

Luis Gustavo Vechi (Brasile)

***Principi di Assistenza in un Centro di Salute Mentale 24 ore  
a Trieste, in Italia:  
uno studio etnografico***

**Luís Gustavo Vechi**

**RIASSUNTO:** Il testo presenta uno studio di *caso analitico* che, mediante il riferimento teorico-metodologico *etnografico*, ha definito principi di assistenza presso un Centro di Salute Mentale 24 ore a Trieste in Italia, tenendo conto il discorso e la pratica di professionista -psichiatra, psicologo, infermiere e tecnico in riabilitazione -in rapporto all'assistenza svolta nella medesima istituzione. I procedimenti utilizzati durante le 80 ore di raccolta dei dati, svolte nel periodo di trenta giorni, durante il mese di luglio del 2003, sono stati tanto l'osservazione partecipante di azioni programmate e non programmate, che rientrano nel quotidiano di questo servizio, quanto l'intervista individuale semi strutturata partendo dalla testimonianza di dodici professionisti del nominato stabilimento. Si sono identificati come risultato i principi di assistenza: la conoscenza pratica e non solo quella teorica, attinente alla salute mentale fanno da riferimenti all'interno dell'assistenza offerta ai pazienti e di quell'altra destinata a (ri)attivare la vita dell'utente nella comunità. Tali risultati sono stati articolati, in termini teorici, alla cultura assistenziale pubblica attinente alla salute mentale triestina, tramite il concetto di *deistituzionalizzazione*. Si è concluso che, l'interpretazione messa a fuoco dal presente lavoro conferisce posizione centrale sia alla persona sia al cambiamento del posto sociale riservato agli utenti della sanità mentale, dell'asilo presso i servizi psichiatrici affinché avvenga allora l'inserimento nella comunità; suggerisce quindi trattarsi della via tramite la quale si fa il collegamento tra i principi del luogo investigato ed il contesto culturale osservato.

**DESCRITTORI:** Salute mentale; Servizio comunitario; deistituzionalizzazione; Inserimento sociale; Etnografia; Osservazione partecipante.

***Luis Gustavo Vecchi** è psicologo clinico nell'area della salute pubblica. Si è laureato presso la Facoltà di Psicologia della Pontefice Università Cattolica di San Paolo. Ha seguito il Corso di Post Laurea (Master) dell'Istituto di Psicologia dell'Università di San Paolo, dove ha pure frequentato il Dottorato in riabilitazione Psicosociale. Inoltre, ha attuato presso l'Istituto d'Infezione Emilio Ribas e l'Ospedale Psichiatrico Pinel. Sin dal 2002, lavora presso il Centro de Atenção Psicossocial Professor Luis da Rocha Cerqueira. È docente nei corsi di Laurea dell'Università São Marcos e di Post-Laurea del Centro Universitário Sant'Anna. Autore di innumerevoli articoli nell'area della salute mentale, ha anche pubblicato il libro "Marcas da Iatrogenia no Discurso de Profissionais em Hospital-Dia."*

*L'articolo è stato tradotto dall'originale in portoghese da Márcia Regina Bazanelli.*

Quest'articolo presenta uno studio di caso, svolto in conformità alla prospettiva etnografica, nell'attinenza al significato dell'assistenza alla clientela secondo professionisti di un Centro di Salute Mentale 24 ore, a Trieste, in Italia. Organizzato in quattro parti, abbiamo fatto per quanto riguarda la prima parte di esse, un'introduzione all'assistenza rivolta alla sanità mentale nel suddetto locale. Invece nella seconda parte, abbiamo discorso a proposito del nominato studio, e finalmente, alla terza parte, se n'espongono i risultati di cui si parlerà alla quarta e ultima voce.

## 1. Introduzione

La città di Trieste appartiene alla regione del *Friuli-Venezia-Giulia* nell'Italia del nord, avendo 250.000 abitanti circa. L'assistenza offerta alla salute mentale in questa città è frutto della riforma psichiatrica avviata negli anni Settanta dallo psichiatra Franco Basaglia e svolta dopo la sua morte, avvenuta nel 1980, dal gruppo di lavoro che gli stava a fianco. La suddetta riforma è culminata con la sostituzione effettiva dell'ospedale psichiatrico per una rete di servizi comunitari. (Barros, 1994).

Il Dipartimento di Salute Mentale, gestore di queste istituzioni, si compone di quattro tipi principali di servizi rivolti all'assistenza degli adulti.

*La prima modalità* è formata dai *Centri di Salute Mentale 24 ore*, i quali in città fanno un totale di quattro, aperti 24 su 24 ore, ogni giorno della settimana. Ciascuno di loro attua su un territorio di 60.000 abitanti circa dove si offrono tre livelli d'intervento dettati dalla stessa intensità di esso, cioè, l'ambulatoriale, il diario e il ricovero fatto in otto posti letti, tramite il lavoro in equipe composto dallo psichiatra e dallo psicologo, dall'assistente sociale, dall'infermiere e dal tecnico in riabilitazione. Oltre a questi quattro Centri, vi è un quinto servizio, il cui funzionamento si assomiglia a quello dell'Università di Trieste. Tali stabilimenti sono visti dall'utente come la porta d'ingresso preferita per addentrarsi nel sistema di salute mentale della città. (Trieste, 2002).

Nell'Ospedale Generale della città, si trova il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Trattamento*, il *secondo tipo* di stabilimento, composto di medici e infermieri che si dedicano alle attività di ricovero in otto posti letti. Attuando in contatto diretto con il pronto soccorso del suddetto ospedale, assiste alle richieste d'emergenza, specie durante la

settimana, dopo le ore diciotto e alla fine della settimana perché in un periodo massimo di 24 ore il cliente sia indirizzato al Centro di Salute Mentale della regione dove risiede. Quest'assistenza è anche porta d'ingresso dell'utente nel sistema di salute mentale cittadino. *La terza modalità di servizio, la Clinica Psichiatrica dell'Università di Trieste, offre, alla sua volta, sedici posti di ricovero. (Trieste, 2002).*

*Il Servizio di Abilitazione e di Residenza -il quarto tipo- controlla e gestisce il funzionamento delle dimore di quei pazienti che non abbiano dove vivere, oppure non possano contare su un adeguato sostegno familiare. La gente ci può rimanere per un periodo definito anticipatamente -di passaggio- o -senza previsione di uscirne- permanentemente. Questo servizio ha anche la funzione di guidare il *Programma di Formazione* (scolastica, professionale, tecnica) come pure quella d'inserimento degli assistenti nel Lavoro. (Trieste, 2002).*

Oltre a questi stabilimenti pubblici specializzati nella salute mentale, ve ne sono altri che favoriscono l'assistenza alla clientela in casa, riducendo la necessità di ricovero, soprattutto di coloro che avvertano il bisogno di cure maggiormente premurose e sistematiche. Il *Servizio Domiciliare dell'Infermeria* fa delle valutazioni ed interventi a domicilio, mentre lo scopo dell'azione del *Servizio d'Aiuto Residenziale Comunale* è l'organizzazione e la manutenzione della routine domestica. D'altra parte, il *Servizio di Assistenza Sociale* risponde alle necessità di carattere giuridico dei clienti, come pure a quelle dei loro familiari. (informazione orale divulgata da un professionista della rete pubblica triestina, 2003).

Tale assistenza sanitaria ha il sostegno di certe *Associazioni* le quali, attuando insieme allo Stato, si compongono di volontari che cercano di assicurare i diritti di cittadinanza degli utenti della sanità mentale e dei loro familiari, di controllare la qualità dei servizi che vengono prestati loro, oltre all'offerta di ulteriori tipi d'assistenza. Alcune di queste, ad esempio, propongono attività di ricreazione, sportive, culturali e persino la presenza di club di ritrovo il cui obiettivo sia l'auto aiuto. Altre associazioni si dedicano invece tanto a qualificare le risorse necessarie all'assistenza ai clienti quanto a tener d'occhio l'amministrazione pubblica. Oltre a queste associazioni, vi sono le cooperative sociali che rappresentano un'importante risorsa per agevolare l'inserimento parziale nel mondo del lavoro di coloro che rientrano nei servizi della salute mentale. (Trieste, 2002).

## 2. Il Presente Studio.

Nel luglio 2003, a Trieste, abbiamo svolto una ricerca il cui obiettivo era *individuare, partendo dalla pratica e dal discorso dei professionisti di un Centro di Salute Mentale 24 ore, i principi che fungono da guida all'assistenza prestata alla popolazione nel nominato stabilimento.*

### 2.1 Riferimenti Teorico-Metodologici.

Si tratta di uno *studio di caso analitico* giacché mette in risalto una questione contemporanea nel contesto della vita reale, con poco -o addirittura quasi nessun- controllo sull'oggetto e sul campo di raccolta dei dati, la cui meta è rispondere ad una domanda di tipo investigativo (quali sono i principi?). (Yin, 2001a).

Uno studio così perché venga svolto, può appoggiarsi sui più diversi parametri teorico-metodologici, siano di carattere quantitativo siano di carattere qualitativo. (Yin, 2001a). L'etnografia, il cui riferimento è di carattere qualitativo, ha sostenuto l'attuale ricerca in funzione tanto della rinomata importanza nella produzione di conoscenza sui servizi di salute mentale (Ware et al., 1999), quanto perché essa permette di riscontrare la complessità e particolarità delle attività diarie degli individui, incluse quelle avvenute nei luoghi di lavoro. (Leny e Souza, 2001).

Nel presente lavoro, questo termine identifica un metodo di ricerca sociale, la cui origine si trova nell'Antropologia Sociale; unendo procedimenti di raccolta e d'analisi dei dati (Rockwell, 1986) mira lo studio di pratiche e di rappresentazioni, nell'ambito naturale e quotidiano. (Sato e Souza, 2001).

Tramite il medesimo metodo, si cerca di afferrare il significato -l'interpretazione- attribuito dalle persone agli avvenimenti, ai comportamenti e alle situazioni (Geertz, 1989). Il contesto culturale, definito in termini semiotici come trama di significati, è messo in risalto nella produzione di tale intendimento. La cultura viene definita

Come sistemi intrecciati di segni interpretabili (...), non è un potere, qualcosa a cui si possa attribuire casualmente gli avvenimenti sociali, i comportamenti, le istituzioni o i processi; la cultura è un contesto,

qualcosa all'interno della quale tutti questi elementi possono essere descritti in modo intelligibile ... (Geertz, 1989, p. 24).

In conformità a questo concetto, i sistemi intrecciati di segni sono prodotti dell'azione simbolica umana e al tempo stesso sono condizione perché essa si avveri. In termini più precisi vuol dire che la trama di significazione -la cultura- è condizione perché abbia luogo l'atto del significare, che la (ri)tesse. La comprensione del significato implicherebbe perciò, nel considerare l'ambito culturale, giacché se riporterebbe sempre allo stesso.

## **2.2 Circostrizione Empirica.**

Nel 2003, presso l'istituzione dove si è svolto il presente studio è stato assistito un numero di pressappoco settecento clienti, essendo che, un terzo di questi erano utenti in situazione grave, richiedevano quindi dall'istituzione un'assistenza diaria, delle costanti visite domiciliari o ancora dei frequenti controlli ambulatoriali. (informazione orale divulgata da un professionista del Centro di Salute Mentale, 2003).

All'epoca dell'indagine, l'equipe di questo Centro era composta di quattro psichiatri (uno di loro residenti), due psicologi, un tecnico in riabilitazione, un ausiliare di cucina e venticinque infermieri circa. Da lunedì a venerdì, un gruppo di tre a quattro infermieri, il tecnico in riabilitazione, tre medici, due psicologi e l'assistente di cucina lavoravano dalle ore otto alle diciassette. Negli ulteriori orari, così come alla fine della settimana, due a tre infermieri, a turno, gestivano il servizio, avendo come riferimento d'appoggio il *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Trattamento*. La pulizia del Centro ed il sostegno ai compiti da svolgere in cucina erano a carico di una Cooperativa Sociale, la quale assumeva dei clienti che rientravano nel servizio di salute mentale. Una volta al giorno, durante un'ora e trenta minuti circa, l'equipe s'incontrava in una riunione tecnica. (informazione orale divulgata da un professionista del Centro mentale, 2003).

L'inclusione del ricercatore nel campo attinente alla raccolta dei dati è tema primordiale in un lavoro di carattere etnografico (Chataway, 2001), il quale svolge delle indagini presso le organizzazioni, i gruppi e le comunità del mondo reale, nella misura in cui richiede dallo studioso il necessario permesso affinché lui proprio rimanga nell'ambiente in questione, ci

studi gli aspetti che ha in mente e abbia accesso alle persone che desidera osservare e intervistare. (Becker, 1999a).

In questo modo, la prima tappa dell'investigazione ha corrisposto alla pianificazione e all'autorizzazione del nostro inserimento presso un Centro di Salute Mentale 24 ore. Per tanto, quando eravamo ancora in Brasile e, avendo come obiettivo l'ottenimento del necessario permesso, si è stabilito un contatto epistolare di carattere elettronico tra noi ed il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso la quale *noi ci siamo presentati nella condizione di psicologo della sanità pubblica interessati a conoscere la rete assistenziale triestina, oltre a fare della ricerca sull'assistenza offerta da un Centro di Salute Mentale 24 ore.*

Dopo averne ottenuto l'autorizzazione e una volta a Trieste, inizialmente si sono riscontrate delle difficoltà perché si sbrigassero le attività anticipatamente accordate; tale ostacolo si è dovuto al fatto che non eravamo in possesso del permesso di soggiorno adatto alla proposta di studio e come, tra l'altro, il Servizio d'Immigrazione Italiano richiedeva. Avendo però la doppia cittadinanza, cioè, italiana e brasiliana, l'impedimento è stato fortunatamente superato e siamo riusciti a fissare una riunione con uno dei medici del Centro.

In seguito alla conversazione, abbiamo ottenuto il permesso di osservare/dialogare con i professionisti, gli utenti e i loro familiari, altresì di partecipare a tutte le attività svolte dentro o fuori dell'istituzione. La libertà di ricerca concessa ci ha garantito la costruzione ed il costante controllo del piano messo in atto per raccogliere i dati, giacché conoscevamo il servizio e mantenevamo un rapporto con i professionisti.

La pratica metodologica della ricerca si è costituita di due procedimenti selezionati, ossia, l'osservazione partecipante e l'intervista individuale semi strutturata. L'osservazione partecipante permette di conoscere e di descrivere il contesto e le azioni delle persone nel funzionamento di un gruppo o di un'organizzazione. (Becker, 1999b). Offre "... opportunità insolite alla raccolta dei dati in uno studio di caso... (permette) di rendersi conto della realtà sotto il punto di vista di una persona che si trova "dentro" lo studio..." (Yin, 2001b, p. 116). Il grado di partecipazione del ricercatore può variare, meglio ancora, egli ci si può inserire solo come studioso che osserva o che assume un determinato ruolo nella pratica svolta dal gruppo/dall'ambito investigato. (Gobo, 2001).

Nelle situazioni a cui siamo stati esposti nell'istituzione, abbiamo occupato il posto di visitatori, senza assumere alcun ruolo di carattere assistenziale all'interno della routine del servizio. Sono stati osservati i momenti non programmati della pratica quotidiana del servizio, ossia, il ricevimento dei pazienti, l'assistenza per telefono prestata dagli impiegati, le conversazioni informali fra i professionisti, fra loro e gli utenti, e così via. Inoltre, abbiamo anche presenziato le attività programmate del Centro, ossia, le assistenze a gruppi di pazienti, coordinate dallo psicologo o dal tecnico di riabilitazione; intervento in mezzo al gruppo dei familiari, guidato dallo psichiatra e dall'infermiera; assistenze individuali rivolte agli utenti e svolte dallo psicologo, psichiatra, infermiere o tecnico in riabilitazione psicosociale; riunioni fra i professionisti e le attività indirizzate agli utenti, fuori del Centro, coordinate dal tecnico di riabilitazione.

L'intervista individuale semi strutturata è stata adoperata a complemento della soprannominata risorsa tecnica. È stato intervistato un totale di dodici professionisti, in pratica, due psichiatri, otto infermieri, uno psicologo e un tecnico di riabilitazione.

In queste interviste, abbiamo chiesto al professionista di discorrere dell'assistenza per cui era responsabile presso il Centro, dell'assistenza e della dinamica di lavoro ivi presenti.

La costruzione del lavoro di campo etnografico esige la riflessione continua da parte del ricercatore sulla raccolta dei dati, in modo da considerare le informazioni ottenute sul luogo, l'obiettivo dell'indagine, la qualità del rapporto stabilito con i soggetti investigati e lo scorcio metodologico utilizzato (Rockwell, 1986). Così, in questo studio, tramite il suddetto tipo di riflessione, abbiamo individuato gli elementi che sarebbero stati conosciuti o esaminati in modo più approfondito nell'ambiente ricercato, e in questo processo, la raccolta dei dati è stata progettata e realizzata un po' alla volta.

Circa una settimana dopo il nostro arrivo nel Centro e obbedendo a tale riflessione di studio, abbiamo messo a fuoco cinque aspetti che hanno collaborato sia all'osservazione sia all'intervista. Tali voci però, non sono state adoperate omogeneamente in tutto il processo, anzi, tutti i cinque aspetti hanno subito adattamenti, richiesti tra l'altro dalle singole situazioni investigate affinché i nuovi elementi - originariamente non previsti - fossero pure individuati.



Gli aspetti sono stati i seguenti: la forma e il modo in cui i procedimenti d'assistenza venivano svolti, incluse le persone, i loro ruoli, obiettivi, la giustificativa dell'assistenza oltre alla valutazione dei propri effetti.

Nella maggior parte delle volte, le informazioni riscontrate, tramite ogni procedimento di raccolta, sono state registrate per scritto ed in forma di testimonianze, durante la realizzazione del lavoro di campo o subito dopo il suo termine, in certe occasioni, il compito era svolto solo alla fine della giornata.

In un totale di 80 ore circa, abbiamo portato a termine il lavoro di campo entro i trenta giorni in cui siamo stati presso il Centro, tramite giornate di tre ore/giorno, da lunedì a venerdì, oltre a qualche sabato e domenica. Settanta ore delle complessive ottanta sono state impiegate nell'osservazione partecipante, vale a dire: quaranta ore dedicate alle attività programmate e altre trenta alle attività non programmate, dentro o fuori del Centro, mentre ne abbiamo usate le ulteriori dieci nella realizzazione delle interviste.

### **2.3 Analisi del Materiale Empirico.**

*La prospettiva di comprensione etnografica costruttivista* (Geertz, 1989) ha corrisposto allo scorcio dell'analisi. Abbiamo così risposto all'obiettivo dello studio, attraverso la comprensione del significato -l'interpretazione- che i professionisti del Centro di Salute hanno attribuito all'assistenza della clientela di questo servizio, tenendo conto della pratica e del discorso registrati lungo il lavoro di campo.

Abbiamo fatto l'analisi tramite avvenimenti ritenuti fatti e non dati, anzi, i risultati di studio non sono stati riconosciuti come riflessi del significato stabilito dai professionisti. Abbiamo invece presupposto che il prodotto dell'analisi è pur sempre una costruzione (interpretazione), condizionata dal riferimento teorico e dal rapporto che lo studioso stabilisce con i soggetti investigati. (Geertz, 1989; Rockwell, 1986).

Ciò vuol dire che i "dati" tutt'altro che trovarsi lì pronti ad essere raccolti, gli avvenimenti stessi ci si trovano invece pronti a subire un processo interpretativo, solo così saranno convertiti in "fatti", i quali sono, dunque, gli avvenimenti significati. Rinforzando l'abbordaggio costruttivista, abbiamo fatto una distinzione tra gli "avvenimenti" e i "fatti". Gli "avvenimenti" non dipendono dal ricercatore, si processano

e si confermano nel quotidiano del luogo studiato. I “fatti” dal canto loro, sono gli avvenimenti rilevanti che allora si trasformano in virtù del lavoro d’interpretazione del ricercatore, e solo perciò rendono possibile la comprensione della realtà studiata. (Leny e Souza, 2001, p. 8).

Nell’analisi, abbiamo utilizzato il procedimento di “triangolazione di fonti dei dati” (triangolazione di dati) (Yin, 2001b), ossia, abbiamo preso in considerazione più di una fonte d’informazione - l’osservazione partecipante e l’intervista semi strutturata. Tramite tale procedimento noi siamo potuti andare all’incontro non solo della complementarità fra gli avvenimenti, ma anche della convergenza dei “fatti”, riscontrati in queste due distinte fonti.

Per quanto riguarda il lavoro d’analisi, abbiamo fatto la traduzione - dall’italiano al portoghese - del discorso dei professionisti. Si è trattato di convertirne non solo il discorso, ma anche l’*ethos* che lo accompagna e gli dà consistenza; entrambi hanno subito quindi qualche tipo di traduzione affinché fossero ovviamente adattati alle esigenze di comprensione. Lungo questo processo, spesso il detto e l’osservato hanno suscitato una certa estraneità; tale fatto oltre ad essere inevitabile, era pure fondamentale perché potessimo valorizzare l’ottica dei soggetti evitando allora l’utilizzo automatico dei nostri stessi e precedenti riferimenti.

Si sono ancora adoperate *quattro tappe d’analisi* affinché si capisse il senso attribuito dai professionisti all’assistenza avvenuta presso il Centro, individuandone dunque i principi (dell’assistenza) contenuti in questa visione. Da una parte, queste tappe sono state determinate dall’obiettivo del lavoro e dagli aspetti soprannominati, i quali hanno guidato la raccolta dei dati; dall’altra parte invece, sono state addirittura generate dall’importanza che hanno ottenuto, lungo lo svolgere dello studio, quale strumento di comprensione degli avvenimenti.

Durante la *prima tappa*, abbiamo identificato fra i registri delle pratiche e dei discorsi, gli elementi indicati qui di seguito: la forma ed il modo in cui i procedimenti d’assistenza venivano svolti, le persone incluse in tali procedimenti, i riferimenti adoperati nella definizione delle persone, il ruolo del professionista e dell’utente ivi presenti, l’obiettivo e la giustificativa dell’assistenza, la valutazione degli effetti dell’assistenza, il luogo in cui

erano compiuti, le istituzioni partecipi, la loro funzione, il rapporto mantenuto con la comunità.

Invece nella *seconda tappa*, abbiamo individuato ricorrenze e divergenze fra il materiale analizzato, con riferimento a questi elementi secondo le diverse fonti d'informazione.

Di seguito, nella *terza tappa* c'è toccata l'elaborazione scritta di una sintesi sulla convergenza dei differenti significati dell'assistenza, secondo l'opinione dei diversi professionisti, perché, finalmente, nella *quarta e ultima tappa*, ormai muniti di tali informazioni, ne potessimo trarre i principi basilari dell'assistenza

### 3. Risultati.

Dal materiale analizzato, abbiamo distaccato due principi esposti qui sotto, tramite commenti dimostrati con dei frammenti in cui abbiamo riprodotto dei registri dei discorsi e delle situazioni osservate lungo la realizzazione del lavoro di campo.

*Il primo principio* è che, **nel campo della salute mentale il sapere pratico e non solo quel teorico sono riferimenti all'assistenza prestata ai pazienti**. Nell'assistenza, si valorizza il sapere pratico costituito dal rapporto con la clientela e, i suoi bisogni sembra che siano un parametro fondamentale nella produzione del nominato tipo di conoscenza.. Il sapere teorico viene preso in considerazione, ma sembra di avere un luogo secondario, come attestano i brani qui riportati:

*Il Centro di Salute Mentale 24 ore, è un meccanismo e non un modello affinché si coniughino il servizio di salute e i bisogni integrali delle persone e si rispondano alle loro condizioni di vita concreta, tramite un lavoro d'equipe. (professionista del servizio durante intervista individuale)*

*Ciò che io imparo dalla pratica nel servizio ed anche l'individuazione dei bisogni degli utenti sono aspetti importanti nella definizione del mio lavoro, più di qualunque altra teoria, che possa essere presa in considerazione. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

*Per quanto riguarda il gruppo familiare, fra altri obiettivi che possiamo averne, abbiamo quello di identificare le necessità della famiglia ... di mettere il servizio alla sua disposizione, di aiutarla ad adoperare in modo più ottimale i diversi tipi di risorse, rinforzare la sua importanza nel*

*processo di convalescenza dell'utente, non abordiamo la nozione di malattia (professionista del servizio durante intervista individuale).*

Il rapporto, fra il professionista e la clientela, acquisisce delle sfumature che estrapolano l'inquadramento specialista/malato affinché le necessità di coloro che cercano l'assistenza del Centro possano essere evidenziate in modo netto e preciso.

*È importante che si sia informale, aperto e diretto verso le persone a cui diamo assistenza, solo così ci si riesce a costruire un rapporto in cui le loro necessità vengano fuori ed il servizio sia in grado di combattere proprio per loro. (responsabile per il servizio durante intervista individuale).*

*L'aspetto più importante perché si diventi un bravo professionista non riguarda tanto la sua formazione specifica bensì la capacità che possiede d'essere flessibile, di avere una visione ampia del mondo, vale a dire, di accorgersi che vi sono altre possibilità d'esistenza distinte dalle sue o dalla norma. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

Avendo come scopo la riduzione del tempo esistente fra la necessità della clientela e la risposta a ciò, data dal servizio, l'agilità della comunicazione fra i professionisti dell'equipe e fra questa e gli utenti, diventa un topic d'attenzione da parte di questi impiegati. Vi è la preoccupazione di farsi diversi tipi di registri scritti -che sono poi condivisi durante la riunione diurna tenuta dell'equipe- come quello di, in un'agenda specifica prendere appunti degli impegni settimanali di alcuni dei pazienti oppure, in un quaderno *ad-hoc* elencare le telefonate ricevute dai clienti, dai familiari e dalla comunità. Nel brano di sotto, si può riscontrare questa preoccupazione:

*Chiunque venga da noi, o ci telefoni, deve ricevere una risposta al più breve possibile ... in tempo reale. (professionista del servizio durante intervista individuale)*

L'individuazione delle necessità è realizzata tramite l'assistenza centrata sulla persona, nella quale si provino a capire le ragioni per cui l'individuo ha cercato il rispettivo servizio; che si risalti, inoltre, il percorso esistenziale dell'utente, in un processo di "decodificazione partecipativa" in cui la versione del soggetto è valorizzata, come del resto attesta il brano riportato qui di seguito:

*Piuttosto che usare il teorico nell'individuo, valorizziamo la persona in sé, il suo agire e ragionamento. Cerchiamo di capire il suo atteggiamento*

*individuale e singolare nel contesto di cui fa parte, la storia di vita che le è propria; qual è il significato che dà alla crisi, il senso che quest'ultima possiede all'interno del percorso esistenziale dell'individuo, quali spiegazioni hanno già dato a ciò che gli succede, quali significati la crisi può avere nel suo percorso di vita e quali azioni devono essere fatte nella vita tenendo conto dell'accaduto. A tale comprensione usiamo una decodificazione partecipativa. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

L'assistenza al cliente è costruita tenendosi conto della sua storia di vita come una novità. Il medesimo ragionamento sembra che sia valido per quanto riguarda gli interventi verso i familiari, come del resto vi alludono i frammenti citati di seguito:

*Nel momento in cui si ascolta la persona si deve aver in mente la complessità della situazione e della sua vita. Non se la può frammentare affinché si diano delle risposte tecniche anticipatamente formulate (...) si deve, invece, ritenerne la complessità e affrontare la situazione di non avere delle risposte. La risposta nascerà dal confronto con la complessità della situazione riportata, affrontata allora da tutti i membri dell'equipe e della persona presente. (discorso di professionista del servizio durante intervista individuale).*

*Famigliare di paziente: Cosa devo fare, dottore? Mio figlio non fa la doccia, ha un diploma ma non lavora. Come fare? Professionista: Io non ho la risposta. Non se la deve basare sulla mia esperienza perché può essere sbagliata. Dobbiamo invece costruirla qui, insieme, utilizzando la vostra esperienza, dei familiari. (dialogo osservato fra professionista e membro familiare di un utente in gruppo di famiglia).*

Si deve dunque, prendere atto del funzionamento della persona nella sua diversità, facendo la necessaria attenzione a non circoscriverlo in termini nosografici da riservare soprattutto ai documenti istituzionalizzati

*La diagnosi serve alla terapia farmacologia, ma non al lavoro che i professionisti di base debbano svolgere con la clientela, perché in questo caso ciò che conta è la persona nella sua diversità, in altre parole, il modo in cui la persona stessa è fatta. Quel che importa è darsi da fare nel senso di conoscerla davvero, il suo modo d'essere e di ragionare. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

L'equipe sembra riconoscere i limiti di risposta dell'assistenza offerta nel Centro, quando si tiene conto dunque della complessità della clientela assistita. Abbiamo osservato

che se il trattamento non ha a che fare con tutti i bisogni degli utenti, almeno funge da intermediario perché tali necessità siano prese in considerazione da altre istituzioni.

In stretto rapporto con l'anteriore, abbiamo individuato il secondo principio che propone **l'assistenza rivolta a (ri)attivare la vita dell'utente nella comunità**. Lo scopo dell'assistenza si delinea allora come l'instaurazione di cambiamenti concreti nella vita della clientela, attraverso procedimenti che intervengano direttamente o indirettamente nella costruzione di un progetto di vita espressivo all'interno della comunità.

In questo senso, il lavoro svolto è territoriale, in altre parole, conoscere ed intervenire negli ambiti di vita dell'utente, pure in quel comunitario, sono pratiche fondamentali. Vi è un particolare interesse per le condizioni materiali, sociali ed affettive del quadro di vita che raffigura il paziente, ossia, per conoscere il luogo in cui abita, la qualità delle relazioni principali, in famiglia e in comunità, fra tanti altri.

Tale punto territoriale d'assistenza, sviluppato insieme ad altre istituzioni, in tesi si applicherebbe a tutti i pazienti del servizio; é, tuttavia, realizzato in modo più approfondito verso coloro che avvertono il bisogno di una maggiore assistenza, tenendo conto della complessità/ precarietà della situazione di vita, come è attestato dal brano qui di seguito:

*Siamo responsabili per gli abitanti di un territorio ... ci dividiamo e dobbiamo sempre tenere d'occhio un gruppo di persone che assistiamo, perché hanno un bisogno più premente della nostra attenzione ... facciamo delle visite settimanali alla loro casa, oppure, dipendendo dall'epoca, quando per qualche ragione non possano recarsi al Centro, aumentiamo il numero delle nostre visite. Lì, insieme a altri professionisti del comune e del servizio sociale, aiutiamoli a sistemare la casa e a percepire le loro necessità. (testimonianza di professionista durante intervista individuale).*

Fra altri motivi, il lavoro territoriale è importante a causa del presupposto secondo il quale la salute e la malattia si collegano al rapporto che l'individuo ha con il suo ambiente:

*È importante che si studi l'ambiente in cui l'individuo vive, perché in ciò possono essere riscontrati dei fattori stressanti. La combinazione di questi fattori è complessa e un tanto quanto misteriosa, non ci si riesce a conoscerne di preciso la causa. Del resto, non ve n'è uno bensì una serie di fattori rilevanti. (testimonianza di professionista del servizio durante intervista individuale).*

*L'utente si lamenta che la madre controlla i suoi soldi e che al tempo stesso la confonde. Oltre ad aver già parlato con la propria utente, abbiamo agito ugualmente nel riguardo di sua madre. Abbiamo allora individuato che il*

*modo in cui la madre controlla i soldi della figlia, è responsabile per qualche stato confusionale avvertito dalla paziente. L'atteggiamento materno oramai ha procurato all'utente molta confusione ma purtroppo non abbiamo ottenuto risultati proficui quando ne abbiamo parlato con la madre. Discuteremo con entrambe, allora, la possibilità d'istituire un tutore che insieme alla paziente si occupi della gestione dei suoi soldi. (discorso di professionista - osservazione fatta durante riunione d'equipe).*

*Questa persona è giovane e ha molte possibilità di vivere la sua vita, ma le situazioni in cui si incontrava non erano favorevoli. Abbiamo provato a parlare con i suoi genitori, ma non abbiamo ottenuto una risposta adeguata. Non possiamo contare su di loro. Così, abbiamo già parlato con la famiglia e con la persona che si cura presso di noi perché cerchi di abitare in un altro posto. Stiamo vedendo la possibilità di sistemarla in una residenza assieme ad altri giovani. (professionista dell'equipe durante intervista individuale).*

Il (re)inserimento sociale è una prospettiva presente nei procedimenti e nei diversi livelli dell'assistenza, benché ovviamente non abbia voce in capitolo fra tutti i procedimenti del Centro. Gli interventi sono tenuti (incluso il ricovero) in modo a creare la minore distanza possibile fra il cliente e i riferimenti personali che lo privino del convivio sociale e della vita reale in mezzo alla comunità, affinché si riducano così gli effetti che rendono difficile il suo rientro nell'ambito comunitario:

*Qualunque tipo d'intervento fatto da noi non deve essere un fine in se stesso, deve avere invece un'intenzionalità specifica. Tale intenzione va rivolta allo sviluppo della persona, a farla dare un passo in avanti e concreto verso la vita, un progetto di esistenza. L'assistenza cerca di aiutare la gente a trovare il modo di esistere che le sia più soddisfacente. Siamo qui per aiutare ogni singola persona in questa direzione. (discorso di professionista - osservazione fatta durante riunione d'equipe).*

I procedimenti, direttamente collegati all'inserimento sociale, s'iniziano appena la persona sia uscita da uno stato acuto di crisi e desideri realizzarli. Questi interventi sono diretti a creare un effetto pratico nella vita concreta del paziente, come ad esempio, renderlo partecipe del mondo del lavoro; attuare in attività di carattere educativo, culturale, sportivo e ricreativo; o ancora tramite la sistemazione di un'altra dimora. A quanto pare, questo potenziale di cambiamento è un fattore importante per valutare l'adeguamento dei procedimenti del Centro. L'assistenza assume allora il ruolo di una seconda opportunità concessa ai clienti d'incontrarsi con la vita, partendo ormai da nuove basi favorite dal servizio.

Vi sono membri dell'equipe del Centro, responsabili per l'ideazione delle opportunità d'inserimento sociale da parte degli utenti nella comunità, oltre a seguirli lungo il processo.

Così che, ad esempio, un professionista del Centro ha come scopo selezionare dei posti di lavoro, tenendo conto dei bisogni delle aziende/cooperative, del cliente e dell'equipe professionale del servizio.

Nella extra grande maggioranza, le attività culturali e ricreative sono offerte fuori del Centro di Sanità, cioè, in altre istituzioni aperte alla comunità in generale.

*Si devono creare agli utenti, delle opportunità di lavoro, di formazione e di svago nella comunità, avendoci dei buoni rapporti personali e politici. (professionisti dell'equipe durante intervista individuale).*

*Nel momento in cui la persona è stata dimessa dal ricovero, continuerà ad essere seguita da noi. Assieme a lei, stabiliamo un programma con delle attività, dei luoghi dove potrà realizzarle, definendo pure le condizioni necessarie perché si avverino. Cerchiamo di non perdere di vista le necessità della persona, vale a dire, tutto ciò che fa parte dell'esistenza di qualcuno, come ad esempio l'amicizia, il lavoro, il divertimento, la cultura. Durante l'accompagnamento presso il Centro, il quale può essere diario o ambulatoriale, dipendendo dalla necessità di cura della gente, noi valutiamo, modifichiamo e sosteniamo la persona verso la realizzazione di ciò che precedentemente è stato accordato fra di noi. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

In questi termini, i dubbi, le domande, le emozioni e i sentimenti della clientela sono considerati dai professionisti, ma in modo ad avviare, direttamente o indirettamente, un'azione nella vita del soggetto, come è riportato nei brani qui di seguito:

*Cliente: Bene, io non so ancora cosa voglio fare della mia vita perché non procede molto bene. Non capisco i miei genitori, il loro modo di essere. Non so nemmeno di preciso perché sento determinate cose. È difficile spiegare il perché delle cose, capire le loro ragioni. Professionista: Devi riflettere su e dopo aver individuato gli aspetti di cui ti piacerebbe parlarci, penseremo insieme al miglior modo di avviare i tuoi stessi interessi. (osservazione fatta durante conversazione tenuta fra professionista e cliente).*

*Cliente: Io mi sento sola e questo mi angoscia. Professionista: (ascolta la paziente per venti minuti circa, chiedendogliene dei motivi e delle sue preoccupazioni). Cliente: Non voglio restare tutti i giorni in casa da sola, senza poter parlare con qualcuno, senza compagnia (...) Voglio analizzare e capire le ragioni della mia solitudine. Professionista: Anziché fare delle analisi perché non proviamo a trovarti delle alternative? Cosa potresti fare per avere la compagnia di altre persone in certi momenti? Cosa ti piace fare? Paziente: Be'... non lo so... forse posso provarci. Professionista: Facciamo uno sforzo per farti venire fuori, verso azioni nuove,*



*accantoniamo un po' il ripiegarti su di te, sull'analisi (osservazione di dialogo fra professionista e cliente).*

*Quest'utente è molto introversa, si ritira in sé, ma gli piace la bicicletta. Ha paura di andarci da sola (...) Noi le suggeriremo che faccia parte del gruppo che spesso passeggia insieme. (discorso di professionista - osservazione fatta durante riunione d'equipe)*

In conseguenza, la pratica della “terapia della psiche” ha come scopo l’inserimento dell’utente nel quotidiano della vita reale. A quanto pare tale inserimento assistito è un fattore terapeutico, giacché permette una riflessione da parte del cliente rivolta all’ideazione di nuovi e rilevanti progetti di vita.

*L'assistenza non è centrata sulla psicoterapia la quale mette a fuoco l'individuo stesso, bensì si sofferma sulla persona di fronte alle situazioni concrete della vita. Questo è il nostro scopo e così lavoriamo. La psicoterapia va fatta ampiamente. (...) Il punto nodale del lavoro è l'esperienza della gente nella vita concreta. Il confronto della persona con la vita. Tale meta può essere raggiunta in gruppo o individualmente. (professionista del servizio durante intervista individuale).*

#### **4. Conclusione.**

Basandosi sul riferimento etnografico, abbiamo presupposto che il significato - l’interpretazione- che i professionisti hanno attribuito all’assistenza della clientela presso il Centro è stato collegato alla cultura, o meglio ancora come diceva Geertz (1989), ai “sistemi intrecciati di segni interpretabili” del contesto.

Sarebbe possibile proporre questa relazione, tenendo conto dei differenti ambiti della culturale, tuttavia, a tale compito nel presente lavoro, abbiamo selezionato la cultura d’assistenza pubblica alla salute mentale di Trieste, in altre parole, “i sistemi intrecciati di segni interpretabili” di questo contesto. Avendo lo scopo di portare a termine tale compito, abbiamo dovuto riscontrare delle categorie, ossia, dei parametri concettuali che rendessero viabili, in termini teorici, il preteso collegamento.

Il documento intitolato “*La Guida ai Servizi di Salute Mentale*” è stato punto di riferimento rappresentativo - benché parziale - della cultura assistenziale triestina, giacché organizza in modo sistematico una parte importante della proposta fatta dal Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, presentandoci l’organizzazione e la filosofia della rete di servizi.

Fra questo materiale, abbiamo riscontrato che il concetto di **deistituzionalizzazione**, presentato come uno dei principi dell'assistenza triestina, era molto collegato ai risultati dello studio. In questa maniera, tale concetto, nel modo in cui è articolato da Basaglia (1982) e, rivisto posteriormente, da Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), c'è sembrato il più adatto al sostenimento dell'operazione teorica desiderata.

Si tratta di un costrutto complesso una volta che, include l'insieme di procedimenti pratici e teorici del processo che (s)compone l'assistenza psichiatrica triestina e italiana. Tale concetto perciò, è stato parzialmente adoperato, partendo dalla proposta di cambiamento nella forma di utilizzare, all'interno dell'assistenza, dei riferimenti e procedimenti che privino la persona delle caratteristiche inerenti al suo essere, convertirla poi in un "problema" passibile d'abbordaggio senza che si tenga conto sia della persona stessa sia delle sue necessità.

Tale concetto propone un'assistenza in salute mentale che sia

*... rivolta alla ricostituzione delle persone, come soggetti. (...) curare vuol dire occuparsene qui e ora, trasformare i modi di vivere e di avvertire la sofferenza del "paziente", e, al tempo stesso, essere in grado di trasformare la sua vita concreta e quotidiana, la quale alimenta la sofferenza stessa. (Rotelli et al., 1990, p. 33).*

Al che possiamo sostenere di aver riscontrato segni di questo concetto nel prodotto dello studio, dal momento in cui abbiamo tenuto conto, soprattutto dal risalto dato dai professionisti all'incontro, alla decodificazione partecipativa, e all'enfasi sul cambiamento concreto di vita/(re)inserimento sociale della clientela nella pratica e nel discorso sull'assistenza offerta nel Centro.

Per tali soggetti, l'incontro si è definito come la disponibilità del professionista a conoscere la persona assistita, accettando il dubbio e la mancanza di risposte inerenti alla ricerca per capirli. I riferimenti tecnici precedenti -psicologici, psichiatrici, nosografici, fra altri- anche se importanti, sono secondari, ossia, vanno inclusi nell'assistenza senza che si perda di vista il riferimento empirico, anzi, la particolarità e la complessità dell'utente.

Dal canto suo, la decodificazione partecipativa è stata intesa da loro come la ricettività del tecnico a includere diverse fonti d'informazione nel nominato processo d'incontro, vale a dire, il cliente e la sua vita, ritenuti nei piani sociali, affettivo, materiale e politico.

I soggetti, benché valorizzino la persona nell'assistenza, non hanno difeso una prospettiva personalista e di solipsismo della clientela (Lalande, 1999a, 1999b), perché l'assistenza non si limitava a considerare il mondo mentale o comportamentale dell'individuo, giacché l'utente era inteso nel rapporto con la vita concreta.

Disponibile ad incontrare le necessità degli utenti, dimensionate in un vasto scorcio che include il loro ambiente concreto, l'equipe professionale ha definito per l'assistenza la meta di favorire la (ri)costituzione di una vita comunitaria, dal momento in cui riconosce i diritti di cittadinanza degli utenti. Si è trattata di una meta che ha imposto al servizio l'assumersi la responsabilità per l'agire non solo verso il cliente o la sua via, ma anche per istituire dei cambiamenti nell'ambito sociale.

Si conclude allora che quando abbiamo adoperato e messo luce sul concetto di deistituzionalizzazione, c'è sembrato che, la centralità conferita sia alla persona concreta - nella complessa e molteplice relazione con la vita- sia al cambiamento del luogo sociale occupato dagli utenti di salute mentale, all'asilo nei servizi psichiatrici affinché avvenga l'inserimento nella comunità, fosse la via di collegamento fra i principi di assistenza praticata nel Centro studiato ed il contesto culturale assistenziale osservato.