

L'esperienza di Trieste del CSM a 24 ore e la gestione della crisi.

Roberto Mezzina, responsabile CSM, Trieste

(versione integrale dell'articolo pubblicato in forma ridotta su: "CSM sulle 24 ore e percorsi riabilitativi sul mondo del lavoro", *"Deformatione in mentis valetudine"* anno I, vol. I, Siena 2004)

Introduzione.

Nell'approciare il tema di questo intervento, é inevitabile domandarsi che rapporto si debba porre tra un servizio ed i bisogni del suo territorio. Franco Basaglia, ne "L'Utopia della Realtà", riteneva che esso non si debba adeguare alla realtà dei bisogni, né tantomeno scavalcarla. Piuttosto, esso dovrebbe cercare di trascendere la realtà stessa, trasformandola attraverso l'inserimento di un elemento utopico. In questo senso, l'organizzazione di Trieste ha attraversato e prefigurato tutti gli sviluppi delle istituzioni in 30 anni e dei servizi sociali in particolare, nel nostro paese, realizzando la costruzione di un sistema coerente di servizi attraverso la deistituzionalizzazione. Si é parlato di istituzione inventata (Rotelli, 1988).

Dalle verifiche sullo stato attuale dell'assistenza psichiatrica in Italia, di fatto si ha tuttora la conferma costante di linee di tendenza che divaricano il problema psichiatrico tra ambulatorismo e cultura del ricovero, tra tecnicizzazione del territorio e abbandono. Secondo i ben noti effetti idraulici "di circuito", l'utenza schiaccia a sua volta i Servizi di Diagnosi e Cura, resi inefficaci persino al livello minimo, di contenimento dell'emergenza, dalla pressione di una domanda ciclica, o "cronicamente acuta". I servizi territoriali, concepiti come ambulatori, inevitabilmente accettano una subalternità ai servizi ospedalieri, assumendo scarsissima significatività ed incidenza all'interno del circuito psichiatrico. Non basta dunque enfatizzare la centralità del territorio; sarà necessario porre in atto quelle strategie che attaccano il modello operativo fondato sul ricovero ospedaliero, progettando e realizzando alternative reali, articolate nel tempo e coordinate tra loro. La rete di servizi del DSM di Trieste, che ora descriviamo, pone con forza il nesso tra modalità organizzative e lavoro terapeutico. L'attuale rete dei servizi é un'organizzazione, che deriva dalla deistituzionalizzazione. Perdere le caratteristiche di istituzione vuole dire non solo sovvertirne l'assetto gerarchico e dei poteri, il rapporto medico-malato, ma soprattutto stemperarne, attraverso la critica pratica, le fondazioni di sapere disciplinare.

L'organizzazione dei servizi di Trieste. Breve descrizione.

La rete dei servizi territoriali Trieste deriva dalla riconversione integrale delle risorse dell'ospedale psichiatrico nel corso di nove anni di lavoro all'interno del manicomio, e che ha condotto alla sua chiusura effettiva, avvenuta nel 1980.

Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce che i servizi e presidi psichiatrici operanti nel territorio costituiscano un complesso organizzativo unico, evitando frammentarietà e carenze, ed assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi e il raccordo con la comunità e le sue istituzioni".

Il DSM è costituito dai seguenti servizi:

- 1) Servizi di Salute Mentale Territoriali.
- 2) Servizio Ospedaliero di diagnosi e cura.
- 3) Servizio delle Strutture di riabilitazione ed integrazione sociale.

E' collegata al DSM anche la Clinica Psichiatrica Universitaria.

Lo staff é attualmente composto da 28 medici psichiatri, 10 psicologi, 9 assistenti sociali, 7 tecnici della riabilitazione psichiatrica, 170 infermieri. Tenuto conto che il bacino d'utenza della provincia di Trieste é di circa 250.000 abitanti, si configura un rapporto di circa 1 medico / 9.000 abitanti e di 1 infermiere / 1.500 abitanti. Il DSM dispone di apposito budget annualmente stabilito. Il costo dell'attuale servizio é di 15 milioni di euro annui contro (secondo alcuni calcoli, in rapporto al costo del denaro, ciò configura una spesa che si é ridotta di oltre il 50% rispetto ai 5 miliardi di lire che spendeva l'Ospedale Psichiatrico nel 1971). I Servizi di Salute Mentale Territoriali, denominati Centri di Salute Mentale, sono i servizi titolari della responsabilità dell'assistenza psichiatrica, ciascuno per un bacino d'utenza determinato. Vi sono attualmente quattro CSM per altrettante zone territoriali, ciascuna di circa 65-70.000 abitanti. In ognuna vi é almeno una sede atta ad ospitalità sanitaria diurna e notturna sulle 24 ore, con 8 letti ciascuna; una sede funzionante sulle 12 ore; ambulatori nel distretto; un certo numero di residenze collegate.

Il CSM coordina la propria azione sul territorio con i servizi sanitari pubblici, coi quali sviluppa rapporti di collaborazione, consultazione e orientamento, nell'ambito dei distretti sanitari e negli ospedali. Collabora inoltre con i servizi sociali, ed effettua interventi di consulenza nelle istituzioni giudiziarie. Il gruppo di lavoro del centro di salute mentale é composto da infermieri, assistenti sociali, psicologi e psichiatri. Ogni C.S.M. ha, tra le proprie risorse, la possibilità di erogare pasti all'utenza, presso la propria sede o in locali pubblici convenzionati.

L'attività del CSM si svolge nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7. Nelle ore notturne gli operatori assistono le persone in condizioni di crisi ivi ospitate.

I Centri di Salute Mentale hanno come compito la tutela della salute mentale dei cittadini. Rappresentano concrete alternative all'ospedalizzazione, evitando anche il ricorso al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura presso l'ospedale generale.

Il servizio di emergenza psichiatrica (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), con 8 posti letto, assolve funzioni di pronto soccorso psichiatrico, di consulenza presso i reparti ospedalieri, di filtro per le domande in arrivo al pronto soccorso dell'O.G. e, se necessaria la presa in carico, di avvio ai servizi di salute mentale territoriali. Se il paziente arriva di notte, può essere tenuto in osservazione ed all'indomani messo in contatto, od inviato, al CSM di competenza.

I Centri di Salute Mentale gestiscono e controllano direttamente l'attività dell'SPDC e si fanno carico di attivare le risposte territoriali nei tempi più rapidi possibili. L'eventuale ricovero ospedaliero, quando raramente viene attivato, va inquadrato sempre in una continuità di interventi territoriali effettuati dal Centro di Salute Mentale di competenza in modo da evitare che esso risulti separato o peggio alternativo ad essi. Anche i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) non sono prioritariamente espletati presso il servizio ospedaliero ma presso il centro di salute mentale.

Il CSM a 24 ore é il dispositivo inventato da Trieste

Il CSM 24 ore, struttura extraospedaliera e territoriale, é il dispositivo unitario e centrale dell'organizzazione, che in quanto tale consente di dare struttura al lavoro terapeutico, di collocarlo in un insieme integrato di risposte. Tutto ciò deriva da una consapevolezza, acquisita nel corso del lavoro antistituzionale, che la terapeuticità deriva dall'insieme degli atti di un servizio, dalla relazione che questo stabilisce con l'utente, dall'attraversamento delle contraddizioni istituzionali che comunque, anche sul territorio, tendono a riprodursi: tra abbandono e controllo, tra cura e controllo, tra terapia ed emancipazione, tra autonomia e dipendenza, tra inclusione istituzionale e liberazione.

Solo in quanto esso rappresenta il fulcro, l'asse portante del lavoro territoriale, la mente operativa del sistema, il luogo della nuova responsabilità terapeutica, si é potuto ovviare

al problema della frammentazione delle strutture territoriali, tipica di quasi tutti i modelli di servizio, che finiscono per rinviare al ricovero ospedaliero la centralità del sistema.

In quanto osservatorio che raccoglie le domande, il CSM é in grado di operare poi un decentramento progressivo delle risposte verso la comunità. Inoltre esso è uno scenario per interazioni sociali complesse, attinenti alla terapia ma anche alla riabilitazione, alla destigmatizzazione ed all'integrazione sociale, e quindi deve possedere una sua intrinseca qualità comunitaria, aperta sul fuori.

La scelta di costruire dei Centri di Salute Mentale operanti sulle 24 ore a Trieste ha essenzialmente risposto all'esigenza di dare centralità alla risposta territoriale (rispetto all'ipotesi dei Servizi di Diagnosi e Cura), costruendo un modello "cogente", costrittivo per gli operatori. L'apertura sulle 24 ore è oggi ancora orientata innanzitutto a contrastare le pratiche di ricovero ospedaliero in psichiatria (nell'SPDC ed altrove). L'ipotesi di lavoro va dunque in direzione opposta a quanto i Servizi nati in Italia dopo la legge 180 hanno praticato: e cioè l'assunzione nel Servizio territoriale proprio della crisi. Tale modello infatti dichiarava una intenzione di autosufficienza del Servizio e quindi impediva forme di rinvio.

Vantaggi del CSM 24 ore

- ***Punto di riferimento aperto 24 /24***
- ***Il personale può essere impiegato in modo elastico***
- ***Gli utenti possono ricevere un'ampia gamma di risposte***
- ***La crisi entra in contatto immediato con un sistema di risorse / opzioni anche di riabilitazione***
- ***Un'unica équipe assiste sempre l'utente e contratta con lui***
- ***Il "ricovero" può essere deciso e concordato immediatamente, senza burocrazie e rinvii, così come la dimissione***
- ***Evita la perdita immediata di contatto con la rete ed il contesto di vita***
- ***Evita la perdita immediata di ruolo di abilità, lasciando l'utente libero ed attivo***
- ***Riduce lo stigma del ricovero***

L'approccio dei criteri o indirizzi di funzionamento

L'organizzazione del DSM, che si sostanzia primariamente nel lavoro dei CSM, é fondata su criteri, i quali derivano dall'interpretazione della legge di riforma del 1978 secondo l'ottica italiana della deistituzionalizzazione (Rotelli ed al. 1999). Tali criteri generali di intervento del Servizio Territoriale, descrivono il sistema di riferimento, "i valori e le intenzionalità" di esso (la sua "filosofia").

1) Responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale;

La responsabilità va intesa non solo rispetto ai problemi che definibili come pertinenti sulla base di una specifica sintomatologia, ma anche a fini preventivi, rispetto a

problematiche del vivere sociale che influenzano la qualità della vita degli individui. Ciò comporta:

- Tensione al non-rinvio a strutture di ricovero.
- Tendenziale assunzione di tutta la domanda psichiatrica del bacino d'utenza e presa in carico senza selezione per gravità dei pazienti.
- Evitare conseguentemente l'abbandono dei pazienti gravi e difficili (rielaborazione costante dei fallimenti terapeutici) ed i processi di transistituzionalizzazione (carcere, O.P.G.).
- Sviluppare rapporti con l'utenza complessiva; non solo il paziente, ma anche il suo contesto microsociale e via via la comunità più ampia.

2) **Presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda:** evitare liste d'attesa sulle urgenze, filtri burocratici, promuovere le modalità di presa in carico nei luoghi di vita.

3) **Continuità terapeutica;** essa va riferita al rapporto tra la stessa équipe e il paziente e alla continuità delle prestazioni.

- L'intervento si declina nei luoghi di vita del paziente e in stretto rapporto col suo contesto; nelle istituzioni socio-sanitarie; nelle istituzioni giudiziarie e penali (Tribunale, carcere, O.P.G.).
- La continuità nel tempo si definisce a seconda del bisogno di cura e dell'unità di prevenzione/cura e riabilitazione.

4) **Centralità della crisi nel servizio territoriale** e conseguente capacità di risposta.

Ciò comporta:

- modalità alternative di gestione;
- evitare l'ospedalizzazione;
- un'organizzazione del C.S.M. tale da fronteggiare le emergenze ed eventualmente anche T.S.O.

5) **Globalità/integrazione della risposta** ("COMPREHENSIVENESS") tra sociale e sanitario, terapeutico ed assistenziale.

Ciò comporta l'utilizzo delle risorse disponibili nel servizio (v. caratteristiche di base) e l'attivazione dei servizi sociali e sanitari, oltre all'opportuna valorizzazione delle risorse del contesto microsociale.

6) **Lavoro d'équipe;** é necessario per ottenere la flessibilità del servizio, per iniziare le risposte, per renderlo disponibile verso l'utenza (accessibile, attraversabile). Esso si articola in:

- formulazione dei progetti terapeutici.
- Coordinamento delle varie figure professionali valorizzando il contributo di ciascuno e il bilancio tra l'interdipendenza e autonomia dei ruoli (ottimizzazione delle risorse soggettive e delle professionalità);
- Sviluppo di approcci multidisciplinari pluriprofessionali attraverso interventi in collaborazione tra diverse figure. Vanno in questo senso individuate specifiche competenze psicoterapeutiche che però vanno orientate nel nesso includibile con gli interventi riabilitativi, e comunque non quale funzione separata o servizio autonomo dal C.S.M.
- Attività di inter-visione d'équipe e formazione costante sul campo.
- Circolazione dell'informazione nel Servizio (discussioni informali, riunioni d'équipe di routine per la formulazione dei progetti terapeutici, coordinamento dipartimentale e accessibile anche ai non medici, ecc.).

- Integrazione del lavoro non professionale e volontario (anche dei familiari) in particolare a fini riabilitativi e di supporto sociale.

Nodi critici.

(1) Nuova responsabilità rispetto ai sistemi sociali

Proprio nel considerarsi responsabile della salute mentale della propria area territoriale, il servizio va incontro alla domanda. Elimina filtri burocratici, procedure selettive, liste d'attesa. Crea in sostanza le condizioni perchè la domanda arrivi nei modi più svariati ed informali, diretti. Bisogna sviluppare una presenza attiva del Servizio (un "andare verso" la domanda) nel territorio, entrando in rapporto con i differenti soggetti individuali e collettivi (le famiglie, i condomini ecc.) che incontriamo nel lavoro territoriale in maniera oramai sempre più plurale. Non basta essere pronti all'intervento e ridurre i tempi di latenza tra richiesta e contatto.

(2) Accessibilità e oltre

Se vogliamo coerentemente sviluppare quest'impostazione di partenza, dobbiamo:

- a) disporre di una modalità flessibile di erogazione dei servizi stessi e di comunicazione verso l'interno e verso l'esterno, con l'utenza e col territorio;
- b) tendere ad integrare le risposte sociali e sanitarie, specifiche psichiatriche e non specifiche (tutto quanto può essere utile a rinsaldare e sviluppare i legami col territorio e con la sua cultura), contaminandole assieme;
- c) sviluppare all'interno del Servizio una molteplicità di "recettori" per la domanda in rapporto all'ampia differenziazione che oramai oggi essa presenta: nuova e vecchia utenza, domanda di cura e di emancipazione sociale, bisogni di identità e di "soggettivazione", necessità di sostegno e di assistenza, di informazione e di educazione sanitaria.

Ciò richiederà differenziare funzioni del Servizio e abilità in senso lato degli operatori (non solo professionalità e ruolo istituzionale) preposti a fungere da "recettori" per la domanda. Non soltanto si dovrà prevedere un ingresso "clinico", specifico, della domanda nel servizio, ma aprire possibilità di approdo a tutti quei problemi e bisogni che inevitabilmente arrivano allo stesso in quanto agenzia situata allo snodo di contraddizioni del vivere sociale.

Nella nostra esperienza, ciò comporta sviluppare uno stile ed un'organizzazione di tipo nuovo: non un Centro di Salute Mentale come ambulatorio che preveda altrove un luogo di ricovero ospedaliero, i quali assieme sanciscono una separazione, fisica, mentale e sociale, tra un "dentro" e un "fuori", fondato sul modello medico della riparazione del corpo malato (Dell'Acqua, Mezzina, 1988).

Intendiamo pertanto il servizio territoriale come luogo attraversabile, non compartimentato nella sua fisicità e nella sua cultura istituzionale; luogo ove la "porta aperta" non é soltanto l'esito di un processo storico, ma allude ad un paradigma che sfida continuamente a lavorare in una dialettica di poteri con l'utenza, aperta sul reale-sociale. In un Servizio siffatto possiamo anche gestire un trattamento sanitario obbligatorio ma con la porta che rimane aperta sempre, "personalizzando" i livelli di assistenza. Esso dunque si delinea contemporaneamente come spazio di accoglienza temporanea e come luogo di aggregazione di soggetti (l'utenza nel rapporto con gli operatori, nel rapporto e nell'integrazione con il territorio e con altri soggetti).

(3) Continuità terapeutica o di percorsi?

Tutto ciò può effettivamente tradurre in pratica l'idea di continuità di rapporto tra servizio e utenza nello spazio e nel tempo: nello spazio quindi del territorio, inteso come luoghi di vita e istituzioni; nel tempo, in durate commisurate al bisogno di cura, di sostegno e di riabilitazione, seguendo dunque le storie delle persone e della comunità nel suo insieme. Parliamo di continuità di rapporto non solo nel senso di continuità terapeutica (denominazione che, riferita al rapporto tra la stessa équipe e il paziente e alla continuità delle prestazioni nel tempo, resta a nostro parere restrittiva), ma come continuità di "presa in carico" di una condizione di vita sofferente. Solo questo, eventualmente, potrà inverare l'unità della prevenzione, della cura e della riabilitazione, in quanto mediate assieme nelle pratiche di un servizio.

Il luogo dove il Servizio territoriale declina il rapporto terapeutico col paziente, lo scenario della presa in carico dove essere molteplice, anche se riteniamo che il Centro di Salute Mentale debba configurarsi come uno spazio di accoglienza. Pensiamo a situazioni molteplici nei suoi spazi di vita (la casa, il lavoro, il bar ecc.), dove il servizio può incontrarlo. Esso agirà dunque dentro e fuori dalle proprie mura, in un "continuum" operativo. Il seguimiento del malato, nel riconoscere un valore alla sua vita concreta, si traduce nella lettura e nell'attraversamento del territorio attraverso la sua storia e il suo percorso.

L'intervento deve quindi contaminare, nell'interesse dell'utente, gli adiacenti circuiti istituzionali, in specie socio-sanitario e giudiziario, operando tutte le forme di rapporto con essi. Il servizio deve essere disposto a seguire l'utente quando egli abbandona il "setting" terapeutico e si espone a sanzioni. Anche qui il carcere, il manicomio criminale non possono essere estranei al servizio: terreni dove recuperare concretamente l'utenza che vi cade, segnali di un limite nel rapporto che va compreso e superato - limiti di non comprensione, di non efficacia, di abbandono.

L'assunzione di responsabilità dunque è una trappola che non lascia spazi: la domanda "difficile" è destinata a tornare, secondo feedbacks continui, al servizio, che non potrà definire una "fine della terapia" in modo rigido. Ecco che si svilupperà una pratica sincronica e non diacronica, in cui non esiste il "trattamento" e poi il rilascio, ma una sequenza di punti e momenti di contatto, che può interrompersi e riprendere a seconda di archi e momenti di tensione. Non prevedendo calendari d'appuntamenti e liste d'attesa, la capacità di "accogliere" può anche dilatarsi sino al punto critico, ed allora autoregolarsi, attivare strade alternative.

(4) L'utilità del CSM 24 ore nella crisi

Le procedure di intervento rispetto ad una crisi necessitano di un'alta mobilità del servizio nello stabilire il contatto e di una capacità di affrontare le difficoltà della crisi nell'ambito proprio di vita del paziente (gestione domiciliare della crisi come prima opzione).

La risposta di ospitalità nel CSM è applicata sulla base di valutazioni "caso per caso" che tengono conto di diversi criteri (es. rete di supporto sociale, relazione terapeutica fiduciaria, livelli di responsabilizzazione dell'individuo, accettabilità o nocività del contatto con l'ambiente, ecc.), e non unicamente della sintomatologia o di fattori di gravità e di rischio.

Le necessità di distanziamento dal proprio contesto di vita (in modo di volta in volta concordati, consapevoli, conflittuali) si collocano nella realtà operativa di un servizio aperto, dove esiste una trasparenza e una permeabilità, un rapporto con quel contesto che continua e va reso dialettico.

L'accoglienza / ospitalità di un servizio aperto non avrà mai il carattere clinico della definizione e dell'etichettamento, della separazione, della decontestualizzazione, della

delega totale alla psichiatria, dello scarico; ma il carattere comunitario e territoriale della corresponsabilizzazione (tra pazienti, servizio, famiglia, altri utenti in funzione di mutuo sostegno), della ricerca del consenso; della disponibilità continua, della non chiusura nella definizione di "malattia", dello scambio terapeutico, della contestualità tra il dentro ed il fuori (il paziente potrà uscire anche se accompagnato, tornare a casa e passarci del tempo, chiedere risposte a bisogni immediati etc.).

L'accoglienza si situerà allora nella continuità di un progetto, di un prima e di un dopo, e ne sarà un momento di passaggio. In ogni caso, l'ospitalità è solo una fase di una risposta complessiva al singolo caso, ed è preceduta e seguita da altre modalità. Estendendo la risposta del servizio lungo un'infinita gamma di tempi, di durate possibili (dalla visita ambulatoriale o domiciliare, all'incontro informale, al day-hospital, alle 24 ore ma in una contestualità di intervento all'interno e al di fuori del Servizio) si può produrre gradualmente un'implosione della domanda di ricovero medicalizzata. Salta la delimitazione rigida dei campi: non c'è un dentro e un fuori, e in un certo senso un inizio e una fine, un prima e un dopo.

L'ospitalità del CSM a 24 ore non tronca i legami con l'ambiente (i contatti con la famiglia, l'uscire dal centro da soli o accompagnati, il prendersi cura di specifiche necessità personali). Nel caso che l'utente rompa l'accordo abbandonando il Centro, vengono compiuti tutti gli sforzi per ristabilire il contatto, andando in cerca di lui e prestando ascolto alle sue richieste e lamentele.

Le situazioni di resistenza, in questo quadro, possono allora venire smontate, se si mantiene l'attenzione alla flessibilità, alla disponibilità, ad uno stile informale di rapporto. Ciò permette di mantenere estremamente contenuto il ricorso a T.S.O., e, qualora vi si sia costretti, a gestirli nello stesso Centro di Salute Mentale, con le stesse modalità, a porta aperta.

Se è perciò necessario direzionare in modo dettagliato e preciso, negoziare e palesare le ragioni del "ricovero al Centro", ciò deve accadere in modo esemplare nella gestione, praticata e possibile, dei T.S.O. all'interno di un servizio aperto. Allo stesso modo degli altri interventi conflittuali o difficili, occorre favorire tutte le modalità di confronto e incontro, evidenziando quel conflitto di volontà di decisioni che spesso realmente determina il T.S.O.

La stessa assunzione della contraddizione del ricovero all'interno di un Servizio a 24 ore permette la scomposizione dei bisogni che sottostanno alla forma-ricovero in salute mentale, e quindi una loro visibilità. Sappiamo quanto questi bisogni venissero azzerati dal manicomio e quanto per solito lo siano oggi nella risposta preformata che per solito i Servizi di Diagnosi e Cura determinano. Diversamente il "posto-letto" collocato in un servizio territoriale, può essere usato in modo flessibile, a seconda della necessità di protezione istituzionale delle fasce più diverse d'utenza.

L'accoglienza potrà rispondere a richieste di asilo anche solo per una notte, o all'"impasse" istituzionale verso il paziente difficile, aspettando a volte per mesi i suoi tempi, e l'attivazione di altre possibili risposte (i gruppi-appartamento, il ritorno a casa ecc.). Il servizio 24 ore sarà il fulcro allora di un programma riabilitativo per contrastare le forme di cronicizzazione. In questo senso vanno viste le possibilità di uso quotidiano del Servizio come area di scambio (vedi dopo), l'elaborazione di programmi personalizzati, l'identificazione di soluzioni - mai definitive - di vita e di convivenza, l'accesso a progetti formativi e a stimoli di socialità.

Esiste la possibilità, in un servizio così concepito, di agire una potenziale positività della crisi anche per il contesto: crisi vista dunque all'interno di un gruppo, di una rete. Proponendo livelli diversificati, e un decentramento allargato della risposta terapeutica che solo il servizio territoriale può attuare, si mettono in movimento soggetti e risorse come l'ospedalizzazione non potrebbe mai permettere, ed agire dunque le potenzialità

trasformative contenute all'interno della domanda di crisi, decodificandola attraverso la contrapposizione e la mediazione tra punti di vista, bisogni diversi.

Il servizio a 24 ore é quindi, nella nostra esperienza, uno strumento formidabile di risposta alla crisi, proprio poiché può attivare criticamente e immediatamente una serie di opportunità, favorire una vicinanza con la persona o che fa vivere spesso la "paura della psichiatria" e dello stigma, produrre una rete immediata di relazioni che é importante per la persona stessa nel corso della crisi.

Procedure di base del CSM a 24 ore

“A priori” etici

- *Porta aperta, anche col TSO*
 - *Non sistemi di contenzione*
 - *Con-dividere, con-vivere*
- *Negoziare tutto, rendere conto di tutto.*

Spazi e relazioni

- *Minimizzare le barriere operatori / utenti*
- *Ridurre la compartimentazione / la proprietà dei luoghi (no al nesso ruoli / spazi)*
- *Fare cose normali in un ambiente normale*
- *Inserimento degli utenti in crisi in attività strutturate e non*
- *Coinvolgimento degli utenti nella gestione del Centro (telefono, attenzione alla casa, alla cucina, accompagnamento e supporto all'altro in crisi)*
 - *Non separare i ricoverati dagli altri (sciogliere la crisi nella quotidianità)*
- *Personalizzare il “controllo” sull'utente problematico, fino all'assistenza personalizzata a letto.*

Apertura comunicativa

- *Gestione collettiva delle informazioni e della comunicazione*
- *Case notes e lavoro d'équipe: riportate alle storie, alla discussione comune, al senso di comunità del gruppo.*

Negoziazione e diritti

- *Status di “ospitalità sanitaria”*
 - *Contrattare le modalità di accoglienza, dal DH all'ospitalità diurno-notturna (ricovero)*
 - *Ricerca continua di adesione al trattamento attraverso la relazione di fiducia*

Al modello di riconoscimento "globale", in quanto fondato non sulla malattia ma sulle persone "intere", sui loro bisogni e sui loro significati, è connessa la qualità "comprehensive", capace di produrre interventi integrati.

Sappiamo che ci siamo mossi da un dato storico (Gallio, Mezzina, 1988): i servizi nella comunità sono nati sui due versanti della crisi e della cronicità: ridurre le ammissioni nell'Ospedale Psichiatrico e insieme intervenire sui problemi della lunga degenza e della sacca manicomiale, attraverso i programmi di riabilitazione e di reintegrazione sociale dei ricoverati. Questo si è tradotto in uno sforzo di arricchimento graduale di risorse, fino a costruire oggi un sistema di opzioni possibili che differenzia le risposte. Il servizio dovrebbe essere in grado di costruire un'idea di "percorso" terapeutico/riabilitativo. La presa in carico mette l'utente in contatto con una serie di opzioni ricombinabili all'infinito tra cui essa può operare delle scelte, fare delle controproposte, interloquire in senso terapeutico. Centro progettuale ne è il Centro di Salute Mentale come "struttura che connette" (Bateson, 1984), in quanto detiene la continuità di cura ed il senso del progetto, e non soltanto le sue mediazioni burocratico-amministrative.

Visibilizzare il quadro dei bisogni secondo lo spostarsi, il fluttuare degli elementi senso che emergono (la "disseminazione del senso" di Derrida): questo è uno dei principali obiettivi del modello di riconoscimento del servizio, che allora non può essere semplicemente un modello "clinico", che restringe l'osservazione-interazione con qualsiasi modalità di accesso della domanda, e di emersione della stessa. Occorre "portare alla luce" il quadro dei bisogni del soggetto, attraverso la pluralità dei luoghi di contatto e dei soggetti, istituzionali e non, che vi vengono coinvolti; e l'estensione, nel tempo e nello spazio, di questa osservazione interattiva (Dell'Acqua, Mezzina, 1988).

Insieme a ciò torniamo ancora a sottolineare la coerenza epistemologica di un'idea del "positivo": partire, rovesciando l'epistemologia del "negativo" che ha informato la psichiatria in quanto rivolta all'oggetto-malattia, dalle abilità, dalle "valenze di salute" dell'utente.

Possiamo ritenere la malattia un evento che si costruisce nell'incastro tra campo soggettivo, campo sociale, campo istituzionale (Maccacaro, 1978). Da ciò si origina l'idea della sua decostruzione (De Leonardi, 1987): attraverso lo smontaggio della crisi come percorso di (auto- ed etero-) semplificazione dell'esistenza sofferente della persona che arriva quindi al contatto con l'agenzia istituzionale, il servizio. Contestualmente occorre operare, per contrastare il rischio di "deriva" sociale (Eaton, 1980), nel senso della prevenzione secondaria e terziaria (della disabilità/danno). Oggi si parla molto di riabilitazione dimenticando che spesso il danno/la limitazione (Piro, 1986), che si riscontrano nel soggetto malato riguardato come "disabile sociale", si produce attraverso percorsi devastanti di cui i servizi sono comunque implicati e spesso e coartefici. Intendiamo con ciò invitare a ripensare alla cronicità come artefatto insieme sociale ed istituzionale (Ciompi, 1984).

Ciò comporta di necessità tendere ad articolare una risposta globale, sia attraverso le risorse differenziate del servizio stesso che attivando altri servizi, attraverso un'ampia integrazione di risposte sanitarie e sociali, di risorse terapeutiche ed assistenziali, e valorizzando risorse dell'ambito di vita dell'utente, oltre ad integrare il lavoro non professionale e volontario (anche dei familiari), a fini riabilitativi e di supporto sociale.

Il rapporto con la sofferenza del malato tende dunque a proporsi in maniera globale già a partire dai modelli che ne attuano il riconoscimento, se centrati sulla richiesta di aiuto e sulla comprensione della complessità della sua situazione. Progressivamente l'intervento scoprirà il quadro dei bisogni, ricollocherà il soggetto in una prospettiva storico-personale e in una rete sociale e attribuirà dei sensi possibili, collettivi, mediati tra gli attori del conflitto.

Tale intervento tende così sempre più svincolarsi dalla rigidità di un modello medico. Assicurare possibilità di vita, alternative sia pur limitate, possibilità di scelta, sono allora obiettivi del Servizio.

Per tentare di realizzarli è necessario dotarlo di un adeguato strumentario di risorse. Per risorse intendiamo aiuti materiali, prestazioni dirette e indirette, luoghi, opportunità di socializzazione, che vanno messe in gioco di volta in volta, come offerta, nel progetto terapeutico personalizzato. Esse si devono integrare variamente con gli atti più facilmente definibili come "specifici", "sanitari", "tecnici". L'ampio "range" di risorse è frutto della deistituzionalizzazione, estesa all'amministrativo, al modo di distribuire le risorse pubbliche. L'operatore è chiamato ad orientarlo secondo pratiche che di volta in volta "anticipano" e sperimentano un cambiamento nella qualità e nella differenziazione delle risorse, e che sono poi utili indicazioni per il versante amministrativo (così per es. il problema delle soluzioni alloggiative, la trasformazione dei sussidi in sussidi finalizzati e poi la riconversione in borse di lavoro; la promozione e la costituzione di cooperative etc.). La risorsa va poi, di volta in volta, singolarizzata nel progetto individuale e resa in senso lato "produttiva" rispetto all'avanzamento e allo spostamento dei livelli di vita.

Nuove risorse si creano dall'aggregazione ed autoorganizzazione, stimolata dal servizio, dei pazienti e di altri cittadini (vedi "i nuovi soggetti" - più avanti - e le cooperative); anche in questo caso le risorse materiali sono la condizione di possibilità per nuovi rapporti e nuove reti di relazione, per la fuoriuscita dalla ripetitività di destini e situazioni. Pensiamo alle risorse come sviluppo di momenti di garanzia sociale per il paziente, di sostegno, di protezione. Esse devono riguardare un ventaglio ampio che comprenda gli ambiti dell'abitare (ripristino, pulizia e manutenzione della casa, alternative abitative autonome o di coabitazione con altri utenti o in gruppi-appartamento), del reddito e del denaro (sussidio, difesa giuridica del patrimonio e gestione temporanea del denaro), dell'approvvigionamento alimentare (mensa, approvvigionamento a domicilio), della cura di sé (vestiario, pulizia personale, lavanderia, etc.), del lavoro (cooperative, borse di lavoro, assegnazione di piccoli lavori etc.), del tempo libero (organizzazione di attività collettive, di gruppi di giovani, di gite, soggiorni, feste, momenti di contatto col territorio, creazione di laboratori di produzione artistica, teatrale etc.).

La dotazione autonoma di risorse di un servizio, dunque il suo "valore d'uso" per l'utente non è in contraddizione con tutte le possibilità di attivare risorse fuori di esso, ricercate assieme ad altri servizi sociali, i quali vanno possibilmente modulati e "contaminati" sul "progetto" individuale (prestazioni indirette del servizio).

Questi aspetti entrano dunque oggi prepotentemente nella pratica psichiatrica: non riduttivamente come "approccio sociale", che si porrebbe "a lato" del nucleo del disagio; e neppure solo come "il sociale della medicina", ossia l'ingresso di bisogni sociali nel campo clinico. L'attivazione e l'uso della risorsa è un atto dell'operatore che presuppone lo "stare con", l'"andare con" il paziente, che media uno scambio terapeutico reale, rende possibile un rapporto di fiducia. In questo processo si rafforza la contrattualità del paziente e lo si reimmette nel gioco sociale, contrastando i fenomeni di "deriva", di pauperizzazione e di marginalizzazione connessi alla malattia. Le risorse sono dunque validate dalla capacità del servizio di organizzarle, di articolarne il senso rispetto al paziente, non autonomizzandole dalla pratica terapeutica.

Il servizio territoriale dovrà tuttavia essere cosciente della non pianificabilità assoluta dell'intervento, del carattere contingente e provvisorio della risposta che, colmando delle mancanze, farà emergere altri bisogni. E dovrà essere disposto a flettersi, a cambiare seguendo l'indicazione del limite che il paziente fornirà, se vorrà evitare che egli "cada" a lato del progetto terapeutico.

6) La qualità sociabile dei servizi: uno stile comunitario.

L'organizzazione del lavoro, basata sul lavoro d'équipe, ha significato orizzontalità, responsabilizzazione e autonomia degli operatori di base, decentramento del potere medico, ma anche potente "sensemaking" organizzativo. Le connessioni tra programmi sono di fatto garantite dall'unitarietà del lavoro dell'équipe. Esso appare fondamentale nell'ottica di ottimizzare le risorse umane e professionali del servizio. Va valorizzato il contributo di ciascun operatore attraverso l'assunzione di compiti e responsabilità specifiche, nel corretto rapporto tra interdipendenza e autonomia operativa.

Il lavoro d'équipe si articola attraverso l'ampia circolazione dell'informazione, la formulazione di progetti terapeutici attraverso approcci multidisciplinari, il coordinamento degli interventi in collaborazione tra diverse figure professionali, la formazione e la riqualificazione costante in equipe.

Il modo in cui oggi si dà il lavoro d'équipe, la sua definizione attuale, si riconnette ad uno dei prodotti più evidenti della deistituzionalizzazione, che anche al tempo stesso ne è stata una delle leve più potenti. Ci riferiamo alla critica ad un'organizzazione del lavoro gerarchica, compartimentata, rigida, che era tipica dell'ospedale psichiatrico, il cui ordine poteva reggersi in virtù di meccanismi repressivi e di contenimento delle potenzialità e delle energie soggettive, in favore di comportamenti altamente uniformati, ripetitivi, dequalificati. Attraverso la deistituzionalizzazione si è prodotta una tensione verso un'organizzazione territoriale totalmente differente, fondata sul lavoro d'equipe, sulla valorizzazione delle risorse del singolo operatore, sulla comunicazione diffusa.

Proprio questo ci appare uno dei nodi più problematici eppure meno evidenti nel dibattito sulla legge e sui servizi. La dimensione organizzativa interna, proprio perchè embricata con quella dell'"intervento" e con quella "strategica" di collocazione del servizio nel circuito (LABOS, 1987) rappresenta il punto critico della trasformazione, senza aver risolto il quale nessuna flessibilità effettiva è possibile.

Sul nodo dell'organizzazione convergono oggi i conflitti tra i saperi disciplinari e i ruoli e devono rimettersi in gioco le specificità professionali. Da questo rimaneggiamento e nuova contrattazione potranno nascere stili di lavoro innovativi. L'organizzazione "ospedaliera" da una parte e "ambulatoriale" dall'altra segnalano ancora una volta il punto massimo di rigidificazione dei comportamenti e di chiusura del sistema / servizio, e dunque la massima dispersione di energie umane (sottoutilizzate, demotivate, bruciate).

Un servizio che si confronti con i criteri fin qui esposti non potrà invece non considerare come centrale la mobilitazione di tali energie in termini di investimento emotivo, aspettative di trasformazione, coinvolgimento soggettivo, con particolare attenzione all'operatore di base.

Ecco allora cosa si intenderà per lavoro d'equipe: non solo multidisciplinarietà per giustapposizione, adiacenza e divisione degli ambiti di lavoro, ma sistema continuo di scambi, di recupero dei singoli contributi professionali e personali.

Tuttavia la valorizzazione del singolo come risorsa, umana e tecnica, non si dà per effetto di ordini di servizio e divisioni meccaniche del lavoro, bensì ancora, come nella trasformazione del manicomio, attraverso una rinegoziazione di poteri tra i ruoli professionali, di quote di responsabilità e autonomia operativa. Tale autonomia va sottoposta al fuoco della verifica di gruppo, del lavoro collettivo, attraverso riunioni formali, momenti informali di cooperazione, circolazione di informazioni, discussione di progetti. Ciò implica allora una tensione collettiva al consenso all'interno del servizio, che stabilisca rapporti effettivi e ancora una volta di reciprocità. Il malato ne è uno dei poli, ed è determinante: il confronto sul suo bisogno diventa il tramite per agire le dinamiche istituzionali in una direzione produttiva.

L'autonomia operativa si concretizza anche attraverso processi di liberazione degli operatori da turni e mansionari rigidi. Lo stile collettivo non esclude neppure a priori le tensioni regressive, i punti di vista conservativi ed oggettivanti o corporativi, che sempre (in un'istituzione anche di tipo nuovo) emergono, ma essi andranno assunti e rielaborati.

Anche il "senso comune", a fianco delle analisi conoscitive riferite al sapere specifico, va dialettizzato. Lo stile unitario non può essere frutto dell'imposizione di direttive apicali, ma va a costituirsi per sinergia di contributi individuali non separati.

Conseguentemente all'attenzione al servizio come sistema di relazioni umane, la costruzione di una vita sociale del servizio, in un continuo interscambio con la comunità, col territorio, deve esserne a nostro avviso uno degli obiettivi primari. Si deve poter valorizzare tutti i momenti di rapporto, anche i più informali, tra gli utenti e gli operatori, degli utenti tra loro, con la partecipazione dei familiari, dei visitatori e di quant'altri. Deve essere possibile stabilire un clima affettivo e di disponibilità proprio scavando spazi di libertà. Un servizio che non seleziona l'utenza vedrà incrociarsi nel suo spazio le figure sociali più diverse per storia, per provenienza di classe, per atteggiamenti culturali, per modalità di rapporto. Spesso ciò porterà alla nascita di relazioni nuove, di legami precari o duraturi, di forme di mutuo sostegno e di coinvolgimento.

Questo non accade 'naturalmente' ma a seguito di sforzi consapevoli per aprire il servizio a chiunque, per non escludere mai. Pensiamo al servizio come ad un sistema di relazioni, che proprio in virtù dell'essere aperto al territorio creerà scambi reali. Spesso anche la drammaticità della crisi e il rifiuto al rapporto possono sciogliersi all'interno di questa apparente naturalità di scambi. E' necessario però che si costruisca un continuum comunicativo, che si utilizzi il contributo espressivo di tutti, operatori ed utenti. La complicità professionale con il paziente che si arresti al solo aspetto conoscitivo risulta insufficiente senza la partecipazione affettiva, la condivisione attraverso il "vivere con" all'interno della quotidianità di un servizio. Devono essere programmati momenti collettivi per permettere la partecipazione attiva degli utenti, e favorite tutte le occasioni di scambio comunicativo allargato e di discussione.

In questo modo il servizio agisce da "comunità terapeutica allargata e diffusa", aperta al fuori, precaria e mobile nei suoi membri, che funge da moltiplicatrice di relazioni, di incontri. Forme di rapporto, nate nel servizio, si prolungano fuori di esso, spesso come relazioni di convivenza, di amicizia o di vita amorosa. Chi è solo, senza alcuna rete sociale di riferimento, può trovare così relazioni sostitutive spesso valide e non istituzionalizzate.

Questo è anche il germe di forme di partecipazione attiva e collettiva, come vediamo di seguito, che possono utilmente anche venire canalizzate in gruppi di discussione e di mutuo supporto (coi genitori, coi giovani, con la comunità) e di coinvolgimento diverso, più avanzato e responsabile.

Conclusioni

Oggi l'orizzonte della pratica territoriale di salute mentale non può esaurirsi nel garantire il mantenimento nel tessuto sociale del malato, e la non totalizzazione nella psichiatria.

Il circuito della salute mentale tende a configurare un sistema di opzioni possibili che differenzia le risposte. Il servizio dovrebbe essere in grado di costruire attraverso di esso degli effettivi "percorsi" terapeutici/riabilitativi singolarizzati. La presa in carico mette l'utente in contatto con una serie di opzioni, ricombinabili e modificabili, tra cui operare delle scelte, discutere con l'utente delle controproposte, interloquirvi in senso terapeutico. Centro progettuale, e quindi "mente" e "cuore" del sistema resta il Centro di Salute Mentale, in quanto detiene la continuità di cura ed il senso del progetto. Averlo concepito come un servizio territoriale a 24 ore, in definitiva, non ha significato aggiungere una funzione ad un servizio ambulatoriale (ad esempio, la disponibilità di letti all'interno di un servizio territoriale o in strutture ad esso collegate; o l'estensione dell'orario di apertura dello stesso; o la sua integrazione operativa con un servizio di reperibilità notturna sul territorio).

Per CSM a 24 ore intendiamo invece una scelta forte e significativa, che determini la trasformazione profonda dell'operatività e della filosofia di un servizio territoriale. Essa pone al centro la crisi dell'utente, e dunque opera le funzioni di asilo, di protezione e di recupero dei soggetti deboli. Ponendosi come spazio di intermediazione verso il reale-sociale, di recupero e di riposo, ma in netta alternativa al ricovero ospedaliero e alle pratiche decontestualizzanti che omologano le singolarità reali e comprimono le soggettività diverse in un sistema di regole e codifiche, esso pratica una permeabilità tra il dentro e il fuori - le visite, gli incontri, le uscite del paziente e tutto quanto non demarchi l'esperienza della crisi come "esperienza separata", pur proteggendo il soggetto in difficoltà.

Possiamo definire questo servizio come spazio di transizione e di mediazione, ma saldamente radicati nella realtà dell'esperienza sociale delle persone; come luogo di mediazione, di recupero e di riposo, ma in netta alternativa al ricovero ospedaliero e alla sua pratica di decontestualizzazione sociale degli utenti che omologa le singolarità reali e che comprime le soggettività diverse in un sistema di regole e codifiche.

Tuttavia, al di là di questo, esso deve soprattutto moltiplicare le possibilità di offerta terapeutica e le risorse fruibili. Infatti dovrà operare attraverso la flessibilità delle risposte, ed il coinvolgimento di una pluralità di soggetti nell'operatività quotidiana e l'utilizzo di risorse plurime.

Da quanto detto emerge come i CSM risultino costituiti da una doppia natura, da due principali elementi fondanti che stanno in un equilibrio precario e dinamico: da un lato un aspetto *comunitario*, legato a attività comunitarie o di rete, che li definiscono come piccola comunità e/o spazio sociale (di intermediazione, di protezione, di garanzia); dall'altro un aspetto che definiremo *strategico* e di intervento, più propriamente dettato dai gesti e dalle azioni della pratica psichiatrica (colloqui, somministrazione di farmaci, ecc.).

L'aspetto comunitario (di comunità terapeutica aperta o diffusa) riguarda ovviamente il tessuto comunicativo e tocca sia gli aspetti di relazione tra gli operatori e quindi l'organizzazione del lavoro (lo stile comunitario, orizzontale, del servizio), che l'utenza (riunioni, aggregazioni e gruppi spontanei o formali, ecc.).

Tale aspetto è stato pensato e si è sviluppato soprattutto come modalità terapeutico-istituzionale rivolta ai lungoassistiti (massimamente per psicosi cronica): esso nasce infatti dal modello della comunità terapeutica degli ospedali psichiatrici.

Come più volte sostenuto, da Basaglia in poi, l'uso terapeutico di questo strumento (l'assetto comunitario, la comunicazione a tutti i livelli) si può determinare davvero solo nella sua liberazione dall'entropia ossia nella relazione con ciò che avviene fuori di essa: ecco dove trovano senso i singoli gesti che vi accadono.

Il lavoro in équipe, elemento fondante di un servizio integrato, va allora pensato in entrambe le direzioni prima delineate:

- il team-work, il lavoro operativo di squadra, fondato su di un "case-management" più collettivo che del singolo operatore (che va comunque previsto);
- la comunità terapeutica, e quindi l'abbattimento delle barriere di ruolo, la comunicazione aperta, la riduzione o la rottura della distanza oggettivante tra chi cura e chi è curato.

Se si agisce la trasformazione nel senso che qui indichiamo, il tempo di vita e al suo interno i nessi tra "salute" e "malattia" (Basaglia, 1982) diventano centrali, e possono interagire in concreto. Il soggetto compare in uno scenario mobile, dove le relazioni che si strutturano tendono a fuoriuscire dalla rigidità dei ruoli istituzionali. Servizi territoriali concepiti in questo modo permettono tendenzialmente di vedere in modo articolato i bisogni, riportandoli immediatamente alle situazioni di vita, e di ridiscutere

continuamente i rischi di meccanicità nelle risposte terapeutiche, di induzione di percorsi terapeutici frammentati e di deriva sociale.

Attraverso questi passaggi arriviamo dunque alle possibilità di incidere sulla costituzione stessa della domanda psichiatrica. Vi é una ricaduta trasformativa, oltre che sulla pratica stessa, sulla cultura della comunità; sulle modalità di presentarsi (patoplastica) e di esprimersi della domanda psichiatrica.

Questo itinerario ha determinato l'emergere di nuove soggettività sociali, una interlocuzione con nuovi bisogni e nuovi soggetti, dai familiari agli utenti stessi, dalle donne, al volontariato, alle forze produttive del territorio, nell'utopia di costruire davvero una rete partecipativa del/al servizio.

Tale nuovo orizzonte richiede e rimanda all' accesso alle cure ed a possibilità di vita sociale. I servizi devono lavorare proprio sul versante delle opportunità, e della concreta apertura di opportunità, per rendere effettivi i diritti di cittadinanza che la legge ha sancito a favore dei soggetti deboli portatori di disagio psichico, e quindi, in quanto tale, di disagio sociale. Si può iniziare allora davvero a parlare di "servizio centrato sul cliente", disegnato a partire dai suoi bisogni/diritti e non da quelli dell'istituzione o delle istanze sistemiche di regolazione sociale che essa rappresenta.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Basaglia F., a cura di: "L'istituzione negata", Einaudi, Torino, 1968.

Basaglia F.: "Il concetto di salute e malattia" in Scritti, vol. 2, Einaudi, Torino, 1981.

Dell'Acqua G. : "Trieste vent'anni dopo".

Dell'Acqua G., Evaristo P., Impagnatiello M., Mezzina R.: "Il centro di salute mentale e il carico familiare", Riv. di Riab. Psych. e Psicosociale, Idelson, Napoli, vol. 1 n. 1-3, 1992.

Dell'Acqua G., Mezzina R.: "Risposta alla crisi. Strategie e intenzionalità dell'intervento nel servizio psichiatrico territoriale", in "Per la salute mentale", 1/88.

Dell'Acqua G., Mezzina R.: "Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa", in "Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria", Atti del II Congresso Nazionale della S.I.R.P., Idelson, Napoli, 1991.

Dell'Acqua G., Mezzina R., Vidoni D. : "Utenti, famiglie e servizi di salute mentale", in "Venti anni di Fogli d'Informazione", a cura di Tranchina P. e Pirella A., Centro di Documentazione Pistoia Editrice, 1992

Gallio G.: "Per un'impresa sociale", materiali di Per la Salute Mentale, Centro Studi Regionale Friuli-V.Giulia /W.H.O. Collaborating Centre, 1991.

Gallio G, Giannichedda M.G.: "Note per la lettura del modulo organizzativo dei servizi psichiatrici a Trieste", in "Psichiatria senza manicomio", a cura di Creper P. e De Salvia D. , Feltrinelli, Milano, 1982.

Gallio G., Mezzina R.: "Il funzionamento del servizio psichiatrico territoriale nelle mentale 24 ore", in "La questione psichiatrica", atti del Convegno di Pordenone, Centro Studi Regionale Friuli-Venezia Giulia, 1988.

Mezzina R. et al.: "Criteri e logiche della pratica terapeutica territoriale", relazione della Segreteria della Soc. Triveneta di Psichiatria Democratica, Verona, 1988, in c.d.p. in "Salute Mentale: pragmatica e complessità", op. cit.

Mezzina R. et al.: "Saperi e pratica territoriale", in AA.VV. "Fra regole e complessità", ed Coop. Psych. Democratica, Roma, 1983.

Mezzina R., Vidoni D.: "L'intervento nella crisi all'interno della pratica di un centro di salute mentale a 24 ore: studio di follow-up a 4 anni". Rivista Sperimentale di Freniatria, vol. CXV, fasc. III, 1991.

Mezzina R., Mazzuia M., Vidoni D., Impagnatiello M. : "Networking consumers participation in a community mental health service: mutual support groups, citizenship, coping strategies", International Journal of Social Psychiatry, 1992, vol.38 n.1, pagg 68-73.

Reali M.: "Passaggi Triestini" in "La pratica terapeutica tra modello clinico e riproduzione sociale", op. cit.

Regolamento del Dipartimento di Salute Mentale. Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

Rotelli F.: "L'istituzione inventata". In "Per la salute mentale", 1/88.

Rotelli F.: "Per un'impresa sociale", in "Salute mentale- Pragmatica e complessità", a cura di Debernardi A., Mezzina R., Norcio B., Centro Studi Regionale Friuli - V.Giulia / W.H.O. Collaborating Centre, 1992

Rotelli F., DeLeonardis O., Mauri D.: "Deistituzionalizzazione, un'altra via", in Venti anni di Fogli d'Informazione, a cura di Tranchina P. e Pirella A., Centro di documentazione Pistoia, 1992.

Rotelli, F. : "Ri-abilitare la ri-abilitazione", in "Per la normalità - taccuino di uno psichiatra", Edizioni E, Trieste, 1994.