

LA CURA AL CONFINE - *Le relazioni di cura tra incontro e cultura dello scarto*

Seveso - Milano 27 – 29 Ottobre 2016

Sessioni parallele

Aver cura / prendersi cura: ambiti psico-socio-sanitari diversi, proposte possibili

Le sessioni parallele costituiscono parte integrante del convegno, per articolare aspetti specifici di grande rilievo non adeguatamente trattabili nelle plenarie e favorire la partecipazione di tutti.

In ogni sessione, a partire dai temi e dalle domande proposte, vengono presentati gli interventi preordinati. Segue il dibattito, con contributi di operatori che intendono interloquire e comunicare la propria esperienza.

1.

I confini della cura e i bisogni emergenti di salute mentale

Interventi di M. T. Ferla, S. Landra

Coordinamento: P. Soncini, D. Fumagalli

Vi sono situazioni diffuse, a crescente rischio di marginalità e gravate da stigma, oggi emergenti seppur diverse tra loro, come il disagio mentale nei migranti o negli autori di reato, che rappresentano una sfida alla conoscenza e alle possibilità di intervento degli operatori, delle istituzioni, della società.

Oltre all'accoglienza, è tempo di occuparsi della salute mentale dei migranti in termini di cura e assistenza. Recenti fatti e normative sollecitano risposte anche per i pazienti autori di reato, il che tra l'altro richiama il tema della violenza in crescita nella nostra società, del dis-controllo e delle dinamiche relazionali correlate.

In generale la percezione sociale dei due fenomeni è troppo generica e diseducata, tanto che sui migranti prevale il fastidio o la ripulsa e sull'emergenza reati violenti paura, sgomento, colpevolizzazione acritica.

Domande:

- Vi sono esperienze di percorsi specifici di cura e assistenza in favore di migranti con disturbi psichici? E vengono sperimentati interventi di comunità che coinvolgano anche le loro famiglie?
- Quali sono i confini della violenza, agita o subita? Quali problemi di salute mentale individuali e relazionali si evidenziano nella diffusione dei reati violenti, sulle donne, sessuali,...? Vi sono percorsi di cura possibili?

2.

Speranza e domanda di senso: il senso religioso nella cura e nella psicoterapia

Interventi di D. Bellantoni, A. C. Clerici

Coordinamento: S. Parenti, A. Emolumento

Il rapporto tra la psicologia e il cristianesimo è divenuto problematico con la modernità. «Anche se poche volte viene riconosciuto in maniera esplicita, dietro ogni psicologia c'è una concezione dell'uomo che non è di ordine prettamente empirico-scientifica, ma filosofica», ha ribadito il Prof. Martin Echavarria all'ultimo convegno, citando un importante brano di S. Giovanni Paolo II: «La visione antropologica da cui muovono numerose correnti nel campo delle scienze psicologiche del tempo moderno è decisamente, nel suo insieme, inconciliabile con gli elementi essenziali dell'antropologia cristiana». Come cattolici impegnati nella psicoterapia sentiamo l'esigenza di una psicologia, teorica e pratica, che affondi le proprie radici nell'antropologia cristiana e non in altre concezioni. Occorre evitare il rischio di una *scissione*: da una parte l'adesione formale alla vita di fede – attraverso la comunione fraterna, l'accostamento ai Sacramenti, la preghiera – e dall'altra l'adozione di concezioni e strumenti estranei (se non opposti) a quella stessa vita.

Riscoprire *i fondamenti della concezione cristiana dell'uomo* addentrandoci nella proposta educativa formulata da don Giussani, che coniuga l'antropologia tomista con gli accenti della modernità, ha posto in evidenza: il primato della realtà sulle preconcezioni soggettive (realismo vs. razionalismo); il desiderio di felicità insito nell'uomo (cuore e teleologia); la ragione e il giusto rapporto con l'emotività (moralità); l'esperienza come luogo di riconoscimento della verità (oggettività vs. soggettività). Giussani suggerisce che *il senso religioso* sia la forma secondo cui gli interrogativi sul significato delle cose diventano esistenziali, cioè divengono compiutamente domanda di felicità. Essa è insita nell'uomo originalmente, ma viene provocata e suscitata dall'impatto col reale, che spesso sembra non rispondere, o persino negare, la possibilità di una piena soddisfazione. I limiti della realtà – l'impossibile da modificare – avviano prepotentemente le domande del senso religioso. Ogni domanda di cura racchiude una domanda di senso

o di salvezza, come dice il Card. Scola. Una clinica fondata sul senso religioso – e non *solamente* sulla ricerca del benessere, o del potenziamento, o della catarsi, ecc. – può attuare nella prassi le premesse teoriche di una sana antropologia ed al contempo ricucire la frattura tra la psicologia e la vita di fede.

Il tema della speranza e della domanda di senso religioso nella cura assume grande interesse anche rispetto al punto di osservazione dei cappellani ospedalieri, come dimostra la ricerca condotta all'Istituto Nazionale Tumori di Milano da don Tullio Proserpio. Lo studio evidenzia una correlazione determinante tra speranza e qualità della vita e della cura in un contesto oncologico, mostrando un nesso non sempre evidente: dalla ricerca emerge infatti che, oltre alla componente clinica, psicologica e sociale, anche quella religiosa e spirituale assume un ruolo cruciale nella configurazione della speranza come fattore determinante tanto nella relazione con i *caregivers*, quanto nella tenuta delle relazioni affettive, quanto nel miglioramento complessivo dell'efficacia di quella cura.

Domande:

Come emerge il senso religioso in terapia? In che modo accedere ed intervenire a tale livello nell'ambito professionale? Quali modifiche produce all'abituale *modus operandi* col paziente?

In che modo fattori extraclinici come la dimensione spirituale o, più esplicitamente, la fede e la preghiera alimentano la speranza e interagiscono con il percorso delle cure del paziente?

3.

Dal dolore alla speranza. La cura della comunità: soggetti, famiglie, lavoro di rete

Interventi: A. Bonomi, R. Pinto, D. Storri. Contributi: M. Gualteroni, E. Buratti

Coordinamento: T. De Grada, M. Ballantini

L'esperienza soggettiva del dolore è profondamente influenzata dal mondo delle relazioni del soggetto, sia di quelle più intime, familiari e amicali, sia di quelle più ampie della comunità sociale di cui fa parte.

La capacità di attivare le risorse e strategie personali per l'elaborazione, l'affronto e l'integrazione dell'esperienza del dolore e del limite nel contesto della vita del soggetto dipende in modo decisivo da come l'intera comunità percepisce e considera, attribuisce o meno valore alla vicenda, a come mobilita esperienze di solidarietà e di integrazione, assegna le risorse necessarie.

Giocano qui un ruolo di primo piano fattori di ordine educativo e culturale: pensiamo, ad es., all'enorme influenza dello stigma sociale riguardo alcune condizioni patologiche (mentali, ma non solo) nel determinare non soltanto un ulteriore peso di infelicità e solitudine nelle persone ma a limitare la possibilità di accedere a cure efficaci.

Al contrario, si verificano esperienze in cui la comunità si configura come una vera e propria cura, cioè un fattore decisivo per una comprensione e un cambiamento della condizione di sofferenza personale, come ad esempio nell'auto-mutuo aiuto e nel supporto fra pari. Anche l'elaborazione di programmi di sensibilizzazione, di educazione sanitaria o di prevenzione spesso si fonda su esperienze di comunità.

- In che modo la comunità (le relazioni) gioca un ruolo nell'affronto della sofferenza da parte delle persone?

- Come evolve questo ruolo nel nostro tempo? Quali azioni culturali ed educative utilizzare per valorizzarlo?

L'esigenza di approfondire il tema dei legami familiari e di rete sociale nelle relazioni di aiuto e di cura, frutto di esperienze vissute, suggerisce ulteriori domande.

Qual'è l'importanza della famiglia nel percorso di cura e con quale modalità di rapporto e coinvolgimento?

Quali strumenti e metodi possono essere utili per consolidare le competenze dei familiari e renderli soggetti nell'alleanza terapeutica?

La funzione essenziale delle reti naturali: in che modo la famiglia entra nella rete e crea rete?

Il familiare formato aumenta la conoscenza dell'esperienza di malattia, che diventa sapere condiviso da comunicare in una rete attiva, organizzata, aperta alla cittadinanza: un'assunzione di responsabilità?

Quando riconosci nell'altro la positività di un'accoglienza, di una possibilità di cambiamento, di un fattore di speranza, sei a tua volta disponibile ad allearti con lui e a renderti attivo nell'operare e comunicare. Una dinamica di gratitudine è possibile? Come ha inizio questa reciprocità? All'opposto, quali sono i fattori di inefficacia della rete?

4.

Riabilitazione ed età della vita, tra assistenza e cura: paziente e integrazione

Interventi: A. Pellegrini, P. R. Cavalleri. Contributi: A. Colombo

Coordinamento: D. D'Onofrio, S. Zini

I. Usiamo il termine “**riabilitazione**” per indicare una serie di processi complessi, che – per rispondere a bisogni molto diversi fra loro – applichiamo a situazioni eterogenee che incontriamo nelle differenti età della vita. Ciò che lega tra loro i vari processi riabilitativi è lo **scopo** che ciascuno di essi si prefigge: condurre il soggetto – per quanto possibile – all’**acquisizione** o alla **ri-acquisizione di competenze e abilità** che gli altri soggetti, generalmente, posseggono, mentre essi **non sono riusciti ad acquisire spontaneamente o le hanno perse**.

II. I processi riabilitativi si situano sempre **al confine della cura**, perché **seguono o precedono l'intervento più strettamente terapeutico: lo seguono per completarlo**, attraverso l'ingaggio attivo del paziente, o **lo precedono per renderlo possibile**, perché la terapia è condizionata dal sorgere, nel soggetto, di una domanda di cura la cui presenza non è scontata.

Vi è anche un altro senso che ci induce a porre la riabilitazione al confine della cura: essa, infatti, oltrepassa lo spazio chiuso e perfino sterilizzato che prevede le due sole posizioni del curante e del curato, e **si gioca**, invece, **nel campo aperto che sta in continuità e contiguità con gli spazi e le presenze della vita quotidiana**, con la complessità comportata dalla contaminazione tra i differenti mondi a cui il soggetto ugualmente appartiene, ciascuno portatore di proprie e specifiche esigenze che, nel processo riabilitativo, si incontrano o si intersecano.

III. Trattandosi di un processo – ossia di un percorso che non si compie istantaneamente, ma che richiede tempo – **ogni pratica riabilitativa mette in gioco almeno due fattori**: il **primo**, specifico per ciascuna di esse, consistente nel **lavoro su una o poche funzioni tra loro collegate, il cui miglioramento costituisce il target**, in qualche modo misurabile, dell'intervento; il **secondo**, comune a tutte, consistente nel **rintracciare, attivare e sostenere**, in ciascun potenziale candidato, **la motivazione ad investire le proprie energie** nel percorso che viene proposto e a mantenerle per tutto il tempo occorrente.

IV. Nel Convegno in cui si incontrano operatori del campo cosiddetto “psico-sociale”, questa sessione vuole costituire un'occasione per **riflettere sulle pratiche riabilitative** che condividono il fatto di essere **rivolte a soggetti in cui è la stessa motivazione che deve essere ri-abilitata**, affinché il target specifico di ciascun percorso riabilitativo possa essere raggiunto.

Domande:

- a. La riabilitazione dei bambini con disabilità motorie, cognitive e psichiche implica necessariamente la *restitutio ad integrum* oppure lo scopo preminente consiste nell'aiutare questi bambini e i loro genitori a vivere la condizione di disabilità e nell'aiutarli a scoprire come viverla?
- b. Qual è il ruolo dei familiari nella riabilitazione dei minori?
- c. La disabilità psichica (dgs, autismo) richiede un approccio differente da quello richiesto per condurre il lavoro riabilitativo nel caso degli altri tipi di disabilità (sensoriale, motoria)?
- d. Come porre l'intervento riabilitativo quando la domanda di trattamento non è avanzata dal soggetto, ma è sostituita dal mandato sociale (ad esempio: l'ordinanza di un magistrato)?
- e. Come è possibile coinvolgere nel lavoro riabilitativo un soggetto che apparentemente non avverte il peso di una disabilità, il desiderio di acquisire una competenza o l'esigenza di cambiare?
- f. Come trovare l'equilibrio tra la visione della riabilitazione come applicazione di procedure standardizzate, validate su grandi numeri, e la personalizzazione dell'intervento finalizzata ad ingaggiare il singolo soggetto nel percorso che a lui è possibile?

5.

Che cosa sostiene l'operatore? Ricchezza dello “scarto”. Le cronicità, il territorio, il case manager

Interventi: F. Bastiani, C. Caron, C. Moro

Coordinamento: P. Marengo, A. Cozzi

Nella sessione vengono ripresi i tre passaggi fondanti del convegno in termini esemplificativi, come

esperienze dialogabili: la relazione di cura come incontro significativo con l'altro, la ricchezza dello scarto e il fatto che tali relazioni avvengono nello spazio e nel tempo (cronicità e territorio). Contributo personale dall'esperienza di 40 anni di cura dei pazienti leucemici per i quali ho organizzato il Centro trapianti Midollo dell'Ospedale di Niguarda. L'esito non basta a compiere la mia vita come la terapia non basta alla cura del malato. L'origine di questo è la differenza umana: chi cura e chi è curato è portatore di un Desiderio che il limite rilancia; perciò senza tentare nella relazione di cura di condividere una ricerca di significato, manca la soddisfazione. La fatica allora appare insostenibile: quello che provoca e sostiene è la variegata straordinaria umanità dell'altro nel momento drammatico e intenso della malattia. Questo si è tradotto anche in un modo di formare, di accreditare, e di organizzare il reparto, l'équipe e il percorso per il malato. Tutto questo non finisce alle porte dell'ospedale ma prosegue sempre più sul territorio.

- L'incontro con l'altro nel bisogno e la sua positività: nello scarto la ricchezza, componente importante dell'interesse clinico-assistenziale.
- Il ruolo di questi fattori nel formare e sostenere l'operatore.
- L'evoluzione cronica è sempre più frequente: le malattie diventano un percorso di cura.
- La medicina personalizzata: importanza del soggetto, delle sue caratteristiche (quindi non solo della sua malattia) e del suo contesto nella proposta del suo percorso di cura e di assistenza (care giver).
- L'attenzione si sposta al territorio: dove si possono integrare Medicina Generale, assistenza, servizi socio-sanitari e case manager di comunità.

Domande:

- Cosa ha più importanza nella tua esperienza nell'incontro con l'altro nel bisogno?
- Come si traduce nella concretezza del gesto clinico-assistenziale?
- Cosa percepisci come sostegno nella durezza e drammaticità del lavoro?
- Come tenti di riproporlo ai colleghi in formazione?
- Con quale criterio rimodelli continuamente la cura, l'organizzazione e i luoghi della cura?

6.

Adolescenti e giovani: l'incontro con un paradigma cambiato

Interventi: L. Micheletti, A. Marazza, L. Savignano

Coordinamento: E. Monzani, M. Marzorati

Le conoscenze epidemiologiche più recenti confermano che tutti i disturbi mentali, in particolare i disturbi mentali gravi, insorgono e si sviluppano in modo progressivo, lento e a volte aspecifico in una fascia di età collocabile tra i 12 e i 25 anni. Proprio tale fase della vita sembra essere scarsamente presidiata dai Servizi, apparentemente poco attrezzati concettualmente e metodologicamente a riconoscerne ed affrontarne la complessità e gli aspetti sfuggenti. Tale situazione di incertezza costituisce un nodo per i professionisti, gli operatori e per i Servizi di salute mentale, siano essi dedicati agli Adulti o all'Infanzia e all'Adolescenza.

Nella sessione verrà affrontato il tema dell'espressione psicopatologica e comportamentale del disagio in questa fascia di età, anche riguardo alla violenza agita, attraverso dati epidemiologici, la fenomenica connessa e i suoi possibili determinanti.

Il focus sarà successivamente spostato sul come la mancanza di un futuro come promessa arrestita il desiderio nell'assoluto presente.

Domande:

Come l'incontro con l'altro, in diversi contesti e percorsi di cura, può riaccendere il desiderio nei giovani con disagio mentale?

Oltre al desiderio dell'adolescente, cosa riattiva i loro familiari, cosa ne permette una ripartenza?

Quale aiuto la rete familiare e amicale dovrebbe ricevere e a sua volta potrebbe dare?

Quali sono i fattori salienti di un intervento integrato volto al contenimento e alla prevenzione dei disturbi psichici, anche con comportamenti di dipendenza patologica e/o con manifestazioni violente, in questa particolare utenza?