



Newsletter n.1 - Gennaio 2017 - Comitato di Redazione: Nicola Grenno, Luciano Moro, Giovanna Tatti, Marta Vigorelli

## IL PIU' IMPORTANTE EVENTO DEL 2016

**Il convegno di Milano :**

### COMUNITÀ TERAPEUTICHE A CONFRONTO: MODELLI E PRATICHE

#### Tra frammentazione e validazione

Mito&Realtà ha celebrato il ventennale dalle sue origini con il convegno di Milano, il più riuscito di questi ultimi anni, all'insegna del confronto, della ricerca, della memoria, della creatività e di nuove aperture per il futuro: differenti esperienze e aree di lavoro si sono variamente alternate durante la giornata esprimendo la ricchezza di questa associazione che ha confini nazionali e collegamenti internazionali. La data, ormai un rituale, l'ultimo venerdì di settembre ha visto una grande partecipazione di operatori e anche una rappresentanza di familiari e in particolare di residenti: per la prima volta, infatti hanno avuto spazio di parola, due toccanti interventi nel pomeriggio, testimonianze del valore trasformativo dell'esperienza comunitaria che ha portato Maria Fisicara e Valeria Allevi a diventare ESP, esperte di supporto tra pari, in associazioni nate per aiutare chi è all'inizio del viaggio, da parte di chi l'ha compiuto con esiti felici.

*Il confronto:* in apertura del convegno è avvenuto anzitutto con gli eminenti ospiti stranieri, Jhon Turberville e Rex Haig psichiatri e gruppoanalisti appartenenti al movimento di Community of Communities, (vedi relazioni sul sito) che in Inghilterra ha consentito la sopravvivenza del modello comunitario, minacciato – come in Italia - dalla crisi economica, dalla burocratizzazione e dall'impovertimento delle risorse. I valori centrali terapeutici da tener vivi e la ricerca orientata a dimostrare l'efficacia degli esiti e del processo comunitario, sono stati proposti da entrambi gli autori come pilastri su cui fondare anche nuovi modi di "far comunità" laddove situazioni estreme non consentono la costruzione di "luoghi" a tempo pieno, ma solo "the TC in the head"; concetto questo che ha suscitato nel pubblico italiano vivaci reazioni, che hanno sottolineato come per i gravi pazienti ospitati dalle nostre CT, l'interiorizzazione del percorso comunitario sia possibile solo attraverso l'esperienza quotidiana, ripetuta nel tempo in residenze concrete ed emotive, realmente terapeutiche.

*La ricerca:* Sono stati presentati e recepiti anche i risultati delle ricerche di Giovanni De Girolamo che hanno censito lo sviluppo in Italia delle residenze dal 2000, anno di chiusura dei manicomi, ad oggi con le indicazioni dei maggiori fattori di rischio di istituzionalizzazione e richiamando la necessità di intervenire precocemente sull'insorgenza delle psicopatologie, a livello infantile e adolescenziale. L'area della ricerca è in evoluzione anche in Mito&Realtà attraverso strumenti e protocolli di valutazione specifici per le CT.

*La memoria e l'apertura al futuro:* alcuni punti salienti della storia di Mito&Realtà, con interviste ai fondatori (Vigorelli, Ferruta, Foresti, Guerrini e Pelanda) sono stati presentati attraverso un ampio documentario realizzato con la magistrale regia di Gianmaria e Giovanni Fornari. Nella seconda parte del Video sono stati visualizzati gli apporti scientifico formativi del ventennio di intensa attività contribuendo a diffondere una chiara consapevolezza della metodologia terapeutico-riabilitativa della Comunità terapeutica, diffusa in particolare del network di CT che partecipano a un processo di valutazione di accreditamento tra pari chiamato "Visiting" che stabilisce cicli di visite con obiettivi di miglioramento annuale da realizzare, con valutazioni quantitative, qualitative e "best practice" che le CT più avanzate trasmettono a quelle in difficoltà o in situazioni ancora iniziali. Le interviste ai coordinatori (Bencivenga, De Crescente, Gaburri, Mingarelli, Pismataro) e le immagini delle varie comunità per adulti e per adolescenti che si sono rese disponibili alle riprese, hanno immerso gli spettatori nel clima vivo di un'esperienza che si sta diffondendo con entusiasmo e grandi potenzialità trasformative dal Nord, al Centro al sud Italia.

*La creatività:* si è espressa nei Poster realizzati da varie CT visitate in un apposito spazio e in un breve filmato di Concetta Marino, drammatico e commovente nella sua efficacia, dal titolo: "Metamorfosi mentale"

Molto vivaci sono stati i dibattiti che hanno coinvolto i numerosi presenti negli spazi di discussione e insieme alla consueta sintesi finale di Anna Ferruta hanno creato un completo evento formativo. Trovate le relazioni, gli abstracts e i Poster sul sito [www.mitoerealta.org](http://www.mitoerealta.org). Si può richiedere il VIDEO inviando una mail a [segreteria@mitoerealta.org](mailto:segreteria@mitoerealta.org).

**FORUM NAZIONALE DEL VISITING** 1 ottobre, sempre al Fast, con la supervisione di Rex Haig, e il coordinamento di Bruschetta, Giannone e Vigorelli si è svolto il quarto Forum Nazionale del Visiting con una buona partecipazione sia di operatori delle CT che hanno svolto il percorso nel 2015/16, sia di neofiti incuriositi da questo nuovo processo di valutazione. È questo un incontro fondamentale per confrontare i dati e scambiare le esperienze molto diverse tra loro e individuare dei fattori comuni.

Il mattino è stato dedicato alle CT che dopo aver concluso 3 cicli di Visiting hanno ottenuto un AUDIT finale positiva da parte di una delegazione esterna. Dopo la presentazione della prof.ssa Giannone dei risultati quantitativi dei miglioramenti delle CT Castelluccia (GNOSIS) di Marino laziale, S. Antonio di Piazza Armerina (EN) e Passaggi (Oricola, AQ) alcuni operatori e familiari delle singole CT hanno testimoniato il valore di crescita e di arricchimento dell'esperienza e ottenuto, tra gli applausi, la Certificazione di Accreditamento finale di Base, siglata da Rex Haig.

È seguito un interessante dibattito coordinato da Raffaele Barone (che sul suo [blog](#) ha pubblicato alcuni video girati in quest'occasione, con interviste ad alcuni dei protagonisti e gli interventi di Rex Haig al Forum), sul Visiting in rapporto con i Dipartimenti di Salute Mentale delineando la possibilità che tutto il DSM possa essere trasformato in una grande e articolata comunità terapeutica, superando vincoli burocratici e le gerarchie verticistiche che tendono a cronicizzare i processi terapeutico-riabilitativi.

Il pomeriggio ha visto il susseguirsi di due panel dedicati, uno al numeroso gruppo dello Staff diretto da Simone Bruschetta "Progetto Visiting Democratic Therapeutic Communities 2016" con la presentazione dei tre Programmi di Accreditamento Visiting DTC 2016: LdG Sicilia, AUSL Toscana, LegaCoopSociali, e l'altro con la presentazione viva ed esperienziale dei risultati del Visiting delle terre del Nord e del Centro Italia coordinate da Marino De Crescente e Carmine Pasquale Pismataro. Ha chiuso la giornata la consegna dei certificati con commento finale elogiativo di Rex Haig, sulla creatività e le prospettive evolutive delle CT italiane.

"Il coinvolgimento delle famiglie nell'intervento delle comunità terapeutiche"

David Cooper, il fondatore di Villa 21, era stato forse troppo frettoloso, declamatorio, ideologico, quando aveva decretato l'avvenuta "morte della famiglia" ? Sembra che il legame familiare (ora che lo si scrive con la g), sia stato capace di resistere alla scomparsa di ogni organizzatore macro-sociale autoritativo e di ogni evidente struttura di legittimazione del potere condiviso e ripartito gerarchicamente, internamente ed esternamente ad esso, fino all'implosione/liquefazione identitaria della società post-moderna. Forse i padri sono assenti come un tempo (anche quando non disoccupati), forse le madri (veri oggetti resistenti quando non ostruenti) hanno in ogni caso reso più invisibili e trasparenti i legami simbiotici con cui imbozzavano i figli, e questi sono molto più restii di un tempo ad abbandonare la protezione economica e adesiva data dall'ambiente familiare circostante, meno che meno a contestarne l' eventuale residuale 'autoritarismo' e a rivendicare una loro posizione generazionale di fronte al passato e al futuro, presunto o virtuale che esso sia.

Certo l'orizzonte dei valori trasmessi al suo interno appare assai modificato, come pure le relazioni tra generazioni si sono appiattite e i rapporti economici rovesciati al loro interno, ora più spesso i figli e i nipoti vivono delle pensioni dei nonni ma anche i genitori, a volte, cercano di barcamenarsi tra i residui scampoli dello stato sociale, magari appoggiandosi sulle pensioni di invalidità riconosciute ai loro figli, e il centro di gravità di tutto il nucleo familiare gira attorno ad esperienze e tematiche pre- adolescenziali se non pre-puberali; tramontando in genere per tutti i soggetti al loro interno l' esperienza di essere adulto o l' ideale di essere generativo. Anche se non si denunciano certo più le famiglie come schizofrenogene e si attenua di necessità la potenza dei messaggi veicolati come doppio legame, anche per le Comunità Terapeutiche, spesso nate in prima istanza come momenti di separazione dal contesto familiare e sociale, il cercare nelle famiglie delle "risorse più che degli impedimenti" è stato un processo lungo e non del tutto concluso positivamente. Il tema del lavoro con le famiglie in Comunità nel nostro dibattito ha presentato infatti diverse luci e nondimeno ha evitato di nascondere non poche ombre.

A partire dal risentimento e fatica con cui i famigliari hanno voluto riprendersi la parola nella nostra discussione, marcando ancora nonostante tutti i nostri tentativi di "open dialogue" in tal senso, con forza la loro distanza e forte diffidenza, la paura che il nostro linguaggio sia ancora lontano e distanziante; più facile,

ancora, per loro rappresentarsi come vittime dei nostri dispositivi di cura ed ergersi a solitaria e strenua tutela dei loro figli abbandonati da un sistema burocrattizzato e dalle nostre pratiche ancora vissute come parzialmente disumanizzanti ed alienanti. Un incidente di percorso, momenti di esasperazione dialettica, di speranza, imperizia o incertezza sul nostro reale tentativo di aperta alleanza? Forse avremmo dovuto cercare noi prima di loro di uscire da un linguaggio troppo formalizzato e professorale e da un impasse determinata da un eccessivo e troppo frettolosamente acquietato accomodamento.

Certo, ci sono stati momenti molto positivi, come la presentazione delle pratiche consolidate di lavoro con la famiglia soprattutto evidenziate nelle CT per minori che sono stati molto proficui e rassicuranti. Soprattutto quando si è trattato di dimostrarsi pronti ad aiutare le famiglie a restituire momenti di ritrovata capacità genitoriale e di lavoro di concerto con le istituzioni per garantire legittimità e tutela dei processi di riparazione delle eventuali relazioni in difficoltà.

La maggior parte di noi, ha dimostrato la propria disponibilità e concretezza operativa a lavorare tutti con le famiglie. Anche in quelle situazioni come gruppi in qualche modo di frontiera, con pazienti dai percorsi fin troppo accidentati e complessi, in cui la ricostruzione dei legami familiari appare difficilissima o ormai del tutto esaurita. Come in alternativa a ciò, la rete sociale e la rappresentazione delle mappe di rete dei nostri ospiti, possa trovare figure vicarianti e non tutto evidenti a tutta prima, come il sindaco conosciuto nel TSO o la farmacista più che non la lontana zia o la vecchia maestra, l'associazione di volontariato o il maestro d' arte, la cooperativa di inserimento lavorativo come nelle micro-reti e esperienze di buon vicinato, ecc.

Si è cercato di affrontare argomenti impegnativi ed ostici, quali la presa in carico del paziente designato (soprattutto in fase precedente all'accoglienza in CT) e l'impossibilità poi di restituire in un momento successivo o simultaneo, in parte o del tutto, una neutralità equivalente ed equidistante nella eventuale terapia familiare successiva o concomitante. Altri temi: la sovra esposizione e le difficoltà del lavoro con i gruppi multi-familiari (Badaracco & Co.), la compatibilità di una vera e propria terapia familiare ed il modello complessivo della terapia di comunità, gli stili di leadership interni ai modelli comunitari e le asimmetrie rispetto agli assetti familiari e ai contesti di cura, i legami naturali e storici dei modelli e delle istituzioni familiari ed il modello delle relazioni

oggettuali per come li sistematizziamo e pratichiamo all'interno dei nostri modelli teorico-clinici. E ancora, la cronicità e la patologia della dipendenza a confronto con la durata senza fine né la vera soluzione/dissoluzione dei legami familiari nel mondo interno dei nostri ospiti e in tutti noi. Nello stile antiretorico e appassionato degli incontri di Montefiascone, è stato anche ben evidenziato come la struttura che ha certamente più competenze (annoverando ben 4 terapeuti familiari e una lunga storia

di formazione in quell'ambito, con le supervisioni di Pontalti, Luigi d' Elia e Marino de Crescente, che tanto si è speso personalmente per promuovere questa specifica tematica nella sua struttura e come tema del Convegno) è stata proprio quella che alla fine ha optato per non portare uno specifico contributo scritto per la giornata; forse proprio perché troppo avveduti e profondamente consapevoli delle criticità ancora soggiacenti al tema, nella concretezza e quotidianità delle nostre pratiche. Allo stesso modo i tempi del dibattito sono stati fin troppo compressi dalla quantità delle relazioni e degli interventi fatti a caldo che hanno accompagnato la loro presentazione, tanto che gli organizzatori dell'Agatos, in primo luogo l'ospitale padrone di casa Gianni Tassoni, stanno pensando di riportare a due le giornate del Convegno per non sacrificare troppo la ricca messe dei contributi e delle esperienze da mettere a confronto. Insomma, oltre alla consueta convivialità che caratterizza tali incontri, in cui l' incontrarci alle Terme il pomeriggio e la cena sociale della sera del venerdì, sono ormai dei *must* imprescindibili, temo che presto ci toccherà lavorare ancor di più, per gustare il piacere della tavola, rotonda o ben intovagliata che essa sia.

Vi segnaliamo il 20esimo seminario esperienziale residenziale ALI 2017 che per la prima volta si terrà, nel prossimo marzo, in Sicilia. L'esperienza è rivolta a chiunque abbia interesse per la salute e per il futuro delle società e delle organizzazioni in cui viviamo e lavoriamo. Il proposito è quello di esplorare l'impatto che la "cultura mediterranea" e la drammatica situazione attuale ha sulle società, sulle aziende e sulle dinamiche gruppali, sia a livello conscio che inconscio. L'auspicio e la sfida di questa Group Relations Conference è che, esplorando il significato di confini 'liquidi' e frontiere 'solide' si possa generare, all'interno delle organizzazioni in cui viviamo/lavoriamo, una capacità di leadership trasformativa, che permetta di realizzare innovative modalità di funzionamento e di migliorare il nostro modo di assumere i ruoli professionali e personali.

IL NODO GROUP  
AL 2017 AUTORTA' LEADERSHIP E INNOVAZIONE  
20° Group Relations Conference Internazionale in Italia

**CONFINI LIQUIDI - FRONTIERE SOLIDE**  
*la necessità di una leadership trasformativa*

2° Conference focalizzata sul Mediterraneo



16 - 19 MARZO 2017  
Hotel Perla del Golfo - Terrasini, PALERMO

Gruppo A per chi partecipa per la prima volta ad una Group Relations Conference  
Gruppo B per chi ha partecipato ad almeno una Conferenza  
Gruppo T per chi ha partecipato ad almeno due Conferenze

CON LA SPONSORSHIP DI

Crediti ECM: 40,5



REPORT di *“Costruzione e rottura dei legami istituzionali: le dimissioni dell’ospite dalla comunità terapeutica”* Venerdì 27 maggio 2016, c/o Laboratorio Psicoanalitico S. Lorenzo - Roma. Giornata di incontro con *Marcel Sassolas in dialogo con Ugo Corino*.

“I nostri ospiti semplicemente non dicono più di abitare in una Comunità Terapeutica; quando si chiede quale sia la loro condizione abitativa più spesso dicono semplicemente di “co-abitare” / *tout simplement de vivre en co-location*”. Parole così chiare riescono a risuonare nel loro ‘pacato clamore’. Nell’incontro si andavano riproponendo le fondamentali e basilari questioni di sempre: Il senso della cura, la criticità del setting e del dispositivo comunitario, il valore del focus posto sul valore della “realtà psichica”, aspetto e valore continuamente denegati nell’esperienza psicotica, la necessità essenziale di proporsi in un buon contratto iniziale con le parti adulte e generative di tutti i soggetti coinvolti, in modo da non mettere *sub judice* l’assunzione successiva di responsabilità per poter agire efficacemente sulla propria vita e nella relazione; come fronteggiare il pericolo della “seduzione narcisistica” e nella passivizzazione psicotica nelle varie fasi della cura; temi consueti, seppur espressi con quegli accenti caratteristici di costante attenzione e riflessione sugli aspetti organizzativi e di ‘assetto contrattualistico’ alla base del lavoro con le parti sane e adulte del paziente e con gli agenti sociali coinvolti.

Tematiche che riconosciamo da sempre a Sassolas, coerenti con la articolata ripresa, profondamente introiettata ed elaborata, della lezione di Racamier, applicata in un contesto più caratteristicamente urbano ed una più stretta relazione con l’apparato di cura istituzionale nel solco della c.d. psichiatria di settore (a Villeurbanne, paese-satellite di Lione, con 246.280 ab.). Tale turbamento a posteriori, in me e credo nel resto dell’uditorio, non poteva non prodursi a quel punto ed era un effetto, a guardare meglio ora, preparato da tutta l’esposizione precedente, che metteva sulla nostra scena comunitaria il fantasma del sociale e del politico e il problema teorico-pratico del “terzo”, spesso accantonato come puro ostacolo nelle nostre pratiche quotidiane. Volti come siamo già a fronteggiare la sfida della psicosi, onnipotentemente isolati e ritirati, si finisce per lasciare sul terreno del vago la questione dell’ articolazione tra apparato di cura e contesto generale della relazione, fino a quando questo elemento silente e trascurato non si inviti da sé e reclami di nuovo tutta la considerazione, poiché nonostante tutto ha ripreso parassitariamente il campo e ricoperto di sé l’intero orizzonte dell’esperienza. Curvandoci ed inclinandoci troppo al fianco dei nostri pazienti rischiamo di appiattirci sempre più su di loro e sulle nostre poche certezze tecniche perdendo il contatto con aspetti significativi del reale. Occorre riprendere invece la questione del sociale e della realtà materiale e del reale (rispetto all’ideologico), per renderci conto di cosa sia cambiato nell’ultimo decennio o poco più, nonostante tutti i nostri tentativi di

tirarcene fuori, fingendo di essere protettivi nei confronti dei nostri ‘clienti’; nell’impatto dei nuovi cambiamenti sociali e tecnologici, con il loro apparato neo-protetico e le loro propaggini nel virtuale, ed i loro ineludibili riflessi sui nostri micro-sistemi comunitari. Cosa si è strappato/consumato nell’apparato di senso e nelle forme materiali dei nostri sistemi di convivenza? Cosa è stato sostituito nella nostra quotidiana e nelle nostre più comuni relazioni?

Quello che è cambiato non sembrano essere e non sono i fondamenti della teoria, ma il modo concreto in cui l’organizzazione si è cristallizzata nei nostri apparati, influenzati dal contesto culturalmente sensibile e variabile della psichiatria (le cui pratiche sono sostanzialmente influenzate dal sistema sociale in cui è inserita) che vede una divaricazione tra la cultura nord europea, genericamente definibile come più calvinista e tecnocratica, e il sistema dell’assistenza italiana, sostanzialmente ancora politico-clientelare e ‘cattolica’ nelle sue forme. La psichiatria di settore francese ci ha insegnato come sia difficile poter far sopravvivere un modello psicodinamico istituzionale, se non si è disposti a dialettizzarsi con un ambiente che lo contenga in modo differenziato, confrontando le proprie pratiche e saperi senza appiattimenti alla logica dell’economico-amministrativo e alla dinamica sociale dominante. Come non farlo ancora in modo velleitario e fornendo attento e positivo sostegno ai nostri ospiti e al nostro progetto di cura? Forse, proprio a partire dalla loro esperienza nella relazione di cura e nei loro progetti su di sé e sulla propria vita, rifiutando di pensarli ancora *tout-court* come “nostri ospiti” per sempre o per un solo giorno ancora. Se fondamentale era, per la nostra situazione italiana, focalizzarsi sul tema delle dimissioni (tema espresso dai colleghi italiani durante il pomeriggio e oggetto della supervisione dei casi da Sassolas il mattino successivo) la conversazione con Sassolas ci ha costretto più in generale a ri-pensare ai termini dell’abitare e della costruzione di legami tra residenti ed équipe curante durante tutto il percorso. Ci ha fatto riflettere sul modo in cui ridare continuamente senso non solo alle forme della terapia (mandato istituzionale e sociale e contratto di lavoro), ma anche alle forme del legame sociale ed istituzionale (alle forme stesse dell’abitare e del vivere) delle persone, senza ricadere nella fissità di ruoli e di aspettative, queste si cangianti e diversificate (forme del contratto sociale, asimmetrie di potere e nuove forme di cittadinanza).

Ecco ad esempio alcuni elementi di base delle trasformazioni verificatesi nel tempo per come sono stati puntualmente evidenziati ed enucleati da Sassolas:

1. non esistono di fatto più vecchie dimore storiche in cui si insediavano le principali CT in antichi edifici, ristrutturati magari attraverso un comune lavoro per poter costruire e ricostruire le forme del loro personale abitarvi. Al loro posto appaiono nuove palazzine approntate da architetti dal design assai moderno e confortevole.

2. non viene più erogato ai soggetti un “assegno specifico dato come contributo abitativo” da contrattualizzare come forma di affitto, ma avviene una corresponsione diretta alla struttura assistenziale, facendo perdere potere contrattuale all’ospite.

3. La manutenzione come l’arredo vengono gestiti attraverso uno specifico personale tecnico-amministrativo a cui rivolgersi per ogni cambiamento.

4. I nuovi media (cellulari, televisori personali, tablet, internet, ecc.) hanno modificato profondamente le modalità di fruizione in modo assai individualizzato e non corrispondono più a beni comuni da gestire in modo partecipativo o semplicemente condiviso del loro accesso.

Maone nella sua introduzione ai lavori del convegno aveva già evidenziato le criticità insite nel tema, confrontando le tematiche relative al paradigma della “Recovery” con l’esperienza dell’ “Open-dialogue” scandinavo e rimarcando la necessità sostanziale di introdurre la flessibilità negli approcci e nella rete dei Servizi, riposizionando i limiti della cura istituzionale dentro e fuori le proprie mura ed articolazioni, tra un prima e un dopo, per meglio ridefinire un “durante”. Matteo Biaggini, nella seconda relazione ci ha poi fatto apprezzare come il dover “pensare al dopo” come momento specifico della fase avanzata dei progetti di reinserimento, sia una virtù necessaria di ogni progetto comunitario, tanto che forse l’aver dovuto affrontare una vera e concreta separazione ha permesso una riconsiderazione importante per pilotare verso la realtà (un reale e concreto radicamento nel tessuto sociale) la piccola navicella della follia. Dover attraversare e riattraversare i confini stabiliti dei nostri luoghi, il loro caratteristico lento attraversamento e a volte i tentativi di ritorno indietro, al di qua della soglia dei nostri cancelli, ci ha riproposto in modo più radicale e stringente il problema di riconsiderare non solo tale attraversamento ma un modo più prossimo e quotidiano di sostare a fianco delle difficoltà dei nostri ‘assistiti’ nella loro normale fatica di vivere (nell’isolamento sociale e nella solitudine mentale, come ha rimarcato Sassolas). Ci siamo quindi posti il problema di come risollecitare un serio (ri)-presa in carico da parte dei servizi e di un rapporto più fluido e cogente con i nostri mandanti e con i familiari; di come coinvolgere in qualche modo i curanti, facendo in modo che investano (o rinvestano) sul progetto, comunicando il valore di quanto faticosamente raggiunto o conosciuto e la fragilità ulteriore ed ineliminabile di una esperienza co-costruita passo a passo e assai vicino all’esperienza quotidiana e concreta dei loro ‘assistiti’, con difficoltà e risorse. Ma questo va fatto, come ha evidenziato Maone, con progetti “su misura” che funzionano, indipendentemente dagli interventi sull’area difettata o traumatica e collateralmente alle nostre intenzioni coscienti di riabilitazione.

Per introdurre un elemento utile di confronto sul tema, oltre l’esperienza dei progetti sull’abitare introdotti dalla collega dell’associazione sul Progetto di “abitare assieme”, mi preme solo riferire che è stato invitato Pontalti sul palco a

discuterne con noi. Relativamente al tema delle relazioni e delle dinamiche interfamiliari delle famiglie dei nostri pazienti, ha sottolineato come, fortunatamente, molto sia stato fatto nell'esperienza delle Comunità per trovare risorse ed interazioni feconde tra residenti, équipe e i loro sistemi di origine, anche nella prospettiva del loro reinserimento in famiglia o per trovare altre forme alternative.

Nel pomeriggio si sono formati tre gruppi di studio su "Costruzione dei legami nelle istituzioni, Rottura dei legami istituzionali e Dimissioni dalla Comunità Terapeutica". Il lavoro di gruppo, grazie alle sollecitazioni dei facilitatori, ha permesso di riattraversare molti temi cercando di ritrovare un linguaggio metaforico efficace e denso, per riconsiderare alla luce di quanto espresso il mattino, il senso del nostro lavoro quotidiano, delle nostre relazioni con gli ospiti e con i servizi, della rete di affetti che la compongono, in sintesi lo stato dell'arte nei nostri laboratori e di possibili buoni contenitori capaci di evoluzione vitale.

Convegno int. "Cura e controllo del paziente psichiatrico autore di reato" - Torino - Sala GAM 20 Maggio 2016

Diamo ora brevemente conto di una serie di tre Convegni strettamente correlati tra di loro proposti dalla Comunità il Porto di Moncalieri con il patrocinio del Centro Psicoanalitico Torinese ed inseriti nel programma del Master per gli operatori di Comunità promosso (vd. <http://www.ilporto.org/master/>) ed organizzati dal Porto, svolti a breve distanza di tempo l'uno dall'altro, tra il maggio e giugno u.s. ospitati nella sala convegni del GAM, del museo di Arte Moderna di Torino.

L'idea dei promotori era innanzitutto quello di un confronto tra esperienze italiane ed esperienze di eccellenza a livello internazionale; l'occasione ha permesso di rimarcare per contrasto e segnalare un piccolo terremoto che si sta verificando in Italia, rispetto al futuro della gestione degli autori di reato pazienti psichiatrici nelle neonate e nascenti strutture REMS. L'iniziativa ha consentito anche la riflessione sullo stato dell'arte dei colleghi statunitensi ed inglesi e sull'effetto e le possibili ripercussioni dei prossimi possibili ulteriori cambiamenti dei sistemi e delle normative regionali in materia di Salute Pubblica, temi di cui non si riesce del tutto finora, ad valutare la portata complessiva e la possibile deriva nella complicata situazione italiana degli accreditamenti e dei bilanci dei vari Servizi di Salute Mentale. Insomma: si è cercato di avere qualche riferimento internazionale per meditare non solo sul loro approccio di metodo ma sulle loro concrete esperienze, per non perdere del tutto la bussola nel piccolo mare del provincialismo e nell'improvvido avventurismo e pressapochismo politico-istituzionale italiano.

Iniziamo con il presentare la pietra di paragone del modello olandese, tratteggiandolo per brevi punti e seguendo lo schema generale, l'ossatura della presentazione della dr.ssa Marion van Binsbergen della Van der Hoeve Kliniek, di Utrecht, del modello

istituzionale che riguarda il trattamento degli autori di reato con gravi patologie psichiatriche (psicotici e psicopatici perversi e soggetti gravemente narcisistici) in Olanda.

In evidenza è emerso il concetto di sicurezza, la stretta interazione e interlocuzione tra Sistema Giudiziario (sistema giuridico-trattamentale integrato e a diversi gradi di contenimento e messe alla prova) e il Trattamento Istituzionale e Terapeutico offerto dal Sistema Sanitario Olandese, con programmi e legislazioni organicamente conseguenti e congruenti rispetto al pericolo/problema delle recidive. Dopo aver ben sottolineato l'origine culturale del modello istituzionale della pratica e dalla teoria di Maxwell Jones, i pragmatici olandesi ci hanno messo in guardia rispetto alle trasformazioni economiche e culturali, la necessità di dialogo costante tra apparati e sistemi politici, il principio del focus su "cosa funziona" concretamente e l'inserimento continuo e verificato delle best practices come modello su cui organizzare il lavoro. ecc.

Il focus è sui seguenti temi: il ruolo della valutazione degli esiti rispetto alla calibrazione e 'messa in sicurezza del sistema, le considerazioni sul lavoro di équipe e dei vari momenti istituzionali, il contributo del lavoro professionale e del ruolo degli "operatori" (parola italiana che riscuote un particolare successo nella filosofia del lavoro olandese), il clima generale in cui si svolge il trattamento (la cultura di gruppo del lavoro proposto), il senso della motivazione al cambiamento vs guarigione e del contenimento dei comportamenti, il valore dell'impoverment e degli aspetti formali ed informali delle relazioni all'interno dei vari momenti del trattamento.

In contrapposizione a questa seconda parte, è stata l'approfondita presentazione degli aspetti problematici e critici nell'impostazione del problema in Italia grazie alla presentazione magistrale di Ugo Fornari.

Tra le contraddizioni dell'approccio italiano, Fornari faceva notare le incongruenze possibili tra trattamento e controllo e la necessità urgente di porre mano alle misure di sicurezza (i rilievi critici da lui presentati al ministero nel cd "tavolo 11" potete trovarli al link [https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgp\\_tavolo11\\_relazione.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/sgp_tavolo11_relazione.pdf))

In particolare sui temi generali, vale la pena sottolineare, per quanto riguarda le misure giudiziarie di cura e controllo per i "pazienti psichiatrici giudiziari", che la proposta muove dalla necessità di un più attento accertamento peritale sull'imputabilità, dalla crisi del concetto di "pericolosità sociale" e dall'esigenza di disegnare misure che provvedano anzitutto ai bisogni terapeutici del paziente psichiatrico giudiziario e dalla necessità di rendere effettivo

il principio di extrema ratio delle misure coercitive. Si prevedono in tale ottica tre aree distinte del trattamento del paziente psichiatrico giudiziario, differenziate per gravità del reato commesso, da cui discendono risposte trattamentali differenti, tutte improntate alle esigenze terapeutiche del paziente, denominate "misure giudiziarie di cura e controllo"

In riferimento agli obiettivi specifici da raggiungere, è utile dare atto delle criticità inerenti al regime di internamento nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), caratterizzate da un modello organizzativo ad esclusiva gestione sanitaria. Inoltre è da valutare la proposta di correttivi qualora venisse ritenuto effettivo il rischio di una possibile collisione tra l'ubicazione delle REMS sul territorio nazionale, tenuto conto del loro bacino di utenza, e il principio di territorialità nell'esecuzione della misura di sicurezza psichiatrica.

L'arcipelago e la condizione attuale di funzionamento delle REMS, in vista di una loro auspicata ri-organizzazione, è stato ampiamente esposto grazie ai colleghi direttori di tali neonate strutture presenti al convegno: dr. Tommaso Maniscalco, in Veneto, con una struttura di 16 posti letto diventati 20 a maggio, aperta da 6 mesi; dr. Riccardo Currelli, Sardegna, 18 posti aperta da 10 mesi, dr.ssa Maria Gloria Gandellini, Castiglione delle Stiviere (MN) sistema poli-modulare (8 strutture di cui una di accoglienza, distinti per livello di intensità e patologia) progetto nato dal 2011 ed articolatosi nel tempo, lei ci lavora da 7 mesi, dr.ssa Giuseppina Paulillo, Parma.

Gli esperti hanno presentato un ampio panorama degli aspetti organizzativi e del tipo di approccio da loro proposto, in funzione della diversa organizzazione delle varie regioni; gli unici dati certi e comuni sono che nessun modello sembra attrezzato a trattare in modo specifico ed efficace le personalità gravemente psicopatiche e che le strutture delle Rems sono state ricalibrate su definizioni specificatamente sanitarie per trattare i pazienti non dimissibili tutt'oggi dagli ex-OPG, caratterizzati dal persistere di una "elevata pericolosità sociale" e che qualora le REMS venissero tutte ultimate (è prevista l'apertura di 25 REMS in Italia, con 657 posti complessivi), si realizzerebbe una condizione di un sovra dimensionamento, almeno sulla carta, visti i precisi limiti dei compiti e dei tempi (6 mesi) su cui si sono costituite e/o a cui vorrebbero rispondere.

In riferimento all'unico dato degli internati negli ex-OPG che non hanno trovato possibilità di essere reinseriti altrove (ad inizio anno risultavano ancora circa 150-160 persone, nelle REMS si avrebbe un indice di occupazione dei posti del 90%), in nessun modo si può immaginare senza una specifica riforma del sistema della giustizia, che attraverso le REMS si sia costruito una qualche possibile risposta alla tendenzialmente esplosiva situazione dell'emergenza psichiatrica nelle carceri (in cui si stima che il 20% dei ristretti presenti abbia una sofferenza di tipo psichiatrico); inoltre non si può presumere che si possa ri-costituire facilmente un nuovo collo di bottiglia, rispetto all'impossibilità di un pronto reinserimento sociale o alternativo alla carcerazione dei nuovi casi psichiatrici giudiziari, senza una nuova organizzazione delle misure di sicurezza e di misure alternative alla pena.

Veniva sollevato altresì il problema del regolamento penitenziario vs trattamento sanitario della patologia psichiatrica, il problema della confusione nella definizione di "alta intensità" tra contenimento dei comportamenti e necessità di trattamento, distinguendo meglio le

competenze circa la valutazione della cd “pericolosità sociale psichiatrica” da quella più propriamente “giuridica”, del problema del controllo versus la posizione di garanzia rispetto agli obblighi relativi ai pazienti, inseriti nel codice deontologico dei medici e degli psicologi; il problema di poter recepire degli “indicatori interni relativi alla patologia in atto” convalidati e condivisi sul territorio nazionale e di poter determinare anche i fattori criminogeni che permettano di scindere l’aspetto della patologia rispetto alla gestione della sicurezza e tutela sociale.

E ancora si è dibattuto il problema della risposta da dare alla trasgressione delle prescrizioni, alle evasioni distinte dalle fughe psicotiche, in quali luoghi e attraverso quali procedure favorire e svincolare progressivamente il trattamento sanitario dall’ iniziale cogenza del provvedimento giudiziario; si è auspicata infine una maggiore efficacia e connessione tra i fattori della perizia giudiziaria, i gruppi istituiti nei Servizi di Unità di Psichiatria Forense e le indicazioni sul trattamento e sul progetto riabilitativo, ecc.

Per ultimo è stata anche ricordata l’ importanza di non disperdere l’ esperienza ventennale fatta dalle strutture private nel processo di dimissione di pazienti provenienti dagli OPG maturate a vari livelli nel territorio: l’ esperienza privata è stata presentata grazie al contributo del gruppo di lavoro della CT di Castrocaro Terme, che per un numero pur limitato di soggetti nel tempo ha avuto un ruolo importante nel processo di dimissioni dal OPG. Il collega ha ribadito e rimarcato quanto produttivo sia stato il lungo lavoro di sensibilizzazione e di pratiche di integrazione effettiva svolto sul territorio vicino alla

comunità, che permette una reale relazione tra comunità e territorio, a partire da quello che la attornia e risolvendo concretamente il problema dei cancelli aperti o chiusi e del “controllo perimetrale esterno” che tanto è stato dibattuto e allarmato il tessuto sociale relativo alle popolazioni circonvicine le costruendo strutture Rems.

Mito&Realtà - Associazione per le Comunità  
Terapeutiche e Residenziali

Questa Newsletter è stata inviata in conformità alle  
norme vigenti in materia di tutela della privacy, d.lgs.  
196/2003

Se hai ricevuto questa newsletter per errore o se desideri  
cancellarti dalla nostra mailing list clicca o invia una mail  
con oggetto “CANCELLAMI” a  
[giovannatatti@gmail.com](mailto:giovannatatti@gmail.com).