondamentalmente, quindi in questo noi ci differenziamo e possiamo evidentemente essere più presenti per il singolo paziente quando necessario ovviamente, perché è proprio una delle nostre caratteristiche principali questa elasticità che ci permette di adattarci alle esigenze del momento.

Intervistatore: Nella domanda "*quali professionisti fanno parte dell'équipe*" non mi hai citato l'Assistente sociale, però so che comunque l'Assistente Sociale del Servizio Psico-Sociale, fa parte e interviene nella vostra équipe. Che ruolo ha e che tipo di risorsa rappresenta per la tua équipe?

Intervistato: La nostra équipe è fatta da medici e infermieri e quindi poi, facciamo degli interventi di tipo riabilitativo, questo prima forse non l'ho detto, e anche di approccio e di sostegno concreto alla persona. Spesso ci capita di andare a casa e aiutare la persona, per esempio a sistemare la casa. Ovviamente non come surrogati di ditta delle pulizie ma come un proprio e vero aiuto, laddove la difficoltà è una difficoltà psicopatologica e come parte della

cura. Quindi ci piace ed è anche la nostra missione, fare proprio degli aiuti concreti soprattutto ovviamente, per agganciare il paziente nelle prime fasi di aggancio, ma poi talvolta capita anche quando riteniamo che questo fa parte del progetto di cura. Per quanto riguarda la figura dell'Assistente sociale sì, mi capita spesso di chiederle una mano o agli altri Assistenti sociali, perché il sistema comunque è un sistema molto complesso e non è facile districarsi tra le mille istituzioni e enti, ciascuno con le sue regole e modalità di funzionamento e a volte il rischio è quello di perdersi in questa rete intricata di istituzioni e soprattutto per noi, si perde un po' il paziente. Quindi in questo senso, per quanto noi un pochino lo conosciamo è chiaro che io faccio il medico, gli infermieri fanno gli infermieri e ci manca un po' quella visione di insieme. Ci mancano le competenze degli assistenti sociali che in questo ci aiutano molto nell'indirizzare, nel dire "magari prova a chiedere a questo piuttosto che a quest'altro, prova a dire così, fai questa domanda in questo modo". Io gli dico il bisogno clinico del paziente e quella che è la prospettiva e l'obiettivo e l'Assistente Sociale ci aiuta a declinare questa cosa qua nel concreto e quindi, questo è estremamente utile dal mio punto di vista. Poi, devo dire che prima di lavorare qua in Ticino ai Progetti Complessi, lavoravo in un'équipe simile a Losanna al CHUV, e diciamo che gli assistenti sociali erano proprio integrati nell'équipe; quindi, l'équipe era fatta da medici psichiatri, infermieri in psichiatria ma anche assistenti sociali. Era molto utile perché loro portavano in modo strutturale le loro competenze all'interno dell'équipe, per ogni paziente. Mentre qui è diverso, perché è una collaborazione assolutamente dal mio punto di vista che funziona bene con gli Assistenti Sociali del Servizio Psico-Sociale però ovviamente, diciamo che ci avvaliamo in un certo senso di un aiuto un po' esterno e la figura dell'Assistente sociale non è strutturata dentro la nostra équipe cosa che invece, se fosse, sarebbe ancora più utile e arricchente perché permetterebbe una presenza assidua dall'interno, costante e sarebbe sicuramente utile per tutti, dal mio punto di vista.

Intervistatore: D'accordo. Cambiamo argomento, quale definizione daresti alla parola "relazione terapeutica"?

Intervistato: Direi che la relazione terapeutica è tra persone di cui una ha il ruolo di paziente e una il ruolo di medico in questo caso, o di psicologo, o di infermiere o di assistente sociale. Una relazione diventa una relazione terapeutica quando ... cioè secondo me la relazione terapeutica è il principale strumento di cura della psichiatria; quindi, vuol dire sostanzialmente avere una relazione che possa portare un beneficio alla persona. Non utilizzare la relazione come strumento di cura ecco, questa è un po' la definizione che darei. Ovviamente uno degli elementi base della relazione terapeutica è la fiducia. Un altro elemento è il fatto che appunto una delle due persone ha il ruolo di paziente mentre l'altro ha un ruolo professionale, che però appunto il professionista è consapevole di voler utilizzare la relazione con la persona a fini terapeutici, quindi in fondo per portare un beneficio alla persona ecco.

Intervistatore: Visto che è una relazione in ambito psichiatrico, mi viene da pensare che ci sono delle cose in più da tenere in considerazione, per esempio, la diagnosi, può essere una fonte di "ostacolo" nella costruzione della relazione?

Intervistato: Allora sì e no. Sì, nel senso che comunque diciamo, ci sono forme di sofferenza diversa, patologie diverse, determinano gradi diversi oppure difficoltà qualitative diverse di entrare in relazione. Però è chiaro che anche il terapeuta deve sapersi adattare e sapere calibrare come entrare in relazione con la persona, poi fatto salvo che ogni persona è una

persona singola, quindi, non è che se ci sono due persone con la stessa diagnosi non puoi entrarci in relazione nello stesso modo, però devi tenere presente che persone che hanno una determinata patologia tipo per esempio, la schizofrenia, hanno un modo proprio intrinseco, comunque, una certa difficoltà relazionale. Questo è importante tenerlo presente perché comunque ci aiuta a orientarti quando ti relazioni con loro. Ad esempio, un altro gruppo di pazienti, tipo i Border, hanno un altro tipo di difficoltà relazionale, e quindi bene o male ti aiuta a sapere in modo grossolano in quale area diagnostica siamo, perché ti aiuta un pochino appunto a orientarti nella relazione che però poi ovviamente, resta un terreno assolutamente da esplorare, unica e individuale nella relazione con ogni persona. Comunque, alla fine mi viene da dire che è fondamentale che alla fine, a livelli diversi, c'è sempre un problema relazionale e c'è sempre un problema con l'altro e quindi, per tornare alla tua domanda di prima della relazione terapeutica, possiamo dire che una terapia è l'utilizzo di una relazione per permettere al paziente di accedere all'altro in magari in una modalità diversa da quella a cui ha sempre potuto accedere prima.

Intervistatore: Una domanda che mi viene così pensando a N. hai riscontrato difficoltà nel relazionarti con lui in questo senso?

Intervistato: Sì, è un paziente con cui si dice c'è lo scacco della relazione. Nel senso che è un paziente che rischi fortemente di non incontrare. Nel senso che con N. è evidente come ci sia una difficoltà relazionale chiara e proprio quella difficoltà relazionale lì, è il suo disturbo, non so come dire, è la manifestazione più eclatante o quantomeno, è la manifestazione nucleare, una delle più importanti del suo disturbo. Quando penso dei pazienti con cui è difficile entrare nell'azione, uno ad esempio potrebbe essere lui, nel senso che c'è proprio questo scacco relazionale, questa distanza che lui non volendo, ma che in un certo senso c'è in ogni caso, proprio perché è connaturato comunque alla forma di esistenza di questo paziente. Urtare il vuoto no, quando sei con lui senti che c'è qualcosa di dissonante non si crea quella sintonia immediata che si crea spesso con le persone. Non c'è questo elemento un po' distinto, lo senti che un po' lontano come se fosse su un altro pianeta in un certo senso. Questo è proprio centrale in questo tipo di pazienti qua, e proprio per questo tu, usando la relazione in un modo che sia terapeutico, quella è la cura perché, a parte gli aspetti farmacologici e quant'altro, bisogna comunque provare sempre di più a cercare degli elementi di sintonia relazionale.

Intervistatore: Sei riuscito un po' a colmare questa distanza che dicevi, con la relazione?

Intervistato: Mi vien da dire sì e no, nel senso che questo è un ragazzo che quando sta male è completamente e assolutamente fuori contatto. È proprio lo stereotipo il prototipo del "matto", che non sai quello che gli passa per la testa e diventa inquietante anche non capire cos'è che ha in testa. Sicuramente, grazie al fatto che lui ha accettato una terapia farmacologica e che quindi è medicato, e grazie al fatto che comunque c'è una relazione di fiducia che dura ormai da anni, riesco a riagganciarlo molto di più in termini relazionali di quanto non potessi fare all'inizio, quando questa relazione non c'era. Quindi a riportarlo un po' in una in una dinamica intersoggettività ecco. Però questo fino ad un certo punto, perché poi c'è tutto un aspetto suo privato a cui in realtà non ho accesso e quindi ecco un po' sì ma solo fino a un certo punto, perché credo che poi la maggior parte sia un mondo suo privato interno autistico a cui non ho accesso e comunque ci sono anche dei momenti in cui ancora lui torna molto fuori dalla

relazione e questi aspetti di simmetria vengono fuori molto più forti. Però comunque sicuramente mi pare di poter dire che c'è una maggiore relazione, una maggiore sintonia rispetto all'inizio della cura penso per più aspetti, l'aspetto della terapia farmacologica e l'aspetto proprio della relazione di fiducia terapeutica che si è costruito nel tempo.

Intervistatore: Adesso entra un po' in gioco l'assistente sociale quindi, tu mi hai detto anche nell'intervista precedente che collabori con l'assistente sociale per alcuni pazienti, quindi che vedete insieme. Ho preso come esempio N. e S. e mi sono chiesta, quando tu hai presentato questa figura nuova a questi due pazienti, hai notato che magari c'è stata una resistenza, oppure un rifiuto nell'accettare questa persona nuova?

Intervistato: Ma diciamo che con S. assolutamente no, anche perché è venuto molto spontaneo nella misura in cui lei aveva bisogno di un aiuto che io non le potevo dare quindi, le ho detto che c'è questa persona che può darle una mano. Lei l'ha assolutamente accettata senza nessun tipo di resistenza. N invece, un pochino di più perché proprio data un po' la sua situazione e le sue importanti difficoltà, avere a che fare con qualcuno in più e qualcuno che non conosce, è una fonte di grande stress e quindi, nonostante fosse chiaro che era per dare una mano a lui e per raggiungere un obiettivo che voleva lui, formalmente l'ha accettata senza nessun tipo di difficoltà ma in realtà non è stato così evidente per lui incontrare una nuova figura di riferimento.

Intervistatore: Attraverso la tua esperienza, quanto influisce la malattia psichiatrica sulla vita del paziente?

Intervistato: Influisce inizialmente tanto; la terapia (non solo farmaci) poi è finalizzata a ridurre l'impatto della malattia sul pz e se funziona così avviene.

Intervistatore: Ho quasi finito, durante una supervisione a cui ho partecipato qualche settimana fa su un altro paziente che però non fa parte dei progetti complessi, è emerso che la figura dell'Assistente Sociale per lei, è una figura molto importante perché le dà risposte concrete, le "da i soldi", ecc... hai notato magari con S. o con N. o comunque con altri pazienti, che figura dell'Assistente Sociale fa un po' da aggancio anche col resto della rete?

Intervistato: Sì sì, spesso i pazienti trovano sia molto più sensato vedere un'Assistente sociale che non vedere un dottore o uno psicologo nel senso che, spesso questi pazienti non ritengono di avere un problema di salute, un problema psicologico o un problema medico e invece si rendono conto, perché è più facile rendersi conto di avere delle difficoltà a livello sociale e, banalmente, magari devono cambiare casa non sanno come cominciare, non gli arrivano i soldi l'assistenza non sanno cosa fare e quindi questi che sono problemi più concreti e tangibili, li riconoscono. Mentre quello che ci sta dietro no. Quindi in questo senso secondo me la figura dell'assistente sociale è una figura molto molto importante perché appunto può essere la porta di entrata in psichiatria per questi pazienti che hanno bisogno dello psichiatra ma che è un po' lo rifiutano ma riconoscono dei bisogni sociali. Se l'Assistente Sociale riesce a intercettare il bisogno sociale, quella è l'occasione per creare una relazione di fiducia, una relazione terapeutica e poi utilizzare questa relazione per traghettare il paziente dal medico piuttosto che dallo psicologo piuttosto che dall'infermiere. Questo lo vediamo spesso soprattutto nei pazienti gravi che non riconoscono di avere un problema, e partire da bisogni concreti, cosa

che l'assistente sociale può fare. Se poi l'assistente sociale è in grado di creare una relazione di fiducia sulla base di questo, poi si dirotta il paziente anche dallo psichiatra piuttosto che.

Intervistatore: Siccome l'Assistente sociale non ha una formazione psichiatrica ma solo un'infarinatura, trovi che possa influire sul lavoro o sulla relazione con i pazienti?

Intervistato: In parte sì, ma credo sia sopperibile con la voglia di entrare in relazione con i pz, con un buona attitudine , l'esperienza e la formazione continua.

Intervistatore: Quali sono gli aspetti positivi e negativi (se ce ne sono) nel lavorare in un'équipe multidisciplinare?

Allegato 10 – Intervista Assistente Sociale SPS

Intervistatore: Hai voglia di farmi una descrizione di te e del perché sei all'Servizio Psico-Sociale?

Intervistato: Allora, io mi sono diplomata nel 2014 come Assistente sociale. Ho fatto un'esperienza come educatrice in un asilo nido e in seguito, sono stata assunta presso il Servizio Psico-Sociale inizialmente come supplenza per un congedo malattia, malattia che però si è prolungata e poi sono stata assunta. Quindi lavoro qua dall'agosto del 2015.

Intervistatore: Come mai la psichiatria?

Intervistato: In realtà non avevo mai preso in considerazione questo capo professionale. Mi si è presentata l'occasione appunto per una collega che era in malattia e di conseguenza per una sostituzione, ho fatto il colloquio e ho iniziato a fare il periodo di sostituzione e mi sono resa conto che era un ambito a me sconosciuto ma che mi ha attratto molto a tal punto da, anche attraverso i colleghi, approfondire l'ambito della psichiatria. In seguito, ho fatto un Master in mediazione familiare, quindi legato al tema della conflittualità, la difficoltà nella gestione dei colloqui ecc.

Intervistatore: Mi sai dire quali sono gli obiettivi e gli scopi del Servizio per quanto riguarda la tua figura?

Intervistato: Allora, sicuramente il fatto che noi lavoriamo in un'équipe multidisciplinare e l'obiettivo principale è il lavoro in rete quindi, la gestione di una situazione in équipe e non come figura singola. A differenza, per esempio, del Servizio comunale è l'Assistente Sociale che lavora in collaborazione con gli enti esterni. Quindi c'è sicuramente una condivisione dello stato di salute del paziente e degli obiettivi comuni che si sono definiti insieme nel piano terapeutico quindi, un continuo aggiornamento e il lavorare appunto proprio in rete con i colleghi del Servizio Psico-Sociale.

Intervistatore: Sai quando è stata richiesta la figura dell'Assistente Sociale in questo servizio?

Intervistato: Purtroppo no. Presumo che sia nata insieme alla creazione del servizio, immagino come bisogno proprio di avere questa figura che possa collaborare con gli altri colleghi, l'infermiere in salute mentale, lo psichiatra e la psicologa/psicoterapeuta per dare una continuità sul territorio una volta che il paziente veniva dimesso dalla clinica. Immagino.

Intervistatore: Quindi è nato con il Servizio Psico-Sociale?

Intervistato: Non lo so, presumo.

Intervistatore: Allora, hai un mansionario?

Intervistato: Sì, c'è il mansionario dell'Assistente Sociale in cui viene descritto il ruolo della nostra figura proprio come Assistente Sociale che lavora in un'équipe multidisciplinare.

Sicuramente c'è il collaborare con e non per, ma come per tutti gli Assistente Sociale, quindi sia con il paziente ma anche con i colleghi, nel nostro caso. Quindi non lavorare solo con il paziente ma proprio in rete. In rete sia interna nostra ma anche del territorio e quindi fungere un po' da coordinatore della rete. Quindi molto spesso bisogna fare un lavoro di mediazione perché sono molte le problematiche che si riscontrano anche dovute alla malattia / disagio psichico; quindi, mantenere sicuramente attive le risorse del paziente e il suo reinserimento nella società che molto spesso, a causa della malattia magari è facile che venga stigmatizzato ed etichettato ma in realtà sono molto spesso presenti le risorse ancora sfruttabili all'interno della società.

Intervistatore: Ad esempio?

Intervistato: Nel senso che magari una persona può avere comunque una diagnosi psichiatrica ma non vuol dire che possa essere reinserito nel libero mercato del lavoro.

Intervistatore: Tipo attraverso i progetti di reinserimento dell'AI?

Intervistato: Sì, tipo attraverso i progetti dell'AI, dell'Assistenza, l'Ufficio della disoccupazione ecc.

Intervistatore: Quanto influisce, secondo la tua esperienza, la malattia psichica sulla vita delle persone?

Intervistato: Sicuramente il disagio psichiatrico è parte della vita di una persona affetta dalla malattia e dalla sofferenza, per tanto nella presa a carico va presa a carico una persona per la sua totalità, tenendo quindi in considerazione anche tale aspetto, che può sicuramente influire sull'andamento della vita. Importante lavorare sulle risorse residue, limitando al minimo i limiti, così da consentire il raggiungimento di obiettivi e la diminuzione della frustrazione legata ad un insuccesso.

Intervistatore: Okay. A parole tue, come definiresti una relazione terapeutica? Proprio tue, attraverso la tua esperienza, dopo sei anni al Servizio Psico-Sociale, cos'è per te una relazione terapeutica al di fuori di ciò che abbiamo studiato a scuola?

Intervistato: Una relazione terapeutica... di base in ogni relazione terapeutica tra psicologo, psicoterapeuta, psichiatra e paziente, alla base di tutto c'è un rapporto di fiducia. Se questo manca è impossibile collaborare. Tutte le volte che non si è instaurato o si è instaurato ma con difficoltà all'inizio, la relazione terapeutica non c'è e si vede perché si fa fatica a collaborare con il paziente, quindi è fondamentale. È fondamentale e secondo me, per far sì che avvenga anche una relazione terapeutica bisogna far sì che venga mantenuta anche la giusta distanza tra il terapeuta e il paziente, e sicuramente che vengano definiti i ruoli. Infatti, al primo colloquio mi presento e spiego qual è il mio ruolo così che sia chiaro per lui chi sono io e cosa faccio, e non che magari si crea delle aspettative che io non posso realizzare perché se no ecco, viene a cadere o a rovinarsi la relazione terapeutica. Quindi che venga secondo me, chiarito fin da subito il mio ruolo e che gli obiettivi vengano costruiti insieme così che tutto sia chiaro e che ci sia un rapporto di fiducia e sicurezza e che possa andare avanti senza intoppi. Intoppi che possono presentarsi comunque, però cerchiamo di ridurre lavorando in anticipo.

La relazione con il disagio psichico

Intervistatore: Abbiamo già fatto diversi colloqui insieme e abbiamo già riscontrato delle difficoltà relazionali quindi, parlando di *controtransfert*, come superi queste difficoltà nel costruire la relazione con il paziente che soffre e che ha un disagio psichico?

Intervistato: Allora, sicuramente dove è possibile, perché non va dimenticato che c'è una persona con un disagio psichico; quindi, questo non va dimenticato ma va portato all'interno della relazione, come cosa che va tenuta presente. Quindi sicuramente il quadro clinico di un paziente va ad incidere perché può essere oscillante, possono esserci momenti di down e momenti di up e momenti dove è difficile entrare proprio in relazione. Quindi secondo me va sicuramente accolto, portato sul piano del verbale la situazione; quindi, se io ho difficoltà ad entrare in relazione con lui e se vedo che c'è qualche cosa che non va dal piano del non verbale, bisogna esplicitarlo e portarlo sul piano del verbale, ovviamente dove possibile perché possono esserci pazienti che in quel momento stanno male e quindi si rimandano alla volta successiva e magari, si cerca di chiudere il colloquio perché si vede che non porta nulla di positivo. Quindi magari la volta successiva si riprendere ad esempio, "ho visto la scorsa volta che c'erano delle difficoltà, ho visto che c'era qualche cosa che non andava, vuole parlarne?" proprio per portare sul piano del verbale così da poterlo affrontare e superare se ci sono delle difficoltà nella relazione, e superarle.

Intervistatore: Se invece non si superano?

Intervistato: Se invece non si superano e ci sono proprio delle difficoltà, ci si confronta con i colleghi; quindi, con la rete che prende a carico il paziente insieme a noi e si può anche valutare di chiedere un cambio di presa a carico. Ma secondo me questo deve essere l'ultima soluzione e non la prima perché comunque molto spesso il problema non sta nell'Assistente Sociale ma proprio nello stato di salute del paziente. Quindi cambiare il terapeuta è come spostare il problema da un operatore all'altro. Quindi per questo è molto importante il confronto con l'équipe, con il medico e con l'infermiere, lo psicologo o lo psicoterapeuta. E anche, visto che abbiamo momenti formativi o di supervisione e intervizione, quando si hanno delle reali difficoltà con un caso, portarlo in équipe e non solo alla rete stretta ma anche estesa che alle volte, possono anche portarci suggerimenti e suggestioni che poi ci aiutano a superare problemi.

Intervistatore: Ti è mai capitato che un paziente non accettasse la tua presa a carico nei loro confronti? Anche nel tempo, non per forza all'inizio della presa a carico.

Intervistato: Purtroppo capita, l'importante come professionista non prendere sul personale la situazione, in quanto lavoriamo in un ambito dove ci sono persone con una sofferenza e un disagio e ciò entra nella relazione.

Intervistatore: Okay, quale tipo di accompagnamento offri all'utenza che chiede il tuo aiuto? Mi vien da pensare ai progetti di reinserimento...

Intervistato: Sicuramente va in base alla situazione del singolo perché non abbiamo pacchetti predisposti da offrire, ma sicuramente c'è l'ascolto durante il primo colloquio quindi si accoglie la situazione, e da lì viene costruito un progetto ad hoc. Che sia coinvolgendo l'AI, l'Assistenza o la disoccupazione, tutti servizi territoriali, le varie Associazioni come la Lega Polmonare o la

Lega contro il cancro a dipendenza della situazione. L'Unitas se ci sono problemi legati all'ipovedenza o ...

Intervistatore: Forse questa domanda te l'ho già fatta, quali strumenti attivi affinché ti aiutino a creare il rapporto di fiducia?

Intervistato: Sì, sicuramente come detto prima, l'ascolto attivo, l'accogliere l'altro, cercare di trasmettere l'empatia ma come detto prima mantenendo una giusta distanza; quindi, non entrando troppo e non facendoci sorbire troppo perché anche noi dobbiamo proteggerci e non proteggere solo il paziente quindi, non invadendo troppo il suo spazio ma anche far sì che la sua situazione non invada il nostro perché poi diventa pericoloso da gestire. Trasmettergli sicuramente l'autenticità e il non giudizio ecc. Queste mi sembrano le cose principali.

Intervistatore: Allora, visto che l'Assistente Sociale può essere associato alla figura del curatore quindi un po' come una figura di controllo, come lo spieghi che non è davvero una figura di controllo ma che aiuta?

Intervistato: Sicuramente, come detto prima va spiegato fin da subito portando sul piano del verbale, prevenendo. Nel senso, spiegando il mio ruolo fin da subito differenziandolo da quello del curatore quindi, ad esempio, quando chiedo lo svincolo per chiedere dei documenti, già in quel momento chiarire che è per chiedere esclusivamente quel tipo di documento e che io non ho nessuna procura, parlando di conti o di altro, ma è semplicemente per chiedere questo determinato documento che mi serve per questa determinata cosa, è tutto sul verbale e non lasciare che rimanga nulla nell'implicito. O, che rimanga in una situazione che la persona possa poi costruirsi delle fantasie che non corrispondono alla realtà.

Intervistatore: D'accordo, fai parte anche tu dell'équipe dei Progetti complessi?

Intervistato: Non faccio parte dell'équipe perché io rimango sotto il Servizio Psico-Sociale però collaboro come figura di Assistente Sociale con loro; quindi, dal momento che i colleghi necessitano di un aggancio dal profilo sociale, sono io che mi occupo dei pazienti presi a carico da loro.

Intervistatore: E hai notato delle differenze tra l'équipe Progetti Complessi e l'équipe del Servizio Psico-Sociale anche per la relazione con il paziente?

Intervistato: Allora, sicuramente i casi sono più complessi come dice la parola, ma non solo per la gravità della malattia ma anche proprio per la complessità dal profilo anche sociale. Sono pazienti che necessitano di una presa a carico più intensiva da parte nostra perché necessitano di un aiuto su più fronti che sia abitativo o di reinserimento in società, la parte economia, a livello pratico della corrispondenza quindi diciamo che la differenza talvolta dai pazienti del Servizio Psico-Sociale, è che sono pazienti che sono più impegnativi a livello di carico di aiuto e di presenza nostra.

Intervistatore: E com'è lavorare in un'équipe multidisciplinare?

Intervistato: Io personalmente, lavorando in un'équipe multidisciplinare non ho nessun aspetto di criticità o negativo da poter dare, ma solo rimandi positivi in quanto, da quando lavoro qui, per me è stato solamente formativo e arricchente per il mio bagaglio professionale. In quanto, al di là proprio del lavoro in équipe quindi di trarre un insegnamento dal caso singolo che ho con gli altri colleghi, ma anche rispetto alle varie formazioni, supervisioni e intervizioni che facciamo dove sicuramente, il confronto con l'altro aiuta tantissimo sia nella crescita professionale, quindi nell'imparare anche a livello della psichiatria, a livello delle diagnosi, dei vari comportamenti legati alla malattia del paziente, ma anche nella relazione.

Intervistatore: Nelle varie interviste all'équipe multidisciplinare che ho fatto finora, mi hanno sempre detto che chiedono tanto il tuo sostegno, ma tu chiedi il loro?

Intervistato: In realtà, la segnalazione all'Assistente Sociale arriva sempre da parte loro. Quindi è raro che io chieda l'aggancio ad un Medico o ad uno psicoterapeuta perché, per essere segnalato a noi, ci dev'essere un aggancio medico o psicoterapico. Quindi solitamente, se ipotizziamo che c'è il Medico o c'è lo Psicoterapeuta e manca l'altra figura ma in colloquio, per esempio, c'è una farmacoterapia che non è gestita da nessuno o dal generalista però è psichiatrica, oppure vediamo che il paziente esprime il bisogno di un aggancio ad un Medico o ad uno psicoterapeuta per una psicoterapia, allora in quel caso siamo noi a chiedere che venga valutato e visto dai colleghi. Secondo me è più raro, ma proprio perché l'aggancio a noi arriva già dalla figura psichiatrica. Quello che chiediamo noi a loro è talvolta, dove c'è già l'aggancio di tutta la rete, mi trovo in difficoltà dal profilo medico, salute ecc., allora sì, chiedo a loro l'aiuto.

Intervistatore: Anche durante ai colloqui? Chiedi che possano partecipare?

Intervistato: Allora, mi è successo poche volte ma è successo che mi sia trovata in difficoltà durante un colloquio perché un paziente stava male o esprimeva idee di morte, ho dovuto chiamare il collega di picchetto e far capo a loro.

Intervistatore: È emerso anche nelle altre interviste, che fai un po' da anello con la rete. Talvolta il paziente non va dallo psicoterapeuta o dallo psichiatra però viene da te. Come lo potresti spiegare?

Intervistato: Allora, come detto prima, uno dei nostri compiti è anche fungere da "collante" tra l'équipe interna e l'équipe del territorio quindi con gli enti esterni, e può anche essere che il paziente in noi, non vede tanto il medico o la figura più legata all'aspetto della salute. Quindi che magari uno non ha critica di malattia, e quindi associa la malattia ad uno psichiatra o ad uno psicoterapeuta ma vede in noi la figura che magari lo aiuta concretamente. Quindi rispetto sicuramente, agli aiuti economici come l'Assistenza ma anche proprio all'inserimento nella società quindi in noi non vede tanto la figura legata alla malattia ma quella figura che poi lo supporta in quegli aspetti concreti e pratici anche per evitare l'isolamento sociale. Secondo me anche questo è uno dei fattori, nonostante lavoriamo qui all'interno del Servizio Psico-Sociale e quindi all'interno della stessa struttura delle altre figure però quello che io mi immagino, è che alle volte a noi non venga associata la malattia.

Allegato 11 – Mansionario Assistente Sociale

 Organizzazione sociopsichiatrica cantonale	I-xxx CPC consulenza sociale
	CPC
	Ver070614

La consulenza sociale in CPC

Problemi sociali sono frequentemente all'origine o una conseguenza del disagio psichico. Le assistenti sociali della Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio hanno il compito di favorire e sostenere il processo di guarigione dei e delle pazienti ricoverati/e e in trattamento ambulatoriale, occupandosi degli aspetti sociali che riguardano la salute e la malattia. La consulenza sociale è parte integrante dell'offerta della Clinica e funge da mediatore verso l'esterno, sostiene e favorisce l'integrazione delle persone nella società.

L'offerta

Le assistenti sociali operano in stretta collaborazione con l'équipe curante. Si occupano del coordinamento e dell'aggancio alla rete esterna, con l'obiettivo di creare un contesto di vita che favorisca la stabilizzazione e il miglioramento dello stato di salute. L'attivazione e la valorizzazione delle risorse proprie delle persone, del loro contesto sociale, dei partner della rete socio-istituzionale e sanitaria è prioritaria. Alla base c'è la collaborazione e la trasparenza nel rispetto della confidenzialità.

Le assistenti sociali offrono consulenza, accompagnamenti, mediazione e coordinamento degli interventi nei seguenti ambiti:

Finanze: consulenza finanziaria in generale; verifica dei mezzi di sussistenza; elaborazione di una contabilità domestica; verifica dei diritti nei confronti delle assicurazioni sociali; consulenza e sostegno in ambito amministrativo; coordinamento degli interventi con curatori e rappresentanti legali/mandatari.

Lavoro e strutturazione della giornata: verifica della situazione sul posto di lavoro ed ev. incontri con datori di lavoro; richieste di misure di inserimento all'AI; informazione e consulenza a livello scolastico e di formazione professionale in merito alla strutturazione individuale della giornata (Centri diurni, lavoro protetto ecc.) e nell'ambito del diritto del lavoro (contratto di lavoro, malattia, gravidanza ecc.).

Abitare: informazione e consulenza riguardo alle varie possibilità abitative (abitare in autonomia, accompagnamento abitativo, foyers, appartamenti protetti ecc.); sostegno e consulenza nella presa di coscienza della perdita di autonomia e valutazione di un inserimento in Casa per anziani; consulenza in caso di cambiamento di abitazione, domicilio ecc.; attivazione di aiuti in ambito domestico; sostegno nella risoluzione di situazioni problematiche con l'affittuario, i vicini di casa ecc.; informazioni in merito al diritto di locazione e alle associazioni di sostegno agli inquilini.

Rete sociale: collaborazione con enti e servizi sul territorio; favorire i contatti nel contesto sociale privato, gruppi di auto aiuto, attività di tempo libero; consulenza e messa in contatto con istituzioni ed enti in ambito giuridico (immigrazione, violenza domestica ecc.).

Tramite il loro operato, le assistenti sociali s'impegnano a contribuire alla diminuzione dello stigma che caratterizza il contesto della sofferenza psichica. In ambito macro-sociale tale operato fa emergere i bisogni delle persone con problemi psichiatrici per favorire l'adeguamento delle risorse istituzionali cantonali ai reali bisogni nel settore. In tal senso vi è una collaborazione nella pianificazione ed attuazione di nuovi progetti a favore dell'utenza.

La segnalazione

La segnalazione dei singoli casi avviene su indicazione dei medici. Nel caso di segnalazioni da parte di professionisti e/o enti esterni, il piano di trattamento viene coordinato con essi, previo consenso da parte della persona interessata.

Data emissione 07/06/14	Redatto da CO	Pagina 1 di 1
Data revisione	Approvato da	

Allegato 12 – Esposizione dei risultati

Esposizione dei risultati delle interviste

TEMA	CONTENUTO
LA RELAZIONE TERAPEUTICA	
<p><i>Definizione di una relazione terapeutica</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non si impara sui libri ma al momento in cui hai davanti il paziente - Empatia - Relazione attraverso i suoi pensieri, le sue emozioni e reazioni - Fiducia - Aiuto - Sostegno - Comprensione - Ascolto - Ricerca di conforto - Condivisione del peso della sofferenza - Solitudine - Speranza - Intervento volto come medici, quindi a trattare la malattia ma anche a migliorare tutti gli aspetti della vita - Assenza di giudizio - Curiosità - Legittimazione delle emozioni - Positività (il nostro umore condiziona tantissimo) - Parte più importante, senza non si può fare un lavoro - Tra due persone, distinzione dei ruoli tra paziente e terapeuta - Principale strumento di cura - Compliance (sottintesa ma fondamentale)
<p><i>Difficoltà riscontrate nella costruzione della relazione terapeutica</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disturbi di personalità paranoide, borderline o schizofrenia paranoide → mina la fiducia, difficile entrare in relazione - Scarsa critica di malattia - Persone prevenute e sfiduciate del ruolo dello psichiatra e non pensano possano aiutare - Poca credibilità dell'esistenza della malattia mentale - I farmaci assunti hanno effetti collaterali molto forti - Caratteristiche culturali - Persona con quadro clinico oscillante - Non compliant
<p><i>La malattia influisce sulla vita del paziente e sulla relazione con gli altri</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Influisce tantissimo, sofferenza intrinseca molto forte - Dipende dal tipo di patologia - Mina le relazioni con gli altri - Sensazione di essere "diverso", inadeguato - Influenza negativamente diversi contesti: lavorativo, relazionale e sociale - Non si guarisce - Farmacoterapia importante per riabilitare la persona a stare all'interno di un contesto sociale - Grado di autonomia compromesso → possibili misure di sostegno attivabili? - Aiuti più invasivi come il ricovero
<p><i>Come si superano queste difficoltà</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Farmacoterapia (diminuisce angoscia e da la base per la creazione di una relazione terapeutica) - Rete multidisciplinare per agire su più fronti - La relazione terapeutica fa la differenza - Richiesta di riscontro al termine del colloquio - Creazione di un ambiente che li faccia sentire a proprio agio - Normalizzando la loro richiesta di aiuto, non sono i soli ad aver chiesto un aiuto in un momento della vita e ridimensionando la loro paura - Entrare nella vita delle persone in punta di piedi con rispetto e tanta pazienza - Se il rapporto di fiducia è già creato, si fa un esame di realtà - Attraverso il rapporto di fiducia - Se peggiora rapidamente, si interviene in équipe con interventi forzati variando la terapia - Parlandone - Confrontandosi con l'équipe - Non cambiando terapeuta, si sposterebbe solo il problema senza risolverlo
<p><i>Assenza di formazione psichiatrica da parte dell'AS come influenza sulla relazione terapeutica</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No, deve avere le sue competenze professionali e relazionali - In situazioni difficili, avviene il confronto e collaborazione con lo psichiatra o si affronta il colloquio insieme - È qualche cosa che si acquisisce man mano che svolge il suo lavoro - Può influire, dovrebbe fare una formazione - Il percorso personale aiuta - Pur non avendo una formazione psichiatrica, interagisce bene con i pazienti
<p>Competenze Assistente sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione dei ruoli per non creare aspettative - Accoglienza, ascolto, assenza di giudizio, anello conduttore per la rete - Mediazione - Controtransfert
<p>CONCETTI TEORICI</p>	<p>Assistenti sociali professionisti, metodologia del lavoro sociale → fiducia</p> <p>Nuovo dizionario servizio sociale → processo collaborativo da parte di entrambi</p> <p>Rita Charon → comprensione, empatia, fiducia</p> <p>Erminio Gius → chi opera il cambiamento è sempre la relazione</p>

	<p>Collaborare, Ennio Ripamoni Olga Celentani Silvia Kanzisa</p>
<p>L'ASSISTENTE SOCIALE IN PSICHIATRIA</p>	
<p><i>Rappresentazione della figura dell'AS</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - È fondamentale per alcuni pazienti costruire una rete che tuteli anche l'aspetto sociale - Esempio: domanda AI per un paziente → AS fondamentale per le possibilità di agire - Figura dell'AS assolutamente indispensabile → pazienti gravissimi con situazioni di vita, sociali, finanziarie e lavorative complicatissime - Problemi correlati e sicuramente influenzati dalla patologia → bagaglio enorme → con AS condivido questo carico di problemi e l'intero progetto - Aiuta a districare tutte le situazioni difficili - Mette le priorità - Orienta in base al bisogno del paziente - Paziente grave, figura AS accetta più volentieri - Figura che fa da tramite quando è difficile instaurare una relazione terapeutica - In situazioni dubbie, l'AS va in visita domiciliare per avere uno sguardo a 360° sulla vita della persona → rassicurante per il paziente la figura dell'AS piuttosto che lo psichiatra - Collaboro tanto - Permette di agganciare il paziente da un punto di vista differente (non dalla terapia farmacologia ma dagli aspetti economici o sociali → più concreti e immediati) - Aggancio con AS → creazione di fiducia e soddisfazione in termini economici → permette aggancio anche con la rete - Fonte di informazioni - È importantissimo - La persona porta una sofferenza che riguarda anche l'aspetto economico → posso rassicurarla orientandola verso l'AS → aggancio - Estremamente utile - Collaborazione assolutamente buona - Purtroppo, non fa parte dell'équipe in maniera stabile, sarebbe più utile e arricchente (PC)
<p><i>Anello collante della rete</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si - Con pazienti con scarsa compliance - Fa da campanello d'allarme se il paziente non sta bene - Interagisce bene con i pazienti nonostante non abbia una formazione psichiatrica, è sicuramente un aiuto con chi salta i colloqui - L'AS fornisce un aiuto più concreto (compilazione documenti, spedire qualche cosa, fare i pagamenti) → paziente più propenso a ricordarsi questi appuntamenti piuttosto che quelli con lo psichiatra - Contatto più regolare con AS - Agganciato un paziente e la sorella grazie all'aggancio con AS

	<ul style="list-style-type: none"> - Non ho avuto molte esperienze, non mi è mai capitato, mi è capitato con altre figure quindi posso immaginare che succeda anche con l'AS - I pazienti trovano sia più sensato vedere l'AS perché non ritengono di avere un problema di salute, psicologico o medico - Si rendono maggiormente conto di difficoltà a livello sociale → problemi più concreti e tangibili - AS molto importante, fa da porta di entrata in psichiatria per i pazienti che hanno bisogno dello psichiatra ma lo rifiutano
<p><i>Possibile rifiuto di questa figura</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - No - Sempre ben accetto - Se succede è perché è una persona in più che indaga gli aspetti della vita privata del paziente (che magari non vengono toccati dallo psichiatra) → paura che possa andare in giro a dire le loro cose → rassicuriamo - Soddisfa richieste che vengono dal paziente - Assenza di confusione in merito al suo ruolo paragonato al curatore - Con un paziente dei PC, avere a che fare con una persona in più che non conosce, è una fonte di grande stress → formalmente accettata ma non così evidente incontrare nuova figura di riferimento
<p>Competenze dell'AS in psichiatria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incontro con la malattia e non solo con la persona - Mansionario - Strumenti utilizzati - Flessibilità del ruolo (liquidità → non più rigido) - Ascolto, accoglienza, curiosità, collaborazione, mediazione, relazionarsi, condivisione, responsabile, creazione di un ambiente accogliente - Conoscenza del territorio e di ciò che offre (misure di integrazione, strutturazione della giornata) - Fungere da "collante" tra l'équipe interna ed esterna sul territorio - Paziente non associa all'AS l'aspetto della malattia ma più la figura concreta che lo aiuta (rinnovo USSI e burocrazia varia) - Spiegare il ruolo fin da subito, differenziandolo da quello del curatore (soprattutto in casi in cui si chiede lo svincolo) → importante non lasciare nulla nell'implicito → per noi è scontato ma per il paziente no - Attenzione al controtransfert - Nel caso in cui un paziente assume una farmacoterapia non gestita o esprimono il bisogno di un aggancio medico psicoterapico, segnala ai colleghi - Essere in grado di chiedere aiuto nei momenti di difficoltà con il paziente sotto il profilo medico e salute
<p>CONCETTI TEORICI</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mansionario - Carbone → l'AS in psichiatria / punto di vera forza del servizio - Ziliani e Rovai → AS in équipe multidisciplinare - Mediazione - Zygmunt Bauman → liquidità - Collaborare, Ennio Ripamonti

	<ul style="list-style-type: none"> - Fabio Folgheraiter, lo specifico del servizio sociale 2 → fattori intrapersonali - È anche udire e ascoltare, Silvia Kanzisa
LA MULTIDISCIPLINARIETÀ	
<p><i>Aspetti positivi del lavoro multidisciplinare</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ci sono pazienti che hanno bisogno di un'équipe multidisciplinare - Importante fare dei feedback in merito a come sta procedendo il paziente - All'SPS funziona abbastanza bene, c'è un buon riscontro tra le varie figure - Ognuno porta il proprio sguardo e la propria valutazione → arricchisce valutazione globale del pz - Il confronto porta arricchimento (proposte, valutazioni, osservazioni, altra visione più ampia → intervisioni, riunioni settimanali, supervisioni) → perle preziosissime - È rassicurante perché l'équipe aiuta e viceversa (dubbi, incertezze) - Grosso vantaggio perché ogni figura può insegnare qualche cosa - È il top, non lavorerei mai da solo - È una risorsa soprattutto se sfruttata bene - La comunicazione tra i professionisti è essenziale - (AS) Formativo e arricchente, il confronto con l'altro aiuta tantissimo, supervisioni, intervisioni, riunioni di équipe → crescita professionale ma anche formativa a livello di psichiatria, diagnosi, vari comportamenti legati alla malattia e alla relazione con il paziente
<p><i>Aspetti negativi del lavoro multidisciplinare</i></p> <p>Fattori emersi dalle interviste:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Triangolazione in mancanza della comunicazione - Ci sono visioni contrastanti sui pazienti → grande lavoro per convergere tutte le posizioni - A volte le relazioni con gli altri professionisti sono conflittuali e spesso molto faticose (PC) - Non ho aspetti di criticità - Feedback importanti altrimenti si rischia di lavorare da soli
<p>Competenze équipe multidisciplinare</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quali competenze sono sollecitate maggiormente (l'aspetto sociale) - Come l'AS aiuta la relazione con il paziente - Combattere gli stereotipi e il giudizio - Integrazione - Collaborazione - Lavoro di squadra - Comunicazione - Confronto e feedback continui - Crescita professionale - Arricchimento - La necessità di un'équipe multidisciplinare e l'importanza di questa nell'aiuto verso il prossimo
CONCETTI TEORICI	<ul style="list-style-type: none"> - Zillianti e Rovai 2013 → l'importanza della multidisciplinarietà - Neil Thompson, Lavorare con le persone → importanza collaborazione multidisciplinare
	<ul style="list-style-type: none"> - Carbone → l'AS in équipe multidisciplinare - Collaborare, Ennio Ripamonti - Il principio della molteplicità dei saperi, Renzo de Stefani