

Resoconto il caso della signora Z. con l'obiettivo di analizzare la risposta organizzativa di diversi servizi sanitari che si interfacciamo con una utente in cui domanda di cura, problematiche di convivenza, simbolizzazioni ambivalenti si intrecciano fino a confondere i piani degli interventi .

Il vertice della mia osservazione e dell'intervento psicologico-clinico effettuato è un incarico a tempo determinato da dirigente psicologo presso la Asl di Taranto.

Incontro per la prima volta la signora Z. nel 2015 quando ero all'inizio del mio incarico da dirigente psicologo presso il SPDC della città: giungeva accompagnata dal 118 che era stato attivato da una vicina di casa allertata dalle urla della sua vicina.

*Un problema che potremmo definire "di convivenza" veniva affidato alla Sistema Sanitario tramite il canale dell'urgenza.*

Z. viveva da sola in una casa di proprietà di un paese del tarantino, era nota da molti anni al Centro di Salute mentale del territorio che si recava a casa sua quasi quotidianamente. Le visite erano visibili al resto della comunità che identificava la signora come una donna bizzarra e paziente in carico alla psichiatria: in quella circostanza il 118 si era recato in soccorso della signora e aveva scambiato quella che poi si sarebbe accertata essere una grave crisi respiratoria per un problema psichiatrico: "crisi di agitazione psicomotoria" fu la rapida valutazione per cui le avevano somministrato un forte calmante e la avevano portata direttamente nel reparto di psichiatria senza passare dal pronto soccorso, cosa che sarebbe accaduta per qualsiasi cittadino con un problema acuto da indagare meglio. Accolta in SPDC con un vissuto di emergenza, la sua situazione si era rivelata esplosiva per la donna e per il reparto: la signora in piena insufficienza respiratoria necessitava di procedure di rianimazione che il SPDC con i suoi mezzi stentava a fornire. Si era dunque verificata quella che è una delle situazioni più disperanti per l'organizzazione sanitaria: *il rischio di un decesso nel momento dell'accesso al servizio sanitario*. In quella circostanza ricordo di aver osservato un risveglio della vocazione medica del reparto di solito sopita o avviluppata entro la retorica della cronicità: tutti gli infermieri avevano contribuito negli interventi utili per sostenere il mantenimento delle funzioni vitali della paziente con una assistenza 24h su 24 mentre i medici si erano adoperati con forza ad adottare procedure di rianimazione e infine ottenere un più adeguato ricovero nel reparto di rianimazione. Trattenendomi oltre i miei orari di lavoro avevo osservato che mentre la signora era in uno stato soporoso gli infermieri e in particolare una del gruppo che era considerata la più cinica, la accudivano con dolcezza e si commuovevano per lei. Poi una volta risvegliatasi, in disparte per non intralciarli, avevo ascoltato il frammentato discorso della paziente, che coerentemente col modo di funzionare inconscio della mente, si esprimeva in dialetto e in inglese, passava dal presente al passato, sostituiva le persone che aveva intorno con persone della sua vita passata.

Dopo qualche giorno la paziente ebbe il trasferimento nel reparto di rianimazione, uscì dalla crisi e appresi in seguito del suo ritorno al domicilio in paese.

La reincontrai mesi dopo nel suo territorio di appartenenza. Nella mia posizione di dirigente a tempo determinato ero soggetta a spostamenti entro il DSM in base alla carenza di personale e in quel periodo avevo un incarico presso un paese della provincia di Taranto

Z. era già utente del CSM da molti anni: gli operatori del Servizio avevano costruito con lei un rapporto confidenziale, non l'avevano mai diagnosticata secondo le classiche categorie

psichiatriche (coerentemente con un approccio di psichiatria democratica che caratterizzava l'identità del gruppo di lavoro), ed effettuava con lei interventi prevalentemente di tipo assistenziale. Uno degli assunti che caratterizzava questo metodo nato nel contesto della legge Basaglia era che il reinserimento di un paziente entro il suo contesto sociale era di per sé terapeutico. *Chi e come si dovesse occupare del rapporto tra la persona e la comunità era una domanda che mi aleggiava in mente e di cui tentavo di occuparmi.* La signora era nota in tutto il paese perchè gridava dalla sua casa continuamente richieste di aiuto per poi maltrattare e cacciare via i soccorritori di ogni tipo in particolare gli psichiatri. Gravemente ipovedente, aveva avuto un trascorso da alcolista, molti mariti e una vita assai irrequieta. Il CSM parlava spesso di lei in riunione, la categorizzava come una persona teatrale ed effettuava giornalieri interventi di cura e sostegno concreto alle sue esigenze e anche pretese bizzarre.

In una di queste visite domiciliari un medico del CSM, anche avvalendosi del mio punto di vista "estraneo" al gruppo di lavoro, decise di ricoverala in medicina per effettuare dei controlli sulla sua salute da un punto di vista organico. Ebbi la sensazione, confermata in seguito che il medico volesse condividere la responsabilità di un'azione (il ricovero in medicina) considerata valorialmente sbagliata entro il gruppo di lavoro.

In ospedale, che la paziente mise a ferro e fuoco con le sue richieste e le sue proteste, emerse un complesso quadro organico, per cui, dopo una iniziale fase di stabilizzazione delle acuzie, la paziente fu inserita suo malgrado in una RSSA per gestire le complicazioni collegate ai danni organici molti dei quali derivavano dall'uso di alcol e tabacco.

Lì, in sei mesi, la signora Z. sembrò trovare un po' di pace dalla sua angoscia, migliorò nei sintomi fisici e riuscì a portare la sua personalità impetuosa rivitalizzando gli anziani del centro. In una di quelle visite la sentii per la prima volta chiamare il suo psichiatra "dottore" e non più "signore" come era solita fare con la voce piena di disprezzo.

Avevo osservato come Z. evocasse emozioni molto forti negli altri: paura di un pericolo imminente, rifiuto e abbandono che provocava lei stessa maltrattando gli interlocutori. In me evocava simpatia e in particolare dalla posizione del mio limite, quello del precariato entro una istituzione forte, mi sentivo di colludere col suo vissuto di impossibilità ad appartenere ad un luogo o ad un contesto. Dai bordi dell'istituzione in cui mi trovavo mi sembrava di riuscire ad avvicinarmi ai bordi delle sue emozioni.

Il gruppo di lavoro del CSM, che metodologicamente era contrario all'Istituzionalizzazione dei suoi utenti, viveva molto male questo inserimento e non si dava pace. A quel punto mi tornarono utili le cose che avevo ascoltato in ospedale e provai a parlarne in una riunione; Z. raccontava frammenti della sua infanzia: essendo ipovedente aveva sempre avuto una insegnante di sostegno che era il suo ricordo più bello. Insieme alla sua gemella era nata a Londra dove i genitori pugliesi si erano trasferiti per il lavoro del padre, che era rimasto invalido mentre lavorava in fabbrica. La madre era morta per le conseguenze del parto. L'uomo, che probabilmente non riusciva a gestirle, era solito legarle ad un albero nel giardino. Il vissuto in cui coesistevano con la stessa forza il bisogno dell'altro e il rifiuto degli aspetti più costrittivi dei legami continuavano a rivivere nella sua vita e, con la collusione emotiva degli operatori, si reificava l'impossibilità per lei di essere vista e di occupare un posto nel mondo.

In questa struttura del privato sociale si occupavano di lei O.SS. e volontari rimanendo affascinati dalla capacità di Z. di riemergere dalle sue difficoltà.

Dopo qualche mese morì per le complicazioni delle sue patologie. In effetti prima di morire fu trasferita in un ala della RSSA dove si trovavano pazienti più autonomi: sembra che Z. non tollerò il trasferimento e angosciata riprese in breve dei comportamenti autodistruttivi che accelerarono le complicanze del suo già compromesso stato organico.

Una funzione psicologica pensata che non collude con fantasie onnipotenti di cura o impotenti di evitamento delle emozioni ha permesso una parziale presa in carico dei rapporti tra l'utente e i servizi sanitari e forse ha permesso alla signora di poter essere vista e di sostare entro un pensiero di qualcuno interessato a lei.