



Unione europea  
Fondo sociale europeo



**MINISTERO DEL LAVORO  
E DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

Direzione Generale per le Politiche  
per l'Orientamento e la Formazione



**Regione Lombardia**



iniziativa  
comunitaria



territori per la salute mentale

# **SALUTE MENTALE NELLA COMUNITÀ**

## **Percorsi di inclusione sociale nel distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese**

**a cura di  
Davide Motto,  
Sidartha Canton,  
Cristina Bosis**

**FrancoAngeli**







# **SALUTE MENTALE NELLA COMUNITÀ**

**Percorsi di inclusione  
sociale nel distretto  
di Sesto San Giovanni  
e Cologno Monzese**

**a cura di  
Davide Motto,  
Sidartha Canton,  
Cristina Bosis**

**FrancoAngeli**

Realizzato con il contributo del progetto Equal “Territori per la Salute Mentale”  
Programma di iniziativa Comunitaria Equal II fase – IT-G2-LOM-034

L'immagine in copertina è un LAVORO CORALE del Libero atelier di attività espressive di Cologno  
Monzese. Acrilici su tela, realizzato proiettando ombre di sagome ritagliate, cm 200 x cm 150.

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate nel sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

*a Giuseppe*



## INDICE

<b>Presentazioni</b>	pag.	11
Salute mentale e territori, una scommessa vista dal privato sociale no profit, <i>di Riccardo De Facci</i>	»	11
Considerazioni sul progetto Equal, <i>di Michele Stuflessner</i>	»	14
<b>Introduzione</b>	»	21
Territori per la Salute Mentale, <i>di Davide Motto</i>	»	21
<b>1. Territori socialmente responsabili</b>	»	25
1.1. La salute mentale nella comunità, <i>di Davide Motto</i>	»	25
1.2. Riferimenti culturali e legislativi, <i>di Davide Motto</i>	»	27
<b>2. La salute mentale in Lombardia: differenti punti di vista</b>	»	31
2.1. I servizi territoriali, <i>intervista a Edoardo Re, Associazione OpLA, a cura di Sidartha Canton</i>	»	31
2.2. Salute mentale in Lombardia: alcuni spunti di riflessione, <i>di Eugenio Riva, URASaM</i>	»	48
2.3. Liberismo e mito della libertà di scelta: il caso Lombardia, <i>di Luigi Benevelli, Forum Salute Mentale Lombardo</i>	»	53
<b>3. Il distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese</b>	»	70
3.1. Il contesto locale, <i>di Davide Motto</i>	»	70
3.2. I servizi di salute mentale. Alcuni macroindicatori epidemiologici, <i>di Ludovico Culicchia</i>	»	75
3.3. La programmazione partecipata, <i>di Andrea Pellegrino</i>	»	79
3.4. La rete territoriale, <i>di Davide Motto</i>	»	83
3.5. Il punto di vista dei familiari: l'associazione Tartavela, <i>a cura del gruppo familiari di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese</i>	»	85
3.6. Il gruppo "Spazio alle Idee", <i>a cura di Antonella, Luca, Giuseppe, Luigi C., Filomena, Caterina, Luigi S.</i>	»	90

<b>4. Il Manuale</b>	pag.	93
4.1. L'applicazione del Manuale nel Distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, <i>di Davide Motto</i>	»	93
4.2. Il report finale dei visitatori, <i>di Guido Corona e Sergio Vergallito</i>	»	95
<b>5. Supporto territoriale e socialità</b>	»	106
5.1. La crisi del legame sociale, <i>di Davide Motto</i>	»	106
5.2. Reti sociali e tempo libero, <i>di Sidartha Canton</i>	»	108
5.3. La dimensione del gruppo, <i>di Cristina Bosis</i>	»	111
5.4. Il progetto "Salute Mentale nel Territorio", <i>di Giovanni Pomati</i>	»	118
<b>6. Abitare: un'opportunità per tutti</b>	»	129
6.1. I termini del "problema", <i>di Cristina Bosis</i>	»	129
6.2. Lo sviluppo della residenzialità leggera in Lombardia, <i>di Eugenio Riva</i>	»	133
<b>7. Lavorare perché?</b>	»	138
7.1. Il contesto lavorativo nel distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, <i>di Sidartha Canton, Cristina Savino</i>	»	138
7.2. La declinazione dei percorsi lavorativi nel progetto Equal, <i>di Sidartha Canton</i>	»	139
7.3. Cronaca di un episodio, <i>di Luca Ducceschi</i>	»	144
7.4. Le opportunità, <i>di Sidartha Canton e Cristina Savino</i>	»	146
7.5. Il progetto START, <i>di Claudio Palvarini</i>	»	149
<b>8. Fare cultura (dal basso)</b>	»	152
8.1. Nella scuola contro il pregiudizio, <i>a cura del gruppo Tartavela di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese</i>	»	152
8.2. L'esperienza di Wurmkos – Sesto San Giovanni, <i>di Claudio Palvarini</i>	»	153
8.3. Il libero atelier di attività espressive – Cologno Monzese, <i>di Laura Tonani</i>	»	157
8.4. Ultima fermata Pechino? <i>di Sidartha Canton</i>	»	162
8.5. Una mostra sull'abitare, <i>di Giovanni Pomati</i>	»	168
<b>9. Brevi considerazioni conclusive</b>	»	169
9.1. Informare, <i>di Davide Motto</i>	»	169
9.2. Il "fare-assieme", <i>di Davide Motto</i>	»	170
<b>Allegati</b>	»	173
Allegato 1. Accordo di programma sulla salute mentale	»	175
Allegato 2. Protocollo abitare e residenzialità	»	182

Allegato 3. L'associazione Tartavela, <i>a cura del gruppo di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese</i>	pag.	186
Allegato 4. Il gruppo "Spazio alle Idee"	»	187
Allegato 5. La cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, <i>a cura di Davide Motto</i>	»	188
Allegato 6. La Carovana Itinerante, <i>a cura di Sidartha Canthon</i>	»	191
Allegato 7. Il "Gruppo Equal" del Distretto di Cinisello Balsamo, <i>a cura di Maddalena C., Annamaria C., Gianluca C., Alessandro De P., Stefano F., Michele G., Valerio M., Gesualda M., Antonella P.</i>	»	194
Allegato 8. Accordo organizzativo sulla Salute Mentale, di Corsico	»	197
Allegato 9. Il Libero Atelier di attività espressive, <i>a cura di Laura Tonani</i>	»	200
<b>Bibliografia</b>	»	203
<b>Gli autori</b>	»	205



## PRESENTAZIONI

### **Salute mentale e territori, una scommessa vista dal privato sociale no profit**

Sono passati trent'anni da quel 13 maggio 1978 che portò alla decisione della chiusura dei manicomi in Italia tra discussioni forti e violenti scontri ideologici.

Un elemento ci sembra all'oggi universalmente ormai assodato pur nel permanere di alcune aree di dubbio e discussione, l'OMS stesso l'ha più volte ripreso nei suoi documenti, cioè quanto sia stato importante e rivoluzionario riconoscere al malato di mente un diritto di vera cittadinanza strappandolo alla primaria categoria del pericolo sociale su cui molti degli interventi erano stati organizzati.

Il lavoro da fare è ancora molto, sia nella qualità delle offerte, che nella vera applicazione della legge, ma permetteteci di poter affermare oltre le celebrazioni ed i ricordi, di sentirci come cooperativa Lotta contro l'Emarginazione, figli fieri di una importante scelta di libertà e di civiltà.

Questa affermazione acquista ancor più valore in questo contesto, cioè alla chiusura di questa sperimentazione Equal, che ci sembra abbia tentato di incarnare alcuni dei presupposti della legge "Basaglia".

La scommessa di base del progetto è stata proprio quella di provare a coniugare il problema della salute mentale di alcuni con il loro diritto ad una abitazione, ad un lavoro e ad una vita di socializzazione e relazioni al meglio possibile, tramite il forte coinvolgimento e la responsabilizzazione delle diverse componenti della rete sociosanitaria locale, nel profondo rispetto delle condizioni individuali e delle varie fasi di vita.

Una progettazione che si è sviluppata, sul territorio del Distretto di Sesto San Giovanni e Cologno Monzese, in un contesto già molto impegnato a cercare, sperimentare e sviluppare percorsi diversificati di cura, accoglienza, accompagnamento socio relazionale e inclusione attraverso un significativo lavoro tra enti e realtà molto diverse.

La logica ispiratrice e secondo noi vincente anche su questo territorio del progetto “Territori per la salute mentale” è stata da subito l’ingaggio complessivo di un sistema vario ed eterogeneo per competenze, funzione e ruoli. Un sistema che ha compreso un servizio pubblico di psichiatria pienamente ingaggiato, con un ente locale direttamente già attivo con alcuni progetti sulla salute mentale territoriale e un privato sociale no profit forte, radicato e innovativo. Un privato sociale in cui è stato presente sia un forte associazionismo che rappresentava i familiari e gli “utenti” insieme ad una cooperativa come la “nostra” ormai storica in questo settore, con i suoi quasi 30 anni di sperimentazione, sviluppo e gestione di progetti e servizi sulla salute mentale.

Ci sembra utile ora riprendere alcune specificità del progetto per poterne ancor più apprezzare punti di criticità e di forza soprattutto nella prospettiva delle eredità e delle domande che le azioni realizzate ci consegnano.

Un primo tema è stato quello del rapporto tra privato e pubblico nella gestione comune di una funzione pubblica di salute e tutela.

Le domande complesse ed articolate che le persone seguite portavano si sono potute affrontare ed in parte risolvere o riscrivere nella loro gravosità, prioritariamente per una decisiva riscrittura del rapporto tra enti e competenze diverse (Aziende Ospedaliere, Asl, Comuni, Cooperazione e Associazionismo) a partire da un non scontato reciproco riconoscimento forte delle varie professionalità, competenze, motivazioni e disponibilità. Un privato sociale forte che da subito ha messo in campo voglia e capacità di vera pari titolarità in una logica complementare di lavoro, relazione e responsabilità ha incontrato e confrontato un servizio pubblico professionalmente preparato e disponibile a riscrivere insieme modelli, percorsi e rapporti. Non tutto è stato semplice anche considerando un sistema regionale della salute fortemente segnato da approcci a forte orientamento aziendalista ed economista in cui il ruolo del privato sociale descritto sembra prioritariamente quello di essere competitivo se non addirittura sostitutivo del pubblico servizio. Tutto ciò non è mai entrato invece in una cogestione progettuale, ar-

ticolata e talvolta vivace ma capace di riconoscere forze e titolarità diverse verso obiettivi di salute individuale e pubblici condivisi e nuovi.

Un ulteriore tema principe del progetto realizzato, è stato uno sforzo sostanziale e continuo durante tutto il suo sviluppo per la valorizzazione del ruolo attivo e della responsabilità forte dell'“utente” nella costruzione dei suoi percorsi di cittadinanza. Un approccio orientato verso una vera responsabilizzazione della persona, in cui si è sempre privilegiata la visione di un cittadino che nella consapevolezza delle sue vulnerabilità veniva continuamente stimolato alla promozione delle proprie, se pur talvolta ridotte, competenze e stimolato verso concrete e importanti scelte evolutive di tipo socio-relazionale. In questo sforzo è stata decisiva l'integrazione e il confronto continuo tra competenze e interventi diversi tra clinica e famiglia, tra socializzazione e cura sanitaria o tra autonomia, lavoro e interventi sanitari.

Per concludere ci sembra importante ricordare come il progetto ci consegna anche alcune domande che ritroverete nello sviluppo del progetto ed a cui è impossibile sottrarsi.

Un primo elemento è stata la percezione di una straordinarietà di risorse e investimenti che il progetto Equal ha messo in campo che difficilmente potranno trovare continuità e sviluppo in un sistema estremamente bloccato nella sua capacità di innovazione e investimento malgrado i significativi risultati raggiunti e la qualità dei percorsi realizzati sia in una prospettiva individuale che sociale.

Una seconda criticità è rappresentata dal modello organizzativo che il progetto ha sperimentato, portando professionalità e competenze diverse ad un confronto continuo e approfondito che è stato estremamente apprezzato ed utile ma che rischia, se non riorganizzati *ad hoc*, di rimanere solo episodica sperimentazione di un modello territoriale di gestione condivisa dei casi e delle progettazioni.

Per ultimo di questa sintesi ci sembra utile consegnare l'importanza assunta dalla reciproca valorizzazione che i vari servizi e le diverse professionalità territoriali hanno avuto tra loro, con la costruzione di progettazioni e risposte complesse ed articolate fortemente integrate tra di loro, in cui la diversificazione delle proposte e delle opportunità è stata innovazione decisiva e proposta evolutiva del sistema e delle persone coinvolte.

Come privato sociale non possiamo che rilanciare le proposte e le sperimentazioni realizzate dal progetto Equal verso un ripensamento forte

dell'attuale sistema delle offerte e delle risposte soprattutto alla luce dei risultati importanti raggiunti.

*Riccardo De Facci*  
presidente cooperativa Lotta contro l'Emarginazione

### **Considerazioni sul Progetto Equal**

Il Progetto di iniziativa comunitaria Equal per favorire l'inserimento lavorativo di soggetti affetti da disturbi psichici, costituisce anche a Sesto San Giovanni un esempio della collaborazione ormai lunga tra servizi psichiatrici, enti locali, cooperative ed associazioni del privato sociale.

Non intendo soffermarmi sui contenuti, il significato e la portata del progetto, quanto formulare alcune riflessioni concernenti la collaborazione e il dialogo per molti aspetti "nuovo" tra terzo settore e servizi psichiatrici circa il reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici sperimentando nuovi percorsi di integrazione, nuove opportunità.

Il riferimento al nuovo Piano Regionale per la Salute Mentale (2003 – 2005) è d'obbligo proprio perché delinea un modello di approccio alla patologia psichiatrica innovativo che riorganizza sul piano clinico-organizzativo i percorsi di cura coinvolgendo in essi vari soggetti istituzionali (Asl, Enti Locali, Dipartimenti di Salute Mentale, Medici di Medicina Generale, altri soggetti erogatori accreditati).

Le sfide che ci attendono sono tante; sappiamo come a parità o anche diminuzione di risorse, ci troviamo a dare risposte ai bisogni complessi ed articolati dei nostri pazienti, che non possono certo essere affrontati con strumenti esclusivamente tecnici.

È inevitabile di fronte alla patologia psichiatrica specie se grave orientare i nostri interventi verso un approccio bio-psico-sociale integrato che tenga conto ovviamente anche delle necessità di bilancio delle aziende ospedaliere. Tutto questo può tradursi in livelli di scontento, tensione e conflitto fra operatori che possono sentirsi insufficientemente tutelati e presi in considerazione.

Infatti una delle prime domande che ci potremmo porre oggi è: cosa vuole dire fare lo psichiatra oggi, quale la sua identità professionale nel

nuovo contesto, quali le possibili ripercussioni sul modo di operare in psichiatria?

Allo psichiatra e all'operatore psichiatrico in genere è stata sempre richiesta in passato una prevalente competenza clinico-riabilitativa, una capacità di rivolgersi al mondo intrapsichico e relazionale del paziente, al contesto familiare e sociale in cui vive ed opera.

Oggi il contesto legislativo, politico-organizzativo è cambiato; l'operatore è alle prese con riferimenti diversi come gli obiettivi aziendali, la necessità di contribuire all'equilibrio di bilancio dell'azienda ospedaliera, l'efficacia, l'efficienza, l'EBM, l'attività di valutazione e di verifica dell'attività, che possono tendere a disorientare l'operatore. Il confronto con un modello "aziendalista", in cui il versante economico-*budgetario* appare centrale, pone talvolta un'enfasi eccessiva sulla quantità delle prestazioni svolte, l'imposizione di vincoli, l'aumento di adempimenti burocratico-amministrativi possono finire per sostituirsi all'attenzione clinica.

Non si tratta di rigettare un modello che ha degli indubbi meriti come quello di aver responsabilizzato il terapeuta e l'operatore psichiatrico non solo sugli aspetti eminentemente clinico-terapeutici dei nostri servizi, ma anche sui vincoli organizzativi, sulla necessità di coniugare qualità e contenimento dei costi.

Il Piano, ispirandosi a principi di sussidiarietà, pone inoltre una grande attenzione alla funzione innovativa del privato sociale, valorizzandone la capacità di creare "imprese sociali" piuttosto che la vocazione specifica a rispondere a bisogni sociali quali l'abitare, il tempo libero, il lavoro.

Del resto è opinione diffusa che la complessità e la multifattorialità dei bisogni dei pazienti psichiatrici è spesso tale da non trovare risposte adeguate unicamente all'interno dei servizi sia per la loro intrinseca natura istituzionale che per la limitatezza delle risorse.

È in questo senso che viene incoraggiato il ricorso al lavoro di rete, alla funzione di supporto sociale e risocializzazione della rete naturale.

La realtà della cooperazione e dell'associazionismo entrano così a far parte integrante dell'attività terapeutico-assistenziale dei servizi psichiatrici.

L'operatore psichiatrico è chiamato a interagire con questa realtà, con la complessità clinica, sociale, ambientale e la molteplicità degli interlocutori.

È importante capire come nel singolo operatore e nell'équipe vengono affrontati ed elaborati questi aspetti, come vengono tradotti nel mandato istituzionale che non deve avere le caratteristiche di una imposizione rigida

perché non farebbe che sortire l'effetto contrario e cioè appesantire il già gravoso impegno terapeutico. Ecco perché è importante che questo lavoro di dialogo, crescita, costruzione nasca "dal di dentro" degli operatori.

Se infatti è già spesso impegnativa la presa in carico ad esempio di un paziente psicotico perché richiede particolari qualità relazionali (*setting* interno), di ascolto e modulazione della distanza emotiva; il complesso ed eterogeneo intreccio di livelli individuali, gruppali, organizzativi da un lato e la complessità dei processi psichici, sociali, economici, culturali, politici che possono accompagnare il quadro clinico, dall'altra, implicano un grosso lavoro di elaborazione, flessibilità, integrazione e sintesi.

Sintesi ed integrazione che richiedono tempo, riflessione e possibilità di dibattito e confronto.

L'alternativa è che queste nuove stimolanti linee di sviluppo dell'assistenza psichiatrica proposte dal Piano Regionale, vengano percepite come regole ed adempimenti burocratici che si sostituiscono all'attenzione clinica, generando negli operatori psichiatrici sentimenti di disorientamento, conflittualità, insofferenza e rassegnazione.

L'integrazione con altri *partners* del privato sociale non deve essere percepita come una intrusione prevaricatrice e/o più in generale come un pericolo di corrosione del patrimonio di conoscenze ed esperienze accumulato negli anni dall'équipe curante, la sua coesione e solidarietà interna, bensì come un possibile arricchimento e potenziamento delle energie in campo.

Forze ed energie che se ben guidate possono tra l'altro anche opporsi a quei risvolti istituzionali, specie se a contatto con la patologia psicotica grave, che possono portare col tempo ad un irrigidimento ed appiattimento dell'attività assistenziale, portando anche ad una progressiva "spersonalizzazione" dell'operatore che induce un agire stereotipato che burocratizza la relazione fino a permeare il campo di indifferenza scostante o aggressivo e difensivo cinismo.

Certo l'aver a che fare con tanti interlocutori può generare il rischio di una eccessiva frammentazione e parcellizzazione dei compiti dell'operatore psichiatrico a discapito di una visione più d'insieme, di un ascolto attento ai bisogni emergenti del paziente, alla sua soggettività e alla sua storia.

Mi riferisco al rischio di perdere quella disponibilità all'ascolto, ad accogliere e contenere le angosce e le paure dei nostri pazienti cogliendone per esempio i meccanismi di devitalizzazione e la complessità psico-

sociale, aspetti che possono andare incontro da parte del singolo operatore psichiatrico e/o dell'équipe ad un ridimensionamento od opacizzazione.

Inoltre fare chiarezza sulle metodologie e nuove tecniche di intervento non costituisce solo un obbligo di legge, è anche una necessità tecnico-scientifica, legata alle nuove istanze dei tempi, oltreché un atto dovuto al paziente e alla sua famiglia.

Si pensi solo alle difficoltà per l'operatore rispetto alla saldatura tra aspetti clinici ed organizzativo-gestionali; è infatti superfluo ricordare la profonda diversità tra l'affrontare gli aspetti clinico-terapeutici da singolo operatore professionista e affrontarli come professionista inserito in un'istituzione.

Ma torniamo al rapporto tra servizi psichiatrici e la realtà della cooperazione e dell'associazionismo: alle dinamiche, agli aspetti comunicazionali, alle immagini ed ai vissuti reciproci che spesso emergono condizionandone l'operatività.

Come possono per esempio dialogare tra loro realtà così diverse tra di loro con un linguaggio, un patrimonio storico, culturale, scientifico ed umano differente, così come tradizioni, valori?

L'istituzione ha nella sua storia, tradizione sedimentata nel tempo, complessità, eterogeneità, molteplicità del suo articolarsi, le sue caratteristiche principali; così come nei tempi e nei ritmi interni più lenti e scanditi rispetto ad un privato sociale molto più duttile, mobile ed "aggressivo" nel perseguire i propri obiettivi.

Spesso le reciproche critiche hanno a che fare con una idea di intrusione, ingenuità clinica, inappropriatazza... dall'altra parte spesso viene rivolta ai servizi l'accusa di burocratismo, possibile appiattimento, disinvestimento, apatia.

Il tutto all'interno di una evoluzione non dimentichiamolo epocale nella relazione tra i vari attori della Sanità e anche del *welfare*: la buona pratica medica in un tempo dell'etica dell'organizzazione non è più solamente il trattamento che porta il maggior beneficio al paziente o il trattamento che rispetta il malato e l'autonomia delle sue scelte, bensì il trattamento che ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente soddisfatto; il valore dominante è il principio di giustizia e di uguaglianza, il buon paziente non è esclusivamente il paziente osservante (*compliance*) o partecipe (consenso informato), ma il cliente informato e soddisfatto.

Il medico ideale non è un'autorità democratica o dal paternalismo benevolo, ma una guida, una *leadership* morale, scientifica ed organizzativa; il buon infermiere un operatore responsabile della qualità dei servizi, il buon rapporto non è più solo una alleanza terapeutica asimmetrica, una *partnership* professionista/utente, bensì un contratto di assistenza tra Azienda – erogatore – popolazione.

Tornando all'esperienza di Sesto San Giovanni ed al progetto Equal penso sia un'esperienza nuova, proficua e vitale.

Le ragioni: l'aver sempre cercato di focalizzare l'oggetto comune della nostra collaborazione e cioè il paziente psichiatrico con i suoi bisogni tra cui il lavoro, la casa, il tempo libero; il tutto all'interno di una cornice di riferimento forte (Accordo di programma tra Azienda Ospedaliera, Comune, Asl, Piano di Zona – legge 328/2000).

Il che non significa che non vi siano divergenze, punti di vista diversi anche disfunzioni.

Penso operativamente alle difficoltà e alle divergenze, per esempio, che talvolta insorgono nel passaggio di un paziente dal reparto psichiatrico al territorio, dalla alta alla media protezione riabilitativa, penso all'immagine che talvolta emerge del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (come parcheggio, "girone infernale", cestino dei rifiuti, luogo di contenzione e/o medicalizzazione selvaggia ecc.), ai diversi vissuti quando vi è un cambiamento di progetto socio-riabilitativo comune in corso d'opera; penso soprattutto alla necessità di migliorare la comunicazione tra di noi e verso l'esterno, quindi alla necessità reciproca di farsi capire, ma anche di saperci proporre e presentare insieme all'esterno, ai non addetti al lavoro specie se nel corso di esperienze comuni in fieri.

Credo inoltre sia importante continuare a lavorare insieme su progetti comuni, confrontando le reciproche competenze ("il chi fa che cosa") il che significa: dinamismo, creatività, sensibilità, ascolto rispettoso dell'altro, in aree cosiddette intermedie o di confine tra sanitario e sociale.

Può essere un'esperienza come il "Villaggio Sociale", ma penso anche alla collaborazione stretta in un centro diurno (anch'esso spartiacque tra il dentro e fuori), penso ad un gruppo di pazienti dimessi dalle strutture residenziali e quindi con problemi specifici rispetto al reinserimento, e ancora ad un eventuale lavoro comune ad esempio con le famiglie dei pazienti in carico ai servizi psichiatrici.

Certo e finisco, è necessario tenere costantemente aperto il dialogo, la capacità di confronto e di apertura al nuovo, senza rinunciare ovviamente alla nostra vocazione clinica e terapeutica che ha nel rapporto soggettivo e personale terapeuta /operatore – paziente il suo caposaldo, così come in uno stile di lavoro grupppale che faccia costante riferimento ad una polarità triadica, evitando l'appiattimento, la trappola narcisistica, la routine, e sia espressione del continuo scambio tra soggettivo ed oggettivo che avviene nel nostro lavoro, tra la patologia del paziente, il contesto sociale in così rapida e tumultuosa trasformazione, ambientale e relazionale in cui la patologia nasce e si sviluppa, ma sia espressione anche dello stato emotivo dell'operatore, del suo personale modo di essere e di porsi all'interno della relazione con il paziente psichiatrico.

*Michele Stuflessner*  
primario Unità Operativa Psichiatria 39  
Azienda Ospedaliera “Ospedale Civile” di Vimercate