



## La Psichiatria e la Rete

*di Andrea Angelozzi e Gerardo Favaretto*

Così se voi gli dite “La prova che il piccolo principe è esistito sta nel fatto che era bellissimo, che rideva e che voleva una pecora. Quando uno vuole una pecora è la prova che esiste.” Be’, loro alzeranno le spalle e vi tratterranno come un bambino. Ma se voi invece gli dite “Il pianeta da dove veniva è l’asteroide B 612” allora ne sono subito convinti e vi lasciano in pace con le domande.  
Saint Exupéry – Il piccolo principe

### Discutere di psichiatria

La storia delle idee in psichiatria è sempre stata una storia non unitaria,<sup>1</sup> dove modelli divergenti su punti essenziali si sono talora affiancati e altre volte contrapposti. Tale contrapposizione si è creata anche su questioni centrali e di importanza fondamentale:

1. La contrapposizione circa l’esistenza e la natura stessa dell’oggetto della psichiatria, e cioè la malattia mentale. Nata come disciplina specialistica più di duecento anni fa con Philippe Pinel,<sup>2</sup> la psichiatria si affermò almeno per due aspetti importanti. Il primo fu quello che sarà rappresentato come un gesto rivoluzionario, ossia la liberazione degli alienati dalle loro catene; il secondo fu costruire e usare una teoria dal valore definitorio che istituiva un nuovo oggetto di sapere derivandolo da un gruppo sociale prima generico e indefinito, quello degli alienati, che divengono “ammalati” nel momento in cui una teoria medica, la sua “medicina filosofica”, ne definisce le caratteristiche nosografiche. La causa della follia, dice Pinel e diranno i suoi allievi, sta nell’eccesso delle passioni, in un turbamento dell’anima che può essere curato, a differenza delle malattie fisiche del cervello, le demenze. La nascente psichiatria definirà, dunque, assieme alla malattia una semeiotica, una strategia di cura e infine obiettivi terapeutici e riabilitativi. Nel corso di questi duecento anni tale assetto teorico è stato più volte rivisto, discusso, rovesciato da punti di vista assolutamente controversi. Basti pensare la distanza che separa alcune visioni psicologiche



- della malattia mentale da quelle biologiche di chi sostiene che la malattia mentale sia da intendersi sostanzialmente come malattia del cervello.
2. La contrapposizione sul valore terapeutico e funzionale dell'istituzione curante. C'è da una parte chi propone organizzazioni e modelli terapeutici e dall'altra chi attribuisce a questi stessi l'origine dei disturbi mentali; si pensi alle critiche al manicomio come fonte di patologia istituzionale o, più recentemente, alla posizione di chi interpreta un certo tipo di presa in carico da parte dei servizi come possibile fonte di cronicizzazione.
  3. La contrapposizione non solo su patogenesi o terapia, ma sulla stessa natura teorica e pratica e sul valore sociale della psichiatria. C'è chi ritiene che, in quanto specializzazione medica, la psichiatria sia sostanzialmente disciplina che deve accumulare conoscenze tecniche specifiche mentre, al contrario, altri sostengono che la questione della salute mentale sia, più che tecnica, etica e sociale e che larga parte dei problemi della malattia mentale siano risolvibili adeguando le politiche sociali e sanitarie a tale prospettiva.

Queste contrapposizioni hanno prodotto nel corso degli anni e in luoghi diversi approcci molto eterogenei, ove i modelli continuano a confrontarsi.

Non si tratta di modelli statici: ciascuno di questi continua a produrre idee e fatti nuovi; in ciascuno si ha la sensazione di progredire, di raggiungere nuovi territori. Ciascuno vanta successi che vogliono essere la conferma della teoria in base alla quale sono stati ottenuti, misurati sulla base di parametri che la teoria stessa ha di fatto creato e che sono in genere applicabili solo al suo ambito.

Nella sua premessa a "La fine dell'intrattenimento" Benedetto Saraceno così esordisce: "Questo libro è stato scritto con la convinzione che da troppo tempo non si riesce più a discutere di psichiatria in modo complessivo. [...] l'affermarsi di una esigenza di metodo e di maggiore professionalità ha portato anche alla affermazione di una diffusa ed equivoca idea di scientificità [...] per cui scientifico è tutto ciò che si esprime con le categorie del quantitativo"<sup>3</sup>.

Da qui vorremmo partire; da uno dei pregi delle osservazioni di Saraceno che sta nel sollevare l'opportunità di definire quella dimensione "complessiva" del pensiero nell'affrontare l'insieme delle teorie e strutture della psichiatria nel nostro paese.



Ma che cosa significa, oggi, discutere e pensare alla psichiatria in “modo complessivo”? È ancora opportuno farlo? C'è stata una mancanza o una “crisi di abbondanza” di questo discutere in generale?

Discutere di che cosa la psichiatria sia, oggi, in modo complessivo può voler dire, innanzitutto, riuscire a dire che cosa la psichiatria sia stata in questi anni, almeno in questi ultimi decenni, quelli delle grandi rivoluzioni scientifiche e istituzionali che hanno portato a radicali cambiamenti nell'identità teorica e nel ruolo sociale di una pratica che era nata fra le mura dei manicomi. Dire che cosa la psichiatria sia stata deve potere esprimere i due livelli non sempre coerenti delle pratiche psichiatriche e delle teorie, spesso diverse, che queste pratiche hanno ispirato.

In secondo luogo, significa poter contare su un *linguaggio e sulla capacità di tradurre linguaggi* perché tale complessità possa effettivamente essere espressa, comprensibile e trasmissibile ai diversi soggetti che, a ogni titolo, sono coinvolti con il problema della tutela della salute mentale. Teorie della mente, delle sue funzioni, della malattia e della cura, teorie sull'umano e questioni etiche in ambito psichiatrico si sono sempre profondamente intrecciate fra di loro.<sup>4</sup> Con tale intreccio di prospettive le pratiche psichiatriche nel corso della storia, ma anche nel presente, continuano inevitabilmente a confrontarsi.

Discutere in modo complessivo significa dunque recuperare ciò che riguarda la cultura psichiatrica nel senso più vasto del termine come cultura del disagio umano, di crisi dell'esistenza, di ricerca di prospettiva, ma significa anche poi riuscire a parlare della rilevanza sociale dei bisogni e dell'adeguatezza che talune risposte, dettate dalle singole tecniche e dalle metodologie, hanno in relazione a quei specifici bisogni. Ancora, significa sottolineare la ricaduta etica e civile che una questione come quella della salute mentale ha oggi nel nostro contesto sociale, compreso il peso che le viene attribuito in termini di destinazione delle risorse.

Esiste allora un discutere “complessivamente” che vuole dire recuperare le prospettive metodologica, epistemologica, storica, ma anche politica, epidemiologica, etica, sociale.

È evidente, però, che ci sono almeno due pericoli:

1. che questa operazione sia possibile senza andare incontro a pericolose semplificazioni e senza ripristinare chiavi di lettura



- apparentemente “complessive” ma sostanzialmente massificanti rispetto a tutta questa complessità;
2. che una discussione generale, senza fine, non faccia che nascondere poi un pericoloso vuoto di fondamenti concreti sia dal punto di vista tecnico sia da quello della capacità di relazione.

Di quest'ultimo problema in generale testimonia una crescente competenza aziendalistica e gestionale che viene richiesta allo psichiatra: deve conoscere e valutare la propria organizzazione<sup>5</sup> e avere strumenti di valutazione per misurare la qualità di quello che fa. Ciò è indiscutibilmente importante e, come vedremo più avanti è certo un punto decisivo per l'appartenenza della psichiatria ai servizi sanitari ma non riusciamo a essere sicuri che questo sia il significato più esatto e più auspicabile dell'acquisire adeguate competenze e del costruire servizi efficaci ed efficienti.

Riteniamo sia necessario innanzitutto un confronto e una verifica della capacità delle teorie di funzionare. Di essere di conforto e di sostegno per le capacità terapeutiche degli operatori e di fornire loro strumenti di conoscenza, verifica e ampliamento di tali capacità. Perciò è importante che una riflessione complessiva comprenda la consapevolezza delle proprie attitudini culturali e scientifiche.

Qual è il modello di “scientificità” e che bisogno ne ha oggi la psichiatria?

È certamente uno dei punti fondamentali di questo e di ogni altro discorso possibile sulla psichiatria oggi: probabilmente più che in ogni altro contesto è impossibile pensare a un concetto di scientificità “neutro”, che non entra nel merito dei contenuti delle conoscenze, dell'uso che ne viene fatto, del valore etico e sociale che a esse viene attribuito.

Eppure, coerente o no, si percepisce dal clima culturale e dal dibattito il bisogno di assumere una “fisionomia scientifica”, bisogno che viene sancito, per esempio, dalla ultima stesura del progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale 1998-2000, che dice che i trattamenti devono essere condotti con procedure di provata utilità (evidenced-based) stabilendo “per legge” la necessità di criteri di validità e attendibilità per l'operare psichiatrico.

In una situazione di eterogeneità o anche di antagonismo fra modelli diversi, uno dei rischi maggiori è quello di ricorrere a epistemologie “prescrittive” e a modelli deterministici con la convinzione che “oggettivo”,



scientifico”, “misurabile”, “vero” siano semplicemente sinonimi. Ciò, è evidente, semplifica e riduce di molto la complessità di tutta la problematica epistemologica legata alla relazione d’aiuto umana e alla relazione del disagio psichico in particolare.

Passaggi basilari come quello della diagnosi o della interpretazione patogenetica sono oggi possibili, in psichiatria, comunque solo ed esclusivamente a partire da convenzioni e atti di fede che, in modo arbitrario<sup>6</sup> pur sapendo che l’arbitrarietà è talora assolutamente necessaria, definiscono un punto di vista privilegiato da utilizzare. Ma nulla garantisce che così sia. Lo dovrebbero fare i risultati, ossia la capacità di affrontare e risolvere autenticamente i problemi di chi chiede aiuto. Questo potrebbe essere un buon metro di valutazione ma poi sulle stesse valutazioni dei risultati insistono aspetti di linguaggio e di convenzionalità che fanno pensare che sia davvero difficile capire come va veramente.<sup>7</sup>

Probabilmente l’insieme del sapere e dell’operare psichiatrico si può rappresentare come una zona di confine, un sapere che ha vari versanti, ciascuno aperto ai suoi specifici paesaggi, ma ciascuno anche con la difficoltà di vedere realmente gli altri. È probabile che a questa condizione contribuiscano più aspetti.

1. Il primo è la particolare collocazione, anche storica, della problematica della mente e della questione mente/cervello, e della sua traduzione in termini medici. Nel terreno della cura si incontrano svariati modelli, per tanti versi incommensurabili. Questa collocazione si trova al crocevia del mondo della vita, nel punto di una possibile corrispondenza fra eventi mentali e mondo fisico<sup>8</sup>. Da questa pluralità di versanti sono nate le innumerevoli teorie che si confrontano e stanno alla base dei vari modelli: quelli riduzionisti che ritengono che tutto sia spiegabile in “nient’altro che” eventi cerebrali, a ipotesi dualiste proprie di una lettura separata degli eventi della mente e del corpo, alle ipotesi che sottolineano la natura culturale o sociale degli eventi mentali, a chi tenta di ridurre la mente ai suoi comportamenti.
2. Il secondo è che la psichiatria, in quanto legittimazione “scientifica” di pratiche emarginanti, appare intrinsecamente connessa alle questioni legate al potere, al controllo sociale, al controllo che noi stessi imponiamo sul nostro mondo esteriore e interiore, attraverso le idee di normalità e di devianza.<sup>9</sup>



3. Il terzo è un meccanismo di contagio, ove la frammentazione propria della patologia, specie quella più grave, si riverbera nella frammentazione della identità dei terapeuti. La relazione con la patologia mentale è un universo bidirezionale, in cui il terapeuta dovrebbe essere in grado di fare pervenire, in forma alchemica, le sue parti sane al paziente, se non altro come possibile proposta di un diverso modo di essere. Ma è sempre aperta la strada anche inversa, in cui le vicende del paziente, con il loro rimandare a elementi comuni agli esseri, rendono problematica e mettono in crisi la costruzione stessa del terapeuta.<sup>10</sup>

Tutto ciò ha fornito forse le basi per trasformare la psichiatria in una frammentazione di teorie.

In questo va sottolineata una forte componente positiva: tale pluralità ha permesso di continuare a cogliere le diverse prospettive dell'oggetto, impedendo di perdere la coscienza metodologica che costringe a riflettere sui modi e sulle forme della propria conoscenza. L'esistenza di più metodi opera una relativizzazione di ciascuno, impedisce assolutizzazioni dogmatiche che non hanno a che fare con l'umano, costringe a confrontarsi con i limiti delle spiegazioni e la necessità di una apertura comprensiva all'altro essere umano. Mostra la nostra conoscenza come un orizzonte che continuamente si sposta, man mano che ci si dirige "verso".

Così come costringe a cogliere gli aspetti comuni, a confrontarsi con dei comuni denominatori che trovano la loro ragione d'essere proprio nella specificità dell'umano e nella relazione interpersonale che la caratterizza.

Tale pluralità ha permesso poi a ogni strada di evolvere in maniera autonoma, esprimendo pienamente le proprie potenzialità. Non un unico modello inevitabilmente portato a perdere la capacità euristica, ma più modelli in competizione, costretti per una sopravvivenza darwiniana della conoscenza a produrre eventi, spazi, persone, teorie.

### **L'organizzazione della psichiatria**

Se malattia e disagio psichico sono stati oggetti di contenimento della struttura manicomiale, i destini del manicomio, la sua stessa esistenza, il modo di concepire, trattare, definire la follia hanno radicalmente condizionato il modo di vedere della società civile e degli operato-



ri nel corso del tempo. La struttura manicomiale, nonostante l'avvento di grandi rivoluzioni terapeutiche, ha profondamente condizionato i destini dei pazienti psichiatrici, compresa la qualità della loro relazione con gli operatori.

Gli scenari istituzionali dell'assistenza psichiatrica hanno avuto in questi anni cambiamenti davvero radicali:<sup>11</sup> da un contesto rappresentato dall'istituzione totale manicomiale si è passati a strutture collocate nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale cui si sono aggregate le problematiche più specificamente sociali.

In realtà, alla ricerca di una organizzazione definitiva e articolata della rete dei servizi psichiatrici, si è passati da contenitori chiusi e omogenei a una organizzazione complessa, aperta, con strutture eterogenee e distribuite nel territorio. Il modello di riferimento attuale è quello stabilito nei diversi progetti obiettivo del Dipartimento di Salute Mentale.

### **L'assistenza psichiatrica nei progetti obiettivo per la salute mentale**

Un dato significativo in questi anni per l'organizzazione della assistenza psichiatrica è l'esistenza di progetti obiettivo nazionali "Tutela della salute mentale" (PON). Il PON del 1994 si configura come la prima ipotesi organica che tenta di definire un quadro complessivo delle strutture connesse all'assistenza psichiatrica nelle USL.

La sua importanza sta nell'essere un tentativo di definire l'indirizzo organizzativo e culturale della assistenza psichiatrica nazionale e di provare a definire con chiarezza, ponendo regole alla loro realizzabilità, la struttura di base, le funzioni e l'articolazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

Il progetto obiettivo del 1994, a 16 anni dalla 180, si pone in sostanza il problema di cogliere i cambiamenti all'interno dei bisogni, delle risposte e dell'organizzazione delle risorse, anche tenuto conto della emergenza di nuovi soggetti come le associazioni dei familiari, forma di volontariato privato sociale, che in epoca post-manicomiale hanno assunto una crescente rilevanza dal punto di vista sociale e un ruolo sempre più significativo nella gestione e nella programmazione degli assetti delle istituzioni connesse alla tutela della salute mentale.

Il PON 94-96, prendendo atto dei cambiamenti significativi avvenuti in ambito psichiatrico a partire dal 1978, sottolinea quanto



questi cambiamenti siano ancora insoddisfacenti per l'eterogeneità con cui le diverse strutture sono state realizzate, per le carenze di servizi e la scarsa chiarezza nelle modalità di intervento.

Il progetto definisce fra i propri ambiti di interesse e di intervento i seguenti elementi:

- l'organizzazione delle strutture: ossia l'identificazione di una serie di spazi istituzionali in cui la presa in carico, anche nei diversi momenti del progetto terapeutico e riabilitativo, venga accolta e gestita secondo criteri diversificati;
- la formazione degli operatori: si sottolinea come sostenere i bisogni di formazione e di definizione professionale degli operatori sia indispensabile data la complessità delle problematiche territoriali post-manicomiali, compresa la gestione delle cosiddette forme di "nuova" cronicità. L'approccio professionale non può che avvalersi di strumenti culturali per una gestione multiprofessionale e multidisciplinare dei problemi del paziente;
- l'organizzazione dipartimentale: ossia l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale come livello di gestione organizzativa delle strutture che si riferiscono a un determinato territorio, identificato in 150.000 abitanti con una dotazione di personale pari a 1 operatore ogni 1500 abitanti, ma con ampio margine per le Regioni di decidere in merito alle dimensioni, e articolato in eventuali unità operative omogenee per area di intervento e dotate di strutture specifiche;
- il superamento definitivo degli ospedali psichiatrici: preso atto delle difficoltà legate a processi autentici di deospedalizzazione che non coincidono con l'eliminazione delle strutture ospedaliere ex manicomiali ma necessitano della definizione di progetti personalizzati di dimissione e di adeguati supporti sul territorio per i pazienti.

In questo progetto appare sottolineata, in particolare, l'esigenza di una verifica dei processi di attuazione e della qualità dell'assistenza psichiatrica nelle diverse realtà, il che si collega alla progressiva messa a punto, anche nella letteratura scientifica,<sup>12</sup> di indicatori della attività svolte per approntare sistemi di rilevamento della qualità dei servizi, della loro adeguatezza al mandato istituzionale, della soddisfazione degli utenti, dei costi dell'assistenza.





Ognuna di queste cose non è fattibile se non disponendo di un adeguato sistema di registrazione e misura delle attività, e quindi di informatizzazione, per la raccolta dei dati e l'elaborazione delle informazioni che da tali dati derivano.

Anche il nuovo PON 1998-2000 riprende nella sostanza questa filosofia ma introduce alcuni nuovi elementi che sono collegati chiaramente al nuovo panorama "aziendale" in cui si sta muovendo l'assistenza sanitaria nel nostro paese.

- Il miglioramento costante della qualità dell'assistenza, data anche la carenza di valutazioni sull'efficacia degli interventi e sull'uso delle risorse e la mancata monitorizzazione della spesa in relazione alla necessità (da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale) di approntare progetti e di fornire servizi efficaci, specie nei casi più gravi, nei quali si è spesso rivelata la tendenza all'abbandono o a una cronicizzazione senza prospettive. Tale impostazione comporta il ricorso anche a tecniche terapeutiche di provata validità scientifica (evidenced based).
- La definizione e l'attuazione di un sistema informativo. Viene chiaramente sottolineato il ruolo cruciale per la pratica assistenziale e la programmazione che riveste un sistema informativo che comprende anche la verifica sull'attività svolta, del ricorso a strutture private, del carico di lavoro del personale.
- Definizione di procedure e linee guida. Ossia la necessità che a livello dei diversi dipartimenti siano chiaramente definiti gli standard di intervento per la formulazione di prese in carico, progetti, interventi riabilitativi, rapporti con patologie di confine, in generale per le attività più significative nel dipartimento.
- L'introduzione della carta dei servizi, documento pubblico di presentazione del dipartimento e di riferimento per utenti, famiglie e popolazione in generale, per le indicazioni all'uso delle strutture.

### **Il Dipartimento di Salute Mentale: fisionomia e funzioni**

È il progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute mentale 1994-1996 a definire il Dipartimento di Salute Mentale: "Il DSM appartiene all'azienda USL [...] e rappresenta la forma organizzativa che meglio risponde alle esigenze di garantire l'unitarietà della pro-



grammazione e della gestione delle attività in psichiatria e la pari dignità dei compiti operativi nelle diverse sedi di intervento”.

La collocazione del DSM all'interno della organizzazione sanitaria, data la natura complessa della problematica legata alla tutela della salute mentale, comporta la collaborazione con i diversi servizi di assistenza e necessita di un livello di integrazione con le altre agenzie sociosanitarie. In particolare:

- l'ospedale (con particolare riguardo al dipartimento di emergenza e alla consulenza nelle strutture di degenza);
- la medicina di base (con particolare riguardo al distretto sociosanitario);
- il dipartimento materno-infantile;
- i servizi per le tossicodipendenze, i servizi di assistenza agli anziani e ai portatori di handicap;
- le associazioni dei familiari e degli utenti;
- le cooperative sociali e il volontariato.

Obiettivi del lavoro nel DSM sono coerenti con questa filosofia e vanno dalla gestione della crisi all'inserimento sociale e riabilitativo del paziente all'integrazione delle istituzioni assistenziali pubbliche nella rete sociale, ai compiti didattici e formativi che il DSM può e deve svolgere.

Come abbiamo ripetutamente sottolineato, un valore particolare viene attribuito alla rilevazione e alla valutazione epidemiologica dell'attività svolta e alla sua gestione attraverso il sistema informativo di servizio; in una condizione gestionale delle risorse che possa prefigurare una autonomia del DSM rispetto al governo delle proprie potenzialità economiche e strutturali.

Ammadeo et al.<sup>13</sup> identificano, dal punto di vista delle strutture che compongono il DSM, unità operative composte da una serie di strutture che forniscono l'assistenza specifica nei diversi contesti operativi: centro di salute mentale (con annesso ambulatorio), servizio psichiatrico di diagnosi e cura, day hospital, centro diurno, strutture residenziali.

Dal punto di vista funzionale distinguono tre grandi aree di funzione.

- Organizzativa, che comprende in generale l'attività amministrativa, di programmazione, gestione, coordinamento e, inoltre, il



monitoraggio (con la gestione di un sistema informativo, la verifica della qualità e degli esiti degli interventi). Rientrano in questa area tutto ciò che concerne didattica, formazione e aggiornamento, ricerca e il progetto di miglioramento continuo della qualità.

- Prevenzione ed educazione sanitaria.
- Area terapeutico riabilitativa, ossia degli interventi specifici di cura e riabilitazione rivolte al paziente e alla sua famiglia, nonché del coordinamento e verifica di tali interventi. Si intendono fra queste funzioni le pratiche di riabilitazione, l'attività socio-assistenziale, l'accoglimento integrato e la didattica e la liason.

Queste strutture e queste funzioni sono oggi il contenitore istituzionale, frutto della trasformazione dei servizi degli ultimi anni, cui l'assistenza psichiatrica oggi fa riferimento e con cui le teorie sulla malattia mentale si confrontano nel momento in cui definiscono strategie terapeutiche e stili relazionali.

### **Lavorare in psichiatria tra etica e teoria: identità degli operatori e modelli di riferimento**

Creati per eliminare il manicomio e le sue conseguenze, i servizi e le strutture nati dopo la legge 180 del 1978, devono oggi confrontarsi non solo con i problemi dell'assistenza psichiatrica ma anche con la complessità culturale della questione manicomiale. Alla dimostrata impossibilità di decretare la fine per legge del manicomio si è aggiunta una sua presenza, nella pratica psichiatrica, più infiltrante e sottile legata a un modo di pensare la persona e la relazione che con essa si instaura in ambito terapeutico.

Con questo non intendiamo indicare l'elemento più appariscente: la sopravvivenza delle strutture del vecchio manicomio e delle situazioni residuali nei pazienti. Che tuttora molte vecchie strutture rimangano, anche grazie a trasformismi istituzionali,<sup>14</sup> mutamenti di nome o altro, è in fondo solo la parte più evidente di questo ritorno: essa non fa altro che svelare, in forma grossolana, la falsa coscienza sociale in materia di malattia mentale. Analogamente non vogliamo riferirci al permanere dell'internamento, ora diventato ricovero in trattamento sanitario obbligatorio, in cui rimangono nella prassi gran parte degli aspetti che decretavano i vecchi ricoveri.



Quello che qui ci preme sottolineare è una sopravvivenza più raffinata, l'installarsi nelle teorie oltre che nelle pratiche di elementi che, pur avendo consentito il superamento del manicomio, ne stanno ora agevolando il perpetuarsi nella forma della prosecuzione di una determinata cultura istituzionale.

Il primo elemento è proprio l'aver riportato la psichiatria nell'ambito della medicina generale. Si è trattato di un'operazione decisiva per la dignità dei pazienti, la lotta alla loro emarginazione, la crescita di una coscienza della esistenza di una dimensione mentale, di una persona che abita quel corpo di cui si occupano le altre branche mediche. Ha aperto le porte della psichiatria a persone diverse, ha definito l'interesse verso patologie non totalmente invalidanti, come è il caso di alcune forme depressive, ridando a tutta la psichiatria un nuovo e diverso valore nell'ambito dell'assistenza sanitaria, non solo come spazio esclusivo di determinata "patologia grave" ma come disciplina in grado di fornire davvero risultati terapeutici.

Ma tutto ciò ha comportato anche ulteriori conseguenze; l'integrazione dei Dipartimenti di Salute Mentale nelle strutture della medicina pubblica (ospedali e territorio), spazi da cui da cui all'epoca manicomiale la psichiatria era emarginata, ha comportato una certa omogeneizzazione da parte della psichiatria a un "sanitario" che tende a fornire risposte esclusivamente medicalizzate. Le amministrazioni, poi, in molti casi non si sono certo dimostrate in grado di rispondere con creatività alla specifica complessità delle esigenze dell'assistenza psichiatrica.

L'uso di un atteggiamento strettamente medico, che riduce la vicenda di quella persona a "non altro che" un problema clinico di quel paziente, riporta il paziente dentro una costellazione di gerarchie e di poteri che sostituiscono alla sua storia la sua anamnesi. È vero che nel manicomio non vi era più nemmeno quella, ma niente e nessuno garantisce che nel puro ambito delle conoscenze strettamente medico-biologiche vi sia sempre e comunque, come le stesse tenderebbero a far credere, possibilità di comprendere i problemi di una persona solo perché questi vengono tradotti in sintomi e, come tali, interpretati dal sapere come indicatori di processi generanti eventi "clinici". Tutto ciò, anzi può avere indebolito il bisogno di una empatica comprensione di vicende che appartengono più all'umano che alle malattie del cervello, favorendo una reificazione dei bisogni e, talora, dello stesso approccio all'esistenza.



Tale atteggiamento si concretizza, per esempio, nella facilità con cui i problemi di molte persone vengono tradotti in termini di trattamenti psicofarmacologici e loro posologie. Ecco giustificate pienamente le terapie farmacologiche, di cui è suggello il Depot e di cui il paziente ha dimenticato, se mai lo ha saputo, l'origine e il senso. Non solo: in conseguenza dell'attribuire alle conoscenze della medicina sempre maggior spazio all'interno della nostra organizzazione sociale, e coerentemente alla affermazione di potere della pratica medica, si assiste alla delega alla psichiatria di questioni sempre più problematiche e controverse che riguardano comportamenti sintomatici soprattutto della fragilità della relazione di una persona con l'ambiente. Basti pensare ai problemi che si hanno con persone immigrate o con i membri di famiglie multiproblematiche o ai casi di vero abbandono e isolamento sociale, come accade, per esempio, con le persone anziane.

Da questo punto di vista lo stesso affermarsi di un determinato atteggiamento nosografico, sancito dall'uso diffuso dei manuali (DSM e ICD) ha portato il discorso degli psichiatri, alla ricerca di un ordine e una generalità, attraverso il reperimento dei sintomi e della connessione fra di essi secondo i modelli di inquadramento diagnostico dei manuali. Tale pratica, per molti aspetti necessaria, crea però pure l'illusione di poter entrare sempre meglio nei meandri della mente e della patologia, facendo spesso dimenticare il modo con cui le nosografie si sono succedute a smentirsi l'un l'altra nella storia della psichiatria, non a confermare un loro raffinarsi, ma a svelarsi come il racconto di un errore. Spesso nelle cartelle si sostituisce alla anamnesi la diagnosi, che acquista un rilievo essenziale, al punto da rappresentare l'unico elemento definito che accompagna la identità nel tempo del paziente. Nella ricerca della generalità e dell'inquadramento, si è costretti a considerare con fastidio e a tentare di non vedere l'aspetto che sfugge, la variante; ma non sarà per caso che proprio in ciò che sfugge all'inquadramento sia poi l'effettiva identità di quella persona e sia significativo della peculiarità del suo modo di essere?

Uno degli altri aspetti del paradigma medico-biologico che ha consentito di rompere l'emarginazione ma ne ha creata una ancora più pericolosa è la presunta identità fra mente e cervello.

Avere creato una identificazione fra malattia e alterazione biochimica e funzionale del cervello, se da una parte ha garantito ai pazienti psichiatrici un posto in ambito medico e pari dignità con qualsiasi



altro malato, dall'altra, ha appiattito la loro condizione e con essa quella dello psichiatra. Dare per scontate cause e terapie è indiscutibilmente una delle cose che, più di altre, impedisce la riflessione; omogeneizza in modo esclusivamente "tecnico" la relazione e non permette di tenere conto della coscienza del paziente e della sua consapevolezza con cui vive la patologia; svuota il significato esistenziale di quanto accade attribuendo alla sofferenza solo uno spazio negativo, puramente sintomatico di un disfunzione, escludendone le possibilità di espressione di un mondo e di una possibilità nella ricerca di sé e nell'ambito del percorso esistenziale proprio degli esseri umani.

Non sarà per caso questa mancanza di consapevolezza la ricostituzione subdola e la prosecuzione di un pensiero del manicomio?

Servizi illuminati hanno cercato di utilizzare la chiusura manicomiale e l'apertura al territorio come possibilità per un approccio diverso, incentrato su riabilitazione e psicoterapie restituendo così alla relazione una centralità altrimenti negata. Ma anche questo non esclude a priori che si possano creare ritorni e ripetizioni di antiche strategie manicomiali.

Fra le molte cose che cambiano altre, infatti, rischiano di rimanere immutate: per esempio è davvero così diverso se l'atteggiamento nosografico e l'individuazione di segni di patologia, magari automaticamente abbinata a una prescrizione, è fatta con gli strumenti psicodinamici o scale di valutazione, invece che con i criteri maggiori e minori del DSM?

Trasformata in tecnica da applicare la psicoterapia ha smesso di diventare ascolto e si è trasformata in un esclusivo progetto trasformativo; è piuttosto noto che un certo uso dell'interpretazione chiude all'ascolto e modella inevitabilmente la situazione secondo l'universo esperienziale e teorico del terapeuta<sup>15</sup>. Come la diagnosi uniforme alla costruzione nosografica, così una pratica psicoterapeutica trasformata in pura condizione tecnica può correre il rischio di uniformare secondo un proprio principio di realtà il paziente a un universo esistenziale di fatto sempre più impoverito.

Come se non bastasse, una volta entrato nel meccanismo, per il paziente come per il terapeuta, è difficile non farne più parte: non è tanto un problema di terapie dalla durata interminabile, ma della natura di un atteggiamento interiore che, in un certo senso, può trasformare la stessa esistenza quotidiana in "psicoterapia". Capita spesso di trovare pazienti per i quali la cura è diventata la malattia, proprio



come nel manicomio; il cui gergo, il modo di pensare e il centro della vita quotidiana sono diventati la terapia. Persone che hanno cominciato una terapia da dieci anni continuano a ruotare, esistenzialmente parlando, intorno a essa.<sup>16</sup> Una certa disponibilità ad accogliere a priori la domanda da parte della struttura pubblica spesso agevola tale condizione di dipendenza, o meglio di una certa confusione, anche sui soggetti destinatari di intervento e portatori di un disagio.

A ciò si collega l'altra grande intuizione che fu, indubbiamente, il riferire il contesto della psichiatria al territorio, recuperando così la possibilità sia di rapportarsi con l'ambiente ove il "disagio" si era sviluppato, sia di impedire la emarginazione del paziente. Questa collocazione territoriale dei servizi, l'apertura della psichiatria al confronto con luoghi e agenzie del territorio, il confronto culturale e scientifico con la restante medicina territoriale è certamente stato determinante. Ma anche questo atteggiamento che ha risolto molti problemi si è rivelato un'arma a doppio taglio.

Spesso, la presenza nel territorio ha riproposto la diversità, sia pure come momento per un suo superamento; ecco le mostre delle attività pittoriche del CSM o dell'atelier di ceramica; ecco le gite con il day hospital. Favoriscono l'aggregazione all'interno del gruppo, ma non aiutano a spezzare i confini.

Spesso la possibilità di muoversi nel territorio, è diventata un raffinato strumento di gestione della devianza, raggiunta dovunque, anche a casa propria, dall'inarrestabile mano della psichiatria. L'articolata presenza territoriale ha permesso la crescita e l'accoglimento di domande non sempre chiaramente legittimate da bisogni autentici ma spesso sintomatiche di conflitti relazionali e/o semplicemente di peculiarità comportamentali. Per il fatto di essere "territoriale" la psichiatria non viene vissuta in questi casi con minori funzioni controllo e di delega per gli aspetti più inquietanti della devianza. Un grande sforzo in questo senso è stato fatto in questi anni per giungere a una adeguata lettura dei bisogni per adeguare le strategie dei servizi.

Uno di questi tentativi è collegato al crescente interesse nei confronti di Epidemiologia e Psichiatria Sociale.<sup>17</sup>

Questo interesse ha seguito nel suo emergere soprattutto due fasi.

1. La fase descrittiva, ove ha cercato di conoscere quale sia l'effettiva realtà del disagio mentale nelle diverse situazioni. Chiuso



sfogli la letteratura in materia si accorge di come una tale conoscenza sia rimasta ben lontana da una effettiva conoscenza e confronto in generale. In fondo in Italia, a parte i cinque registri psichiatrici dei casi, non sono state molte le indagini epidemiologiche attuate, e anche fra queste le finalità, i linguaggi, gli stessi criteri diagnostici e di ricerca utilizzati sono stati troppo vari da permettere un effettivo confronto. La stessa patologia sfugge a una ricerca di questo tipo. Ha bisogno di qualcosa di più vivo, di un costante aggiornamento e confronto degli operatori in relazione ai dati.

2. La fase più recente è una fase che tiene conto dell'orientamento contabile dato alla sanità e mira a valutare dal punto di vista economico la produttività e i costi dei vari servizi. La stessa applicazione della tecnologia informatica ai servizi, se da certi punti di vista rappresenta un vantaggio, in questa ottica può rivelarsi un puro strumento contabile di controllo.

Da questo punto di vista si intravede una ulteriore fondamentale questione. Se in epoca manicomiale la verifica della qualità degli interventi era impensabile perché lo stesso sistema istituzionale legittimava se stesso,<sup>18</sup> la documentata necessità della verifica della qualità di interventi, soddisfazione dell'utenza e soprattutto verifica dell'uso delle risorse e programmazione con le amministrazioni dei costi degli interventi, e tutte quelle preoccupazioni culturali e formative che stanno alla base del lavorare nei servizi della sanità aziendale, finisce con l'essere un modo di preoccuparsi di una efficienza che davvero poco ha a che fare con la autentica capacità di funzionare nella relazione con la persona nella possibilità di fornire aiuto.

Molti operatori nei servizi sono diventati abilissimi compilatori di moduli e schede, hanno sviluppato una valida "coscienza epidemiologica" ma nonostante ciò è pure possibile constatare che, di fronte a una rappresentazione resa attraverso i dati di un servizio efficiente con alta produttività e grossa resa dal punto di vista della qualità, l'esperienza concreta, informale e vissuta tende a non confermare questa immagine prodotta dai dati, o perlomeno a rivisitarla in maniera critica.

Questo discorso non si può comunque affrontare in modo superficiale: è pur vero che la psichiatria più di altre discipline che concernono l'ambito della salute mostra una sua particolare interazione con un aspetto sociale, come abbiamo già visto, che riguarda anche





la politica sanitaria e l'etica che indirizza le scelte programmatiche e amministrative.

La destinazione delle risorse oggi è uno dei grandi problemi della sanità del nostro paese (ma anche di tutti i paesi del mondo occidentale) in una logica in cui profitti e servizi non vanno sempre d'accordo visto che a tutti è evidente e molti oggi continuano a ripeterlo, come le risorse non sono illimitate. Allora secondo quale logica e quali valori verrà deciso di tutelare l'interesse e i diritti alla salute di fasce diverse di popolazione?<sup>19</sup> Nella prioritaria definizione dei valori di destinazione delle risorse pesano molti e complessi fattori sui quali non ci soffermiamo. I PON stabiliscono che il 5% del fondo economico delle aziende sanitarie sia speso per la psichiatria.

Pur nella convinzione che questi calcoli abbiano seguito una logica scrupolosa e coerente restano aperte questioni che riguardano effettivamente il fatto che i problemi della psichiatria e del paziente psichiatrico riguardano, nei casi più significativi, non solo e non tanto l'erogazione di un intervento o l'erogazione di una singola o alcune prestazioni, ma la cultura della presa in carico complessiva della persona e dei suoi bisogni.

Questo, in fondo, può avvenire mantenendo fermi due principi etici fondamentali che riguardano la relazione: la libertà e la responsabilità.

La libertà è un qualcosa che il terapeuta costruisce e coincide con una reale accettazione della infinità dei mondi e delle esistenze possibili, con una effettiva disponibilità interiore a utilizzare le categorie come strumenti relativi, alle quali non è bene dare troppo potere e che ostacolano, quando usate in modo esclusivo, una reale attenzione e percezione dell'altro.

Liberi anche nei riguardi del mandato istituzionale, ponendosi talvolta in modo critico, consapevoli della priorità di comprendere. Bisogna infatti poter rinunciare alle sicurezze di un sapere illusorio, per poter mettere in discussione un mondo di diagnosi e di terapie scontate e decise per processi automatici. Ciò può avvenire solo con la continua disponibilità a rileggere analiticamente il proprio sapere e la propria stessa stabile esistenza, la propria identità di operatore. Per quanto comodo e rassicurante, il nostro procedere psichiatrico può ingannare sulla realtà.

Parallela alla libertà è la responsabilità. Non sapremmo come definire diversamente la forma consapevole della "presa in carico",



ove non è in gioco la pura assegnazione, istituzionale appunto, di un punto di riferimento, se non come l'essere consapevoli del compito di una progettazione quanto più possibile comune di un futuro, ove anche la malattia e la terapia abbiano trovato un loro senso. In tale consapevolezza non può avere spazio solo una gestione attuale del paziente, magari ripetuta a ogni incontro, eventualmente per anni, ma deve costruirsi una dimensione temporale, un destino che appartiene certo al fato, ma anche alla costruzione comune.

### **Dalla frammentazione alla comunicazione**

Periodicamente, nell'ambito del dibattito scientifico sui metodi in psichiatria, emergono tentativi di superamento della frammentazione. Raramente essi sono il tentativo di costruire un modello complessivo, e questo è l'esempio degli approcci integrati, ove la perdita di talune caratteristiche individualizzanti non è indolore: con l'integrazione, ove vengono colti e amalgamati taluni aspetti, i vari approcci spesso perdono la loro individualità e il loro senso specifico. Più frequentemente vi sono tentativi di omogeneizzazione che, come detto prima, devono rispondere a criteri di tipo normativo o amministrativo. Spesso, però, tali tentativi sono a loro volta uniformati alla necessità di avere indicatori, che dovrebbero fornire una qualche indicazione degli esiti, cioè dell'efficacia, e quindi della "validità" anche teorica dei vari modelli. Inutile dire come siano influenzati dal modello teorico che ne è alla base e che pertanto, più che una validazione fra modelli, rappresentano un criterio quantitativo all'interno di ogni teoria.

Tuttavia a queste potenzialità è mancato spesso un aspetto essenziale: la comunicazione. Solo questa di fatto poteva rendere pienamente partecipi delle diverse esperienze dei diversi modelli, così come poteva problematizzare ogni singolo modello con i diversi mondi con cui si materializzano le sue premesse, il modo di lavorare, gli esiti.

A questo, ha ulteriormente contribuito la frammentazione della realtà sanitaria italiana, dove la parcellizzazione nelle USL, ciascuna diventata una repubblica separata, con un suo bilancio, sue amministrazioni, sue regole interne operative, sue strutture, ha contribuito a costruire in ogni singola realtà una cultura autonoma.

E persino all'interno della stessa USL, la necessità di articolare l'intervento in vari versanti, presa in carico ciascuno di un aspetto



del problema, ha spesso creato realtà in qualche modo distinte, ove l'intero è stato dimenticato a favore di una accentuazione del singolo aspetto.

Paradossalmente la psichiatria, che doveva essere la scienza della comunicazione, sia essa intrapersonale, fra i vari mondi del conscio e dell'inconscio, sia essa all'interno della famiglia o nel rapporto interpersonale, si è ritrovata nell'impossibilità di costruire un discorso che cogliesse in forma armonica i diversi protagonisti e le diverse voci.

I tentativi effettivi di costruire una connessione non hanno potuto superare queste fratture. Solo molto parzialmente lo hanno potuto fare le situazioni congressuali e le diverse attività associative. Tali contesti che nascono da una volontà di confronto sono spesso condizionati più da questioni istituzionali o di potere che dalla volontà di promuovere una effettiva ricerca problematica su un sapere. Né tanto meno gli aspetti unificanti di tipo normativo, i vari piani sanitari nazionali e regionali, dove gli indirizzi operativi, che in genere fra l'altro rimanevano sulla carta, dovevano rispettare una generalità al punto tale da sconfinare nella vaghezza. E anche la cultura della riviste e dei libri ha avuto di fatto il proprio pubblico e i propri autori ed editori ma ha sofferto spesso, almeno escluse alcune eccezioni, della difficoltà di generare e promuovere un dibattito culturale articolato e diffuso. In tutto questo le connessioni offerte dalle reti, intranet e Internet, rappresentano una effettiva novità<sup>20</sup> e un nuovo modo non solo di accedere al sapere, ma proprio come crearlo e rapportarsi a esso. Sia chiaro che queste modalità non sono di per sé fuori dalle contraddizioni e dai problemi su esposti. Non forniscono "per natura" garanzie di partecipazione e chiarezza. Non sono esenti da speculazioni di potere e altri aspetti meno edificanti che caratterizzano l'agire sociale delle persone. Garantiscono comunque una nuova opportunità, E non è poco.

Queste nuove modalità rappresentano, infatti, non solo la possibilità di fruire di un nuovo strumento, ma la creazione di una nuova possibilità di comunicare, di una nuova filosofia basata sulla comunicazione.

### **Intranet**

Già il mondo delle intranet rappresenta una svolta nella organizzazione funzionale dei servizi psichiatrici. La rete psichiatrica che doveva



coprire il territorio ha spesso finito per disperdersi nelle sue parti componenti. Proprio la necessità organizzativa a rete, articolata in varie strutture, ciascuna con sue specificità, spesso con un suo personale specifico senza condivisione o scambio con le altre, alla ricerca di una sempre maggiore competenza e funzionalità su un aspetto particolare, ha contribuito a una ulteriore frammentazione, non solo degli spazi, ma della operatività della comunicazione.

Spesso all'interno della stessa città operano diversi servizi psichiatrici. Fra di essi talvolta le comunicazioni sono un puro rispetto formale della settorializzazione del territorio, o occasioni saltuarie di incontri comuni, in genere per questioni molto generali. Per il resto, molto spesso, ciascun servizio non sa poi molto di come effettivamente operino gli altri, di come siano organizzati, di come armonizzino le individualità teoriche dei partecipanti. La necessità di sviluppare aspetti specifici, di affidare adeguati spazi di autonomia, ha creato universi separati.

All'interno poi di ciascun servizio, la comunicazione fra le diverse componenti risente della distanza, che non viene annullata né dal telefono o dal fax né con le riunioni fra operatori. C'è comunque una distanza, che non è solo spaziale, fra le varie parti, ma ha concretizzato il diverso approccio che nasce dal diverso volto dei problemi. Questo è un mondo che può mutare nettamente con una intranet, cioè con una rete interna. Di fatto sta cominciando a comparire una discreta letteratura su tale argomento<sup>21</sup> dove sono sottolineate le diverse filosofie di tale operazione.

Una intranet è il collegamento fra varie strutture sviluppato utilizzando le stesse tecnologie impiegate per Internet. La differenza fondamentale risiede nel fatto che una intranet rappresenta una rete interna a una organizzazione. Non deve necessariamente rimanere tale e può pertanto dare anche accesso alla rete esterna, mentre Internet non necessariamente può accedere a una intranet. Consente una interfaccia regolabile negli accessi, valida sia per l'interno che per contattare l'esterno tramite Internet.

Indipendente da linee esterne, nodi e provider, una intranet è più veloce nella gestione dei dati rispetto a Internet, disparità che è ancora più evidente se la connessione alla intranet viene svolta su linee private.

Un altro fattore che differenzia notevolmente le due strutture è il tempo, che vede la connessione su Internet sempre più faticosa dopo ore di collegamento, cosa che non avviene su una intranet.<sup>22</sup>



Questa modalità tende a sostituire le connessioni *groupware* sviluppate in passato, ottime per fare transitare dati ma vincolate a specifici programmi e piattaforme operative e senza la variegata possibilità comunicativa cui Internet ci ha abituato.

Una intranet può utilizzare le pagine Web come interfaccia particolarmente amichevole, servirsi di strutture ipertestuali, dare accesso allo scaricamento di dati; il tutto con i normali browser ormai gratuiti, la disponibilità di una facile integrazione con Web, fax, applicativi, video conferenza. Il tutto per giunta disponibile su qualunque piattaforma operativa (PC, Mac, Unix, Linux, ecc.).

Ciò consente un accesso in rete agli operatori del dipartimento, senza strutture hardware sofisticate, recenti o potenti, e ad un costo quindi pienamente accessibile. In talune esperienze<sup>23</sup> l'aspetto di network è stato talmente sottolineato che non esistono stampanti individuali ma soltanto di rete, in posti strategici nel dipartimento. Inutile dire, in periodo di tutela della privacy, che un tale sistema offre tutte le garanzie, proteggendo elettronicamente gli accessi con password adeguate.

È importante sottolineare che una intranet non è un mero strumento per agevolare il passaggio e la condivisione delle informazioni, anche se questa parte può essere pienamente sviluppata. Certamente consente di mettere in comune le informazioni relative a un paziente o una determinata attività, senza la complessità e la lentezza del transito di materiale cartaceo o della ricerca del referente specifico. Presso qualunque terminale della connessione si può sapere cosa è stato fatto nei vari luoghi dell'operare psichiatrico.

Tale riduzione del tempo per la équipe nel trasferire le informazioni relative ai pazienti fra i diversi referenti, oltre a miglioramento della qualità del servizio come viene percepito dal paziente, permette soprattutto un miglioramento della qualità del servizio attraverso un pronto accesso dai referenti alle migliori linee guida gestionali e ai specifici piani di cura dei pazienti. Tali elementi altrove stanno diventando istituzionali. In Gran Bretagna il documento governativo "Information for Health" (1998), segnala la necessità di sviluppare registrazioni elettroniche dei pazienti, accesso a database di informazioni, link a protocolli terapeutici e infine lo sviluppo di una scheda elettronica personale della salute.<sup>24</sup> Una intranet offre la possibilità di creare e condividere le informazioni di un tale sistema.

È stato notato<sup>25</sup> che una caratteristica dei pazienti psichiatrici è



quella di ricevere cure in numerosi contesti diversi, dal day hospital al CSM, dalla CTRP al servizio di diagnosi e cura. In generale, anzi, quanto più il paziente appare cronicamente disabilitato, tanto più numerosi sono gli elementi coinvolti. E frequentemente questi sono collocati in posti diversi. In termini ideali dovrebbe esserci una coordinazione, assicurata dai momenti di incontro e di revisione dei casi delle équipes. In termini realistici questo non sempre avviene con facilità, senza passaggio di informazioni, per non parlare della replicazione spesso inutile della documentazione. Poiché molto raramente questa rappresenta una risorsa effettivamente condivisa, il rischio tangibile è la moltiplicazione e frammentazione delle ipotesi terapeutiche oltre che di tutto ciò che costituisce memoria dei pazienti.

Una intranet consente poi di raccogliere e mettere a disposizione i dati generali circa le strutture. Non si tratta solo di monitorarle per quei fini economici o statistici che stanno diventando il terreno di base per la progettazione delle strutture e del loro funzionamento. È la possibilità di osservarle nella forma complessiva del loro funzionamento e interrogarsi su di essa. Emerge, cioè, la possibilità di obiettivare e analizzare il progetto complessivo, di studiarne i costi e gli effettivi benefici, di pensare in termini di razionalizzazione delle risorse, di riflessione sulle richieste e sulle necessità in gioco. Aumenta così la possibilità di migliorare il servizio attraverso l'immediato reperimento dei dati di utilizzazione necessari agli amministratori.

L'informatizzazione gioca così un ruolo essenziale in quella che potrebbe essere chiamata la "battaglia per le risorse" in psichiatria.<sup>26</sup> Attualmente, ed è improbabile che la situazione cambi a breve scadenza, vi è una battaglia, fra tutte le specialità, per potere accedere alle risorse economiche, sempre più controllate e poco espandibili. Il successo in questa battaglia va a coloro che gestiscono e dispongono meglio dell'informazione. È stato sottolineato come per anni i chirurghi abbiano, per esempio, considerato le liste di attesa la loro ipoteca sulla spartizione delle risorse. Per quanto riguarda la psichiatria, solo con una accurata e credibile documentazione della richiesta, e di quanto viene effettivamente fatto, può nascere una effettiva ipoteca nella spartizione delle risorse.

Un altro aspetto importante per Intranet è la facilità che consente nel trasmettere materiale importante fra le varie sedi del diparti-



mento o di metterlo a disposizione degli operatori. Un accesso che può riguardare letteratura scientifica, documentazione normativa e giuridica, database specifici utili nella attività clinica.

È perfino inutile sottolineare quanto risparmio questo comporti nei termini del tempo che necessità all'equipe per ottenere dati precisi dalle fonti consuete e quindi a livello della razionalizzazione e del risparmio dei costi gestionali.

Già questi elementi sottolineano l'assunzione chiave: lo sviluppo di tecnologie della informazione è essenziale nelle scelte organizzative della psichiatria. In questo senso è interessante l'esperienza di Rochester dove, dopo accurata indagine fra il personale psichiatrico, era emerso che il bisogno guida era la costruzione di una tecnologia informatica "attraverso" il Dipartimento, creando cioè una infrastruttura che rendeva possibile ripensare la gestione dei dati dipartimentali.

Ma una intranet è altro ancora, ed è forse quest'ultimo aspetto quello più affascinante. Alla stessa maniera di Internet, non rappresenta solamente un mezzo di trasmissione, quasi fosse un telefono o un fax perfezionato. È qualcosa che sta mutando lo stile e la mentalità del lavoro in comune. Si tratta di creare uno spazio comune, una trama di legame, ove si concretizza la possibilità di una comunicazione costante e immediata e la possibilità di fare, dare e ricevere. Ha la capacità di creare una condizione di condivisione del sapere e la percezione di fare parte di una comunità ove aspetti come la vastità e la eterogeneità non sono ostacoli, ma anzi elementi che accomunano.

### **Un'esperienza: creare una intranet nel Dipartimento di Salute Mentale di Padova**

È interessante in questo senso quanto sta avvenendo presso il Dipartimento di Psichiatria di Padova, ove operano quattro servizi psichiatrici, ciascuno dei quali è legato a una storia e a stili di lavoro di tipo diverso, di fatto anche ad Amministrazioni diverse. Da molti mesi è diventata operativa in tutti i quattro servizi una comune cartella di rilevazione dei pazienti e degli interventi, collegata a un software. I Computer presenti nei vari servizi sono collegati a un server<sup>27</sup> al quale inviano dati e dal quale possono riceverne. Già questa prima fase di costruzione di una connessione fra i servizi, i loro dati e le loro culture, ha rappresentato un elemento importante, non facile peraltro, verso una effettiva integrazione fra le strut-



ture. Rappresenta anche il primo vero tentativo di raccogliere dati in qualche modo confrontabili e di monitorare quanto sta avvenendo. Questi dati non sono solo quantitativi, ma di fatto esprimono le modalità di lavoro delle strutture e il modo in cui impiegano le risorse, consente di sviluppare una mappa della necessità e dell'uso delle risorse. Rappresenta anche un primo doveroso passo per riflettere, nel pieno rispetto di ciascuna, sulle diverse culture che, nella stessa USL guidano i singoli servizi e perfino le loro singole strutture. Consente poi di conoscere la realtà del territorio in cui si opera, le sue necessità, le sue richieste effettive, e di osservare le sue variazioni nel corso del tempo, rendendo possibile una realistica programmazione.

Dopo questa prima fase di collegamento, sta aggiungendosi la seconda, quella che vede appunto un collegamento intranet, con la creazione di una pagina del Dipartimento, che diventi un punto di riferimento per i Servizi. Questa pagina ospiterà tutto ciò che costituisce la vita registrabile del Dipartimento: le notizie circa i servizi e gli operatori, il materiale di riferimento a livello locale, regionale e nazionale, le informazioni sulle attività formative locali e nazionali in atto, l'accesso a database relativi a farmaci, etc. L'idea è che questa seconda fase possa rappresentare un ulteriore momento aggregante, con la percezione resa "oggettiva" della appartenenza effettiva a una comunità di operatori della salute mentale, al di là dei singoli servizi e delle singole strutture, aiutando a superare logiche dei singoli spazi, che non sono sempre le più funzionali. La terza fase sarà rappresentata dall'apertura all'esterno, con la possibilità di accesso a parti della pagina da parte di utenti esterni. Questa ci pare una possibilità di uso dello strumento tecnologico proprio come strumento di connessione fra diverse possibilità della cultura psichiatrica.

### **Che cos'è attualmente Internet per la cura della salute mentale.**

L'introduzione dei computer aveva fatto pensare all'inizio a un loro uso come a uno strumento per alleviare la fatica e risparmiare tempo, lungi dunque dall'immaginare quelli che sarebbero stati gli sviluppi successivi. Fra questi uno appare veramente particolare, prodotto dal basso prezzo delle tecnologie, e dalle alte velocità di trasmissione: una crescente possibilità di comunicare fra operatori dei





vari settori e di dare forma alle pratica attraverso la condivisione della informazione.

Quest'ultimo aspetto si va rapidamente imponendo, costruendo, grazie alla tecnologia della informazione, la possibilità di condividere effettivamente le differenti culture psichiatriche.

Internet offre una straordinaria possibilità di comunicazione fra persone, che rende contemporaneamente disponibili gli strumenti convenzionali di comunicazione quali il fax, la posta, il telefono, ponendoli però anche in una prospettiva diversa, che di fatto li supera. "Con le nuove possibilità che consente Internet, siamo testimoni di tutte le possibilità del comportamento e della interazione proprie della vita reale: alcune sono le stesse, altre sono amplificate e altre sono rarefatte poiché fra loro e la natura del mezzo non emerge piena armonia".<sup>28</sup> D'altra parte gli sviluppi tecnologici in questa direzione sono veramente sorprendenti. La posta elettronica, i newsgroup, i MOO e MUD che hanno tracciato la fisionomia di Internet ora si trovano ormai insieme alla telefonia Internet, alle video conferenze e alle evoluzioni della interazione Web. Ora il costo contenuto dei computer e la facilità e l'immediatezza d'uso dei programmi hanno trasformato Internet non solo in una possibilità aperta a chiunque, ma in un vero e proprio fenomeno sociale e culturale, che non appare possibile ignorare.

In ogni caso è importante non dimenticare quanto è stato sottolineato da Sunkyo Kwon:<sup>29</sup> che Internet è un mezzo fatto per le persone, usato da persone e finalizzato a persone. L'autore ha colto alcuni aspetti usuali del complesso rapporto degli operatori della salute mentale nei confronti di questo mezzo. Come qualunque altro utente della Rete, vi può essere la sensazione iniziale di sentirsi travolto dalla vastità di questo universo e dalle possibilità che in esso vi sono offerte. In alcuni a volte emerge per reazione un atteggiamento estremamente critico, che "mette alla prova" il sistema, testandone le effettive potenzialità, studiando la letteratura in merito. Vi è chi per prova si iscrive a newsgroup o mailing list; con aspettative che non possono che restare deluse dal divario fra ciò che ci si attendeva e ciò che si è effettivamente trovato. D'altra parte è molto facile riuscire a rimanere delusi dalla Rete. È un universo che sembra promettere tutto, che autorizza a ricche fantasie, ma in cui accanto al tutto, si trova l'esatto contrario. Si espone così alla valutazione puramente soggettiva del singolo. Altri ancora sviluppano un atteggiamento puramente strumentale, quasi fosse un



ulteriore elettrodomestico, giocato fra le varie potenzialità di comunicazione e acquisizione di conoscenze e se ne servono per aumentare la propria efficienza.

Tutti questi sono atteggiamenti iniziali e parziali, che colgono solo alcuni aspetti di una realtà ben più vasta e, a nostro parere, non ne colgono l'effettivo senso complessivo. Ciò che infatti Internet lascia trapelare è un aspetto che appare essenziale proprio per operatori per i quali le persone e la comunicazione dovrebbero essere un elemento centrale.

Di fatto un gran numero di professionisti sta scoprendo che è possibile collegarsi alla rete con relativa facilità, e che in questa maniera si accede a un universo che sembra violare tutte le regole delle comunità professionali psichiatriche, come sono state fino ad ora. Una comunità estremamente vasta, all'interno della quale è possibile comunicare al di là di qualunque problema di distanza geografica e dove coabitano e comunicano fra di loro orientamenti totalmente difformi. Il tutto con la sensazione molto presente di fare parte di qualcosa di condiviso, ove si sviluppa una sensazione di "solidarietà" del sapere e della coscienza. E dove di fatto vigono principi etici mai scritti e mai enunciati in questo senso.

Internet sposta l'abituale spazialità con cui costruiamo il nostro mondo. Sembra veramente che con esso il "villaggio globale" sia diventato una realtà, con la creazione di un particolare senso della comunità, esposto peraltro alle crisi e alle incomprensioni proprie di tutte le situazioni comunitarie. Rappresenta tuttavia non solo questa appartenenza, ma un qualcosa che in modo del tutto nuovo, sconosciuto e in parte imprevedibile, può in qualche maniera agire sulle abitudini, il modo di pensare e il comportamento delle persone.

Inutile nascondersi che proprio i pregi di questo universo comunicativo, al di fuori dei filtri e di qualunque limite spaziale, portino con sé il loro correlato problematico, legato in primo luogo alla perdita di qualunque filtro effettivo sulla qualità e poi alla estrema ridondanza del materiale.

Rappresenta una straordinaria potenzialità di verifica e sperimentazione delle nostre idee circa il mondo reale. La comunicazione disincarnata che ci offre, ci costringe a riflettere sulla essenza della comunicazione e della nostra stessa identità. In questo senso Sunkyo Kwon sottolinea come le nuove teorie che elaboreremo sulla mente dovranno comunque confrontarsi con il mondo della virtualità.



Una autorevole rivista online<sup>30</sup> aveva ospitato nel 1997 una ricerca fra operatori della psichiatria (il campione era rappresentato dal 50% di psicologi, seguito da psichiatri per il 12% e da assistenti sociali per il 18%), volta a mettere a fuoco quali fossero le aspettative relative all'uso di Internet nell'ambito della professione.

Già un primo dato era interessante: i soggetti passavano in media 12 ore la settimana nell'uso di Internet.

Nell'analisi dei dati del questionario emergevano poi soprattutto le attese potenzialità di Internet nella comunicazione fra operatori della psichiatria. Questa potenzialità comunicativa si indirizzava non solo alla interazione con persone all'interno della professione, ma anche ad aspetti interattivi con i pazienti.

Fra gli aspetti propri della professione un posto di rilievo aveva la possibilità di acquisire conoscenze professionalmente utili, e questo soprattutto con la connessione a siti Web, poi con newsgroup o mailing list. Un ruolo importante aveva poi la possibilità di stabilire una consultazione con i colleghi attraverso e-mail, di condividere le esperienze con altri professionisti.

Oltre a questa comunicazione diretta vi era poi la potenzialità informativa: apprendere di conferenze e workshop, leggere online riviste specializzate o contribuire al proprio costante aggiornamento. Una buona metà degli intervistati trovava in Rete il software da utilizzare nel proprio ambito professionale.

Quanto al secondo punto, il riferimento ai pazienti, esso consisteva nella maggior parte dei casi in un loro indirizzamento a materiale informativo e in minor misura a specifici gruppi di supporto in Internet.

Già nel 1997, circa il 15% del campione riferiva di condurre psicoterapia attraverso Internet. Oltre i tre quarti del campione utilizzato infine valutava che Internet avesse di fatto potenziato le proprie capacità professionali.

Sempre nello stesso articolo l'autore suggerisce che le possibilità offerte da Internet consentono in un unico mezzo i tre elementi comunicativi che hanno caratterizzato la ricerca scientifica fino ad ora, e precisamente: la comunicazione orale sincrona, la comunicazione informale e quella formale asincrona. A suo parere questo è in grado di alterare le modalità stesse e gli obiettivi della ricerca.

Quello che ora vorremmo fare è esaminare i vari aspetti del rapporto con Internet che le aspettative di questo campione di opera-



tori ha in qualche maniera tratteggiato. Alcuni saranno ripresi specificamente nelle altre sezioni di questo libro.

## Per gli operatori

La facilità all'accesso della informazione sembra essere uno degli elementi che maggiormente colpisce chi si addentra nella Rete. Cerchiamo di cogliere gli aspetti essenziali di tale potenzialità.

### La consultazione

In primo luogo va citata la possibilità di rapportarsi in maniera nuova da uno strumento classico: la consultazione. Ci riferiamo in particolare al Web, ove le potenzialità dell'ipertesto e della multimedialità offrono nuove strade per potersi rapportare al materiale. La sua caratteristica è una struttura che definiremmo "tridimensionale", con l'accesso immediato al riferimento. Questa condizione in cui tutto sembra essere disponibile, a partire da qualunque punto e utilizzando più strumenti (l'immagine, il testo, la parola, la musica), rappresenta la conoscenza come qualcosa che si sviluppa a partire da una sorprendente simulazione del mondo reale.

Il materiale è talmente vasto che un ruolo centrale in questa struttura è rivestito dai motori di ricerca, che attuano il reperimento del materiale sulla base dei termini che si desidera trovare. Spesso, ed è il caso della salute mentale, anche i motori di ricerca sono organizzati in forma gerarchica. Vi sono quelli più generali, comuni a tutta la struttura Internet (per esempio Altavista, Excite, Yahoo). A un livello più accurato vi sono quelli più specifici dell'area della salute mentale, reperibili in genere nei siti che si occupano di tale materia. A un livello ancora più dettagliato vi sono quelli che consentono di orientarsi all'interno di argomenti specifici (per esempio la ricerca di software da usare in psichiatria).

Un'altra direzione essenziale della ricerca è invece quella di tipo "concatenato": sono i link che in genere ogni sito Web ospita, ipertesti che reindirizzano automaticamente il browser, organizzati per argomento o scelti fra quelli più strettamente attinenti all'argomento trattato nel sito.

Il tentativo di descrivere il tipo di informazioni che i siti gestiscono è indubbiamente difficile. Si tratta di una ragnatela estremamente complessa in cui possiamo delineare due grandi ambiti, in



verità più per amore di concettualizzazione che per un rispecchiamento di una realtà ove spesso gli ambiti sono intrecciati:

1. siti monotematici, cioè guidati da uno specifico riferimento al mondo della salute mentale;
2. siti-link, destinati a organizzare, contenere e offrire l'accesso ai siti monotematici.

Bisogna imparare a distinguere il sito dalla sua localizzazione URL. La denominazione può rimanere la stessa ma l'indirizzo a cui si trova può subire mutamenti per i più vari motivi. Anche per questo motori di ricerca e link aggiornati sono elementi essenziali, migliori rispetto all'accumulo di bookmark, o di qualunque raccolta a Pagine Gialle cartacea.

Questo aspetto, apparentemente marginale, in realtà appare un fedele testimone della realtà della Rete. L'aspetto spaziale, le distanze, sono talmente poco importanti che un sito può essere ospitato in luoghi diversi nel tempo e geograficamente distantissimi, senza che ciò abbia la minima rilevanza per la sua consultazione. Non solo: la sua collocazione "fisica", cioè come effettivo deposito di un insieme di file in un server, non ha necessariamente nulla a che fare con il luogo ove questi file sono creati o alla struttura psichiatrica cui si riferiscono. Uno psichiatra a Padova può utilizzare un server che si trova negli USA e aggiornare da casa la pagina Web là ospitata, provvedendo per le varie necessità. E questo senza una difficoltà maggiore che se il server fosse a un isolato di distanza. Questa è la modalità di pensiero che la Rete ci propone.

Attualmente sono presenti in Rete moltissimi siti monotematici. I temi affrontati coprono tutto il possibile campo di interesse dello psichiatra.

1. In primo luogo nell'ambito clinico. Si possono trovare siti di interesse puramente clinico, dall'alcolismo alla schizofrenia, dal disturbo ossessivo alla depressione, dai disturbi alimentari a quelli del sonno, fino a comprendere tutta la nosografia riconosciuta. È interessante come siti sullo stesso argomento abbiano spesso una organizzazione diversa e si rivolgano a un pubblico diverso. Così, in riferimento per esempio alla schizofrenia, vi sono siti che intendono fornire le informazioni di base su tale patologia, altri che vogliono essere una guida per gli orientamenti terapeutici,



altri ancora che si rivolgono invece prevalentemente alle famiglie. Alcuni poi sono estremamente tecnici e contengono informazioni particolarmente aggiornate, dedicate a specialisti del settore.<sup>31</sup> Alcuni siti cumulano al proprio interno le diverse possibilità<sup>32</sup> offrendo spazio per i terapeuti, per i pazienti, per i familiari.

2. Argomenti generali che possono spaziare dalla intelligenza artificiale agli studi sulla coscienza o la personalità, la storia della psichiatria o la metodologia della ricerca.
3. L'accesso alle riviste specializzate, che hanno sempre più frequentemente una loro pagina Web con la possibilità di prendere visione degli indici attuali e degli archivi, oltre che di scaricare articoli integrali o sommari
4. L'accesso a Università e Istituti di ricerca per un aggiornamento sullo stato dell'arte nelle varie discipline.
5. Il collegamento con le varie società e gli ordini professionali. Anche qui taluni siti sono esclusivamente una organizzazione di link che rimandano appunto alle varie associazioni.<sup>33</sup>
6. Farsi conoscere e presentare il proprio lavoro: sono sempre più numerosi i dipartimenti che utilizzano il Web per mostrare la loro organizzazione e le loro attività. Giusto per citare due esempi, l'Università di Sheffield<sup>34</sup> oppure l'Università di Bonn, Dipartimento di Psicologia.<sup>35</sup>

Sempre nell'ambito dell'informazione la Rete offre facile reperimento di strumenti tradizionali quali libri o test. Per quanto riguarda i libri si va dalle librerie più generali, quali possono essere, per esempio, Amazon.com<sup>36</sup> (con circa tre milioni di testi reperibili, in genere in lingua inglese) o la Blackwell. Amazon fornisce anche una possibilità di ricerca per libri usati o fuori commercio, una branca che va espandendosi in rete, a partire da siti interessanti, a volte con testi da antiquariato, quali la Therapeutica Biblioteca di Tory Hoff.

Naturalmente, qualunque motore di ricerca è in grado di individuare numerose librerie specifiche.

Un riferimento classico in tema di test è *The Buros Institute*<sup>37</sup> che continua nel Web, con la sua enorme miniera di informazioni relative agli strumenti e alle metodologie della misura relativa al mentale.



### **La comunicazione**

L'informazione si sviluppa anche dal contatto con le altre realtà professionali e dal rapporto con gli altri operatori della salute mentale. Questo consente non solo la circolazione di informazioni, ma anche la possibilità di mettere in comune le varie esperienze.

Un ruolo di rilievo è dato proprio dalle pagine Web strutturate per comunicare esperienze. Un ruolo specifico in questo aspetto comunicativo viene svolto dai newsgroup e dalle mailing list, dai forum e dalla posta elettronica.

### **La possibilità di accedere a strumenti specifici.**

La rete è una struttura di tipo interattivo: alla rete posso dare informazioni e la rete a sua volta può darmi accesso a materiale informativo che, in taluni casi posso anche prelevare, per poterne fruire anche al di fuori del collegamento. Così come posso, per esempio, leggere materiale in rete, posso anche in genere “scaricarlo” (download) per poterlo gestire al di fuori della rete.

L'informazione non è ovviamente solo costituita da documenti (sonori, scritti, immagini) ma anche da altri tipi di strumenti, quali per esempio programmi specifici utili a livello professionale. Anche con essi si crea questa complessità di rapporti.

In Rete si può trovare molto software utile in ambito psichiatrico, dove questo “trovare” ha vari significati. Questi vanno dal reperire l'indirizzo del fornitore più vicino, a visionare un demo, oppure a raccogliere tutte le informazioni disponibili al riguardo. Fino alle porte consentite dalla potenzialità interattiva, che va dallo scaricarli, talvolta in forma gratuita, altre volte su pagamento del loro costo, fino al loro semplice utilizzo talvolta in forma gratuita, più spesso sotto forma di una qualche abbonamento di tipo individuale o relativo alla associazione o istituto di ricerca di cui si fa parte.

Questi programmi coprono svariati campi di interesse. Vale la pena fare una breve carrellata delle possibilità.

### **Diagnosi**

Si tratta dell'uso dello strumento informatico come mezzo autonomo o come ausilio per formulare in maniera adeguata una diagnosi relativa al disagio mentale. In Rete si può reperire una buona descrizione delle caratteristiche di questi programmi, alcuni dei quali sono anche scaricabili.



Un tale strumento non è esente da implicazioni di tipo ideologico. La possibilità di attuare diagnosi attraverso strumenti di tipo informatico, mediati o meno dalla rete appare legata alla natura stessa dello strumento diagnostico che si è attualmente affermato in ambito clinico. La necessità di sviluppare modalità diagnostiche che garantissero una possibile uniformità e concordanza, emerse parallelamente alla ricerca epidemiologica e alla difficoltà che si andava evidenziando nel comparare le varie realtà. È chiaro come, per esempio, sia poco compatibile con una modalità diagnostica “empatica” della schizofrenia secondo Minkowski o secondo la nosografia francese, mentre appare ben più compatibile con un approccio per “segni” (illusoriamente “oggettivi”) maggiori e minori quali propongono il DSM e ICD.

I primi programmi di diagnosi vennero scritti circa 20 anni or sono da Ray Ancill e Tony Carr, in Inghilterra. Utilizzavano un Commodore 64, con 64k di RAM. In questi 20 anni sorprendentemente non vi sono stati i grandi sviluppi che era lecito aspettarsi, ma due programmi meritano interesse: Il primo è “SCAN”, che sviluppa diagnosi secondo ICD10 attraverso domande formulate sullo schermo e filtrate da un operatore. L'immissione delle risposte consente la formulazione finale della diagnosi.

Il secondo è il CIDI-Auto, elaborato da Gavin Andrews in Australia, che rappresenta un passo avanti, con un rapporto diretto fra il paziente e il computer, al quale è affidata la somministrazione diretta del questionario e al quale il paziente comunica direttamente la risposte, consentendo la diagnosi. L'autore riferisce di avere utilizzato tale programma in forma auto-somministrata con oltre 500 pazienti, senza che mai vi siano state lamentele o mancanza di collaborazione. Non emergono ostacoli in via di principio per una sua applicazione in Rete, anche se fino ad ora non risulta attuata.<sup>38</sup>

Come in ogni ambito si sono sviluppati siti che funzionano da link e motori di ricerca. Così, anche in questo ambito, vi sono taluni siti specializzati nel fornire la localizzazione di software a livello diagnostico.<sup>39</sup>

Oltre a software specifico a scopo diagnostico, in rete sono reperibili anche gli usuali test utilizzati classicamente in psichiatria.

Anche in questo caso abbiamo siti che ospitano taluni test specifici. Per esempio il sito<sup>40</sup> dove è possibile scaricare direttamente la Hamilton Depression Scale, la Hamilton Anxiety Scale, la Positive





And Negative Syndrome Scale (PANSS) e la General Akathisia, Tardive Phenomena and Extrapyrimal Schedule – per la misura degli EPS indotti da neurolettici. Ma molto più che questi siti specifici, vanno ricordati per la loro importanza i siti di localizzazione con motori di ricerca. In particolare il *test locator* ERIC/AE reperibile presso il sito *Assessment & Evaluation on the Net*<sup>41</sup> si vanta di dare accesso a oltre 10.000 test e strumenti, gran parte dei quali in forma di software adatto all'uso su computer.

### **Amministrazione**

Come nelle altre professioni, gli operatori della salute devono lavorare in strutture economiche. La contrazione delle risorse, l'ingresso della logica del mercato anche in materia di servizi sanitari e la necessità di una razionalizzazione e ripartizione della spesa ha di fatto condotto anche le strutture sanitarie psichiatriche su una logica di riferimento al bilancio. Tale orientamento ha coinvolto anche l'Italia, portando alla necessità di approcci manageriali nella conduzione e organizzazione dei servizi. Il monitoraggio delle attività, fra le altre cose, ha portato a una proliferazione di adempimenti burocratici (negli USA alcuni terapeuti utilizzano il 40% del loro tempo per compilare moduli). In uno sforzo per superare questi problemi, sono stati sviluppati programmi di tipo gestionale, relativi sia alle attività del singolo sia alla informatizzazione della situazione clinica del paziente o alla organizzazione complessiva del lavoro.

Dettagli di alcuni di questi programmi possono essere trovati presso il *CIMH database*:<sup>42</sup> Si tratta di un indirizzo presso il quale è possibile reperire in forma descrittiva o in alcuni casi con la possibilità di un download, il software impiegabile nell'ambito della salute mentale. Fra il materiale si trovano anche alcuni programmi demo. Coprono vari ambiti di interesse aspetti informativi, terapeutici, educazionali, gestionali.

Un'altra lista di fornitori<sup>43</sup> è stata stilata da Ed Zuckerman. C'è stato molto dibattito<sup>44</sup> in Inghilterra circa l'effettiva utilità dei sistemi computerizzati per la salute mentale.

### **La terapia**

Internet sembra profilare taluni modi diversi in cui i professionisti della salute mentale possono utilizzare la rete per scopi terapeutici.



Principalmente emerge la possibilità di utilizzare un software formulato per scopi terapeutici o attraverso una psicoterapia online con un terapeuta reale.

### **Software “terapeutico”**

La psicoterapia virtuale attraverso programmi sembra essere nata con *Eliza*, programma creato nel 1966 da Weizenbaum mentre lavorava al MIT. L'utilizzatore riceve una risposta preprogrammata dal computer e, continuando il dialogo, comincia ad approssimarsi a una seduta di terapia non direttiva.<sup>45</sup>

Questo programma è sopravvissuto per più di trenta anni come un gioco da salotto, dal momento che né i programmatori né gli psicologi erano in grado di farci poi molto. Ne è stata proposta tutta una serie di variazioni, e progetti simili tipo Alice. Se taluni li hanno considerati veri e propri tentativi (fallimentari) di programmi terapeutici, altri sottolineano che il loro intendimento non era di questo tipo ma, piuttosto, all'interno di un programma di Intelligenza Artificiale forte, di studiare la possibilità di costruire interazioni fra macchina e uomo basate sui linguaggi naturali.<sup>46</sup>

In ogni caso la generazione successiva di interventi per mezzo di programmi di computer ha cambiato radicalmente la filosofia di fondo del problema: da una parte si è focalizzata su obiettivi più specifici, quali lo stress management, training, autostima, depressione incipiente, gestione del suicidio; dall'altra, ed è forse l'aspetto più interessante, è cambiata l'impostazione del problema terapeutico.

Infatti, molti dei primi sistemi tentavano di costruire aspetti esplicativi del comportamento umano. Questo portava a risposte formali e spesso a una maggiore confusione. I programmi più recenti si attengono invece a un programma a orientamento psicoeducazionale, o sviluppano le loro potenzialità su un piano di tipo cognitivo-comportamentale.

Superata, se mai l'hanno avuta, l'illusione di simulare il comportamento di un terapeuta, si attengono alla applicazione di un progetto terapeutico che vede nel software un supporto per qualcosa di rigidamente e accuratamente pianificato.

Questa nuova fase inizia circa 17 anni or sono, quando Selmi, Klein and Griest (1982) mostrarono che un programma interattivo per il trattamento cognitivo della depressione lieve era altrettanto



efficace di un trattamento fornito da un terapeuta. Poco tempo dopo un altro gruppo (1984) trovò che il computer poteva essere utilizzato per trattare fobie. Da allora un gran numero di programmi sono stati sviluppati, ma nessuno si è imposto sul trattamento con un terapeuta e la gran parte è ancora in fase di ricerca.<sup>47</sup>

Nella pratica clinica continuano a esserci resistenze a un uso dei programmi per computer, anche semplicemente come una dotazione aggiuntiva di uno studio con un terapeuta presente e disponibile alla consultazione. Cutter<sup>48</sup> segnala come esempio di questa resistenza l'esito del tutto negativo all'invito che pose in una pagina Web locale a recarsi nel suo laboratorio a provare uno o più di taluni programmi elencati e descritti. Gli utenti potenziali erano studenti presso una università tecnica nella sua area. Fece questo nel 1994 e fino al 1996 non ricevette nemmeno una richiesta. Sempre nello stesso lavoro Cutter riferisce che nel corso della sua attività è riuscito a persuadere una dozzina di pazienti a provare uno o più programmi (specialmente uno chiamato "overcoming depression"), ottenendo inizialmente risposte che spaziavano dal netto rifiuto all'entusiasmo. Riferisce inoltre come a Madras, in India, un terapeuta abbia creato una *clinica virtuale* nei suoi studi, dove una dozzina o più di clienti lavorano con il computer quotidianamente. Essi sono di classe media e con già una dimestichezza all'uso del computer.

Si tratta di una questione che presenta problemi etici, clinici e teorici di enorme portata, ma che offre anche il miraggio di poter portare la terapia di taluni disturbi alla portata veramente di tutti.

Questo utilizzo dei programmi, mediati dal computer ma non dalle rete, che si limita a indicarne il reperimento o fornirli per la installazione, sembra essere attualmente il loro uso più significativo. Vediamo di descriverne qualcuno.<sup>49</sup> Al Maudsley Hospital di Londra, il programma di self-help *FearFighter* elaborato da Marks<sup>50</sup> è attualmente usato di routine per trattare agorafobie e panico. Guida il paziente attraverso una auto-terapia di tipo comportamentale, e può essere usato senza dover prima contattare il medico. Anche Ken Kirkby in Australia sta lavorando sul trattamento computerizzato di fobie e disturbo ossessivo compulsivo.<sup>51</sup>

Nello stesso ospedale il BTSTEPS,<sup>52</sup> programma di trattamento per il DOC, è stato in uso per oltre un anno. Si tratta di un sistema



di self-help elaborato da Isaac Marks su base behaviouristica, che può essere somministrato per telefono e quindi suscettibile di applicazioni Internet.

Negli USA è in funzione un programma interattivo, il Reid Hester's Behavioral Self-Control Program for Windows (BSCPWIN)<sup>53</sup> per insegnare all'utente a moderare il comportamento alcolico, anche di grave intensità, che, su un periodo di oltre un anno di follow-up, ha dimostrato di essere efficace.

Sempre negli USA, un Multimedia Learning Program<sup>54</sup> è stato sviluppato da Jesse Wright, Aaron Beck e altri cognitivisti come ausilio nella terapia cognitiva, la cui lunghezza sarebbe ridotta di circa la metà. Attualmente lo si sta sperimentando come terapia a sé stante. Altri programmi sono stati pensati per controllare l'andamento timico.<sup>55</sup> In una rassegna di diversi anni or sono (Stolaff e Couch, 1992) ne elencano 94 usi clinici.

Anche per il software di tipo terapeutico esistono siti di deposito e motori di ricerca.

Tale è, per esempio, *Sibyl* (The Social Science Software Information Bank),<sup>56</sup> in grado di fornire varie possibilità di ricerca: per parola chiave, campi di interesse o definizioni d'uso. *Sibyl* fornisce, con la descrizione di ogni voce, anche dati relativi alla possibile utilità e validità reale, ottenuti attraverso specifici controlli. Il sito è disponibile a ricevere, controllare e diffondere programmi elaborati dai vari studiosi.

*Sybil* può diventare l'equivalente in software del *Buros* in libri, dal momento che fornisce una descrizione online da parte dell'autore e rassegne indipendenti del software psicologico. Invitano anche gli autori di software a sottoporre i loro programmi per una rassegna, senza spese.

#### **b) Psicoterapia on-line**

La Rete offre ai navigatori l'opportunità di provare la psicoterapia online. Accenniamo solo all'esistenza di quest'aspetto, per completezza, rimandando al capitolo specifico su quest'argomento

1. Non emerge, dalle ricerche in Internet, l'esistenza di *newsgroup* con specifica finalità terapeutica. Vedremo più oltre tale possibilità parlando invece del contributo della Rete ai pazienti e ai loro familiari.



2. Vi sono esperienze di *mailing list* con finalità di psicoterapia di gruppo. Esperienze di questo tipo, a orientamento psicoanalitico, sono raccontate da Yvette Colòn<sup>57</sup> che sviluppa anche interessanti riflessioni sulla differenza fra tale esperienza e i gruppi ordinari. L'autrice ne parla comunque in termini ampiamente positivi.
3. Non esistono allo stato attuale esperienze di terapia in *IRC* (Internet Relay Chat). Questo, più che dalle caratteristiche del mezzo, deriva dalla sua storia. Le persone che si rivolgono alle chat sono motivate dalla ricerca di un contatto interpersonale e non dalla cura di un disturbo. Tali esperienze appaiono invece interessanti al momento attuale per gli aspetti che pongono relativamente all'identità personale e alle modalità interpersonali. Holland<sup>58</sup> ha descritto gli aspetti indotti in particolare dalla situazione di chat (che ha chiamato "regressione da Internet") e riguarda disinibizioni relative all'aggressività e alla sessualità. È possibile che liberarsi dal vincolo della identità ordinaria, che può scomparire del tutto in queste situazioni, faciliti queste trasformazioni. È probabile che le chat possano essere adattate a setting terapeutici.
4. Gioco di ruolo in *MUD* e *MOO*. Si tratta di giochi di ruolo che avvengono in Rete attraverso un software che collega i partecipanti al Web server. Ciascun partecipante assume un ruolo all'interno della situazione predefinita e deve operare delle scelte, che interagiscono con gli altri partecipanti e da cui conseguono reazioni a lui imprevedibili. Tali giochi possono avere implicazioni emotive e fornire identificazioni comparabili allo psicodramma. I gestori ("maghi") del gioco tendono a limitare questi aspetti e ad eliminare qualunque componente non sia strettamente legato al divertimento. È tuttavia evidente il possibile tentativo di un uso terapeutico di questa situazione, imparentata con il gioco di ruolo terapeutico e lo psicodramma. Tale possibilità richiederebbe un programma specifico e la supervisione affidata a un terapeuta esperto. Allo stato attuale, non risulta che esistano *MUD* utilizzati in senso terapeutico.
5. L'uso della posta elettronica come comunicazione all'interno di un rapporto terapeutico individuale. Si tratta della forma attualmente più in uso nella Rete. Taluni sostengono che è quella che offre maggiori garanzie per i pazienti. Parleremo delle sue carat-



teristiche e dei problemi che si pongono nel capitolo sulla psicoterapia in rete.

### **c) Connessione con i pazienti**

È stato giustamente osservato<sup>59</sup> come la moderna psichiatria del territorio abbia cercato di essere più vicina ai pazienti e al loro ambiente di vita, attraverso una collocazione delle strutture sul territorio. Questo da una parte ha portato a una dispersione geografica delle strutture, rendendo necessarie strategie della connessione, fra le quali la Rete (sia come intranet sia come Internet) ha certo un posto di rilievo. Dall'altra ha evidenziato come questa rete territoriale non sia sempre riuscita a mantenere un legame con i pazienti, sia per motivi di ordine geografico sia per la difficoltà di superare distanze che talvolta sono relazionali. È stato proposto, e in qualche caso messo in pratica, di servirsi della Rete come di uno strumento per mantenere i contatti con il paziente in talune situazioni: Questa soluzione viene anche incontro alle legittime esigenze di taluni pazienti di mantenere un contatto con le strutture terapeutiche, ma anche di mantenere una distanza che viene vissuta come garanzia di autonomia.

### **Formazione**

Il discorso sulla formazione sarebbe particolarmente vasto. Alcuni punti tuttavia ci pare possano essere qui accennati, in relazione alla possibilità di usare Internet in questo ambito sia per gli strumenti che offre sia per aspetti intrinseci alla sua natura.

Con il primo punto ci riferiamo soprattutto alle risorse che la Rete consente. Ci riferiamo alla possibilità di conoscere esperienze formative quali workshop, conferenze, training, attraverso i canali informativi della Rete, e cioè pagine Web, mailing list, newsgroup. Ma ci riferiamo in particolare anche ai newsgroup e alle mailing list come momento di confronto e di scambio che va oltre il puro passaggio di informazioni, e rappresenta un momento molto vivo per confrontare e affinare i propri modi di essere e di fare psichiatria.

Ma vi è un secondo punto che ci sembra ancora più interessante. La Rete rappresenta una straordinaria occasione per un viaggio attraverso le questioni della identità personale e della realtà. Si tratta di qualcosa di direttamente esperienziale, che può essere filtrato dalla consapevolezza. Ci svincola dall'aspetto corporeo,



sul quale basiamo usualmente le reciproche identificazioni. Siamo dei nomi, spesso solo dei “nickname” che si raccontano al di fuori di qualunque “oggettività”. Si pensi alle chat, ove chiunque può inventarsi un proprio personaggio e recitarlo, con tutte le possibili gamme dell’identificazione con esso. Le moltitudini dell’identità personale diventano evidenti, paradossalmente tangibili. Ora, riteniamo che questo aspetto della Rete sia interessante, non in quanto differente rispetto alla vita “reale”, ma proprio in quanto analogo. La Rete porta solo all’estremo che evidenzia, che oggettiva e reifica virtualmente la complessità e la fragilità della identità personale.

Con il crearci mondi che esistono solo in quanto programmi o gif o link, ma nei quali noi di fatto entriamo, viviamo esperienze, emozioni, di fatto ci confrontiamo, ci mostra quanto sia illusoria la nostra certezza del reale. I mondi “virtuali” in fondo non fanno altro che indicarci che non sono poi effettivamente diversi da quello che chiamiamo mondo “reale”. Il computer o la Rete non creano “realtà”: all’inverso ci indicano quanto sia “virtuale” la nostra quotidianità.

Il nostro affaccendarci, perderci in genere senza scopo a “navigare”, non è altro che quello che abitualmente fa la nostra mente. È come se invece di essere interno a noi, il computer ha consentito di portarlo esternamente.

Questi aspetti, laddove diventino occasione di riflessione e consapevolezza, possono rappresentare un importante elemento formativo. Troviamo i loro analoghi portarsi all’estremo ed acquisire forma nella psicopatologia: parlare di problemi di identità, di aderenza al reale è comunque diverso dopo avere meditato la propria esperienza della Rete.

Un altro momento, sempre strettamente intrinseco alla Rete, è la particolare educazione alla comunicazione e alla condivisione che la anima. Una delle cose più particolari di Internet è forse proprio il fatto che continui a esistere, e anzi si espanda costantemente e di fatto non vi siano mai stati reali tentativi, da parte di chi è collegato, di danneggiarla in qualche modo. Vi è una curiosa solidarietà e la sensazione di far parte di una effettiva comunità globale, all’interno della quale le diversità si perdono come frammenti di mondi possibili, non come una possibile reale divisione. Anche questo è un aspetto formativo di tutto rispetto per operatori che devono rapportarsi agli altri e prendersene cura.



## Per i pazienti e i familiari

Gli aspetti che abbiamo toccato ci suggeriscono il ruolo che Internet può avere anche per i pazienti e i loro familiari. Abbiamo infatti già accennato al patrimonio informativo, ai programmi di self-help, alla psicoterapia online.

1. Esistono newsgroup di sostegno<sup>60</sup> o anche mailing list, gruppi spontanei che si sono formati per offrire supporto in vari problemi o disturbi mentali. Ancora nel 1996 potevano essere individuati almeno 400 indirizzi. Viene offerto<sup>61</sup> sostegno informativo indicando e organizzando il materiale disponibile dal punto di vista psicopatologico e terapeutico. Talvolta viene organizzato in FAQ, e spesso vi sono “temi del giorno” che guidano la discussione. Viene anche offerto un sostegno emotivo, sia a pazienti sia a familiari, dove i bisogni di ciascuno possono trovare un luogo di accoglimento. Non vi sono elementi che consentano di ritenerli gruppi di psicoterapia, mentre certo possono fungere da “pronto soccorso psicologico”. Per taluni pazienti rappresentano un primo passo, per chiedere poi un effettivo intervento terapeutico, stimolato spesso anche dalle esperienze degli altri partecipanti. Altri preferiscono fermarsi a quel livello.

2. La Consultazione.

Si sta sviluppando in rete la possibilità di sottoporre specifiche questioni di natura psichiatrica, ottenendo risposte (e anche consigli) da parte di professionisti. Talvolta tali consultazioni sono gratuite; altre volte, specie se si chiede una risposta in forma privata, comporta una spesa che in genere si aggira sui 20 dollari. Gli operatori sottolineano che una analoga consultazione in uno studio costerebbe cinque volte tanto. Si tratta di una materia che sta sollevando una serie di problemi, soprattutto di tipo etico, legati in particolare alla possibilità di poter formulare risposte adeguate sulla base di un semplice quesito, del controllo di qualità relativo alle risposte e, in particolare, alla confusione che spesso si crea nei pazienti fra modalità di consultazione e modalità terapeutiche. Per non parlare della sicurezza delle informazioni in Rete rispetto a computer indiscreti.<sup>62</sup>

Pur nella limitatezza di questa nostra rassegna siamo partiti da considerazioni che generalmente riguardano l'organizzazione concreta e





ideale della Psichiatria per arrivare a esaminare quante e quali siano le risorse già oggi disponibili in Internet. Come spesso succede abbiamo cercato di evidenziare come non ci sia un problema di quantità di materiale e proposte ma di qualità sia nell'ambito organizzativo sia in quello della relazione con il paziente, sia in quello più specifico al nostro discorso dell'uso della Rete. È necessario, in particolare, avere gli strumenti per orientarsi e utilizzare Internet, che molto può cambiare del lavoro in psichiatria. È con lo scopo di contribuire a fornire questi strumenti che abbiamo scritto questo capitolo, ed è con la speranza di averlo fatto che lo concludiamo.

## Note

- 1 Non vogliamo certo segnalare qui una bibliografia di storia della psichiatria. Ci sono già molti testi e capitoli appositi nei vari manuali di psichiatria. Per un senso di opportunità non possiamo non ricordare il fondamentale contributo di Foucault M. (1963) *Histoire de la folie a l'age classique*. Tr. it *Storia della follia nell'età classica* Rizzoli, Milano, 1963 contributo fondamentale nella ridefinizione della storiografia psichiatrica. Interessante pure Dorner K. (1969) *Burger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie* tr. it. *Il borghese ed il folle. Storia sociale della Psichiatria*, Laterza, Bari, 1975 in controtendenza alla lettura foucaultiana. Da ricordare il classico Zilboorg – Henry Zilboorg G. Henry G.W. (1941) *A history of medical psychology*. Tr. it. *Storia della Psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1963, datato ma ben documentato. Interessante e specifico della realtà del nostro paese il tentativo di S. Piro *Cronache psichiatriche*. Isi 1988.
- 2 Pinel, *Traité medico-philosophique sur l'alienation mentale ou la manie* 1, Paris 1880, tr. it. Marsilio Editore, Venezia. Esquirol, *Des passions*. Tr. it *Delle passioni*, a cura di M. Galzigna, Marsilio Editore, Venezia 1982.
- 3 Saraceno B. *La fine dell'intrattenimento. Manuale di Riabilitazione psichiatrica*. Etas libri, RCS medicina, Milano, 1995 pag. 1.
- 4 Bloch S., Chodoff P. *Etica in psichiatria*, La Nuova Italia, Firenze 1995.
- 5 Qui non mancano certo riferimenti bibliografici da cui siamo recentemente sovrastimolati. La questione della competenza aziendalistica degli operatori, i problemi socio-economici dei servizi, la VRQ piuttosto che il monitoraggio e il miglioramento della qualità. Si rimanda



a Brunod M., Olivetti Manoukian F.O. (a cura di) *Costruire Servizi in Psichiatria*, Franco Angeli, Milano 1998 oppure, per citare un lavoro rappresentativo di una scuola, Ruggeri M. “Gli obiettivi e i modelli e i metodi per la valutazione dei servizi psichiatrici. Un’esperienza italiana” *Epidemiologia e psichiatria sociale* 5, 1, 1996 19-27; ai recenti di Mistura S. “Di alcuni motivi in tema di qualità” e Cocchi A. “Economia sanitaria e organizzazione dei Servizi di Salute mentale” apparsi entrambi nel numero di dicembre 1998 volume CXXII della *Rivista Sperimentale di Freniatria*.

- 6 Forse sarebbe meglio dire convenzionale anche se le due cose si sovrappongono. (Vedi DSM, ICD e relative premesse, come per esempio l’interessante Frances A., First M. B. e Pincus H. A. *Guida al DSM IV*, Masson 1997.)
- 7 Thornicroft G., Tansella M. *Mental health outcome measures*, Springer 1996. Jenkins R., “Toward a system of outcome indicators for mental health care” *Br j Psychiatry*, 127, 500-514.
- 8 Corrispondenza che è sempre stata l’obiettivo di chi si è occupato del mentale come testimoniano le opere dello stesso Freud, da *Progetto per una psicologia* in poi.
- 9 Saraceno op. cit.
- 10 Questo aspetto molto problematico del lavoro psichiatrico è rintracciabile attraverso tutta la cultura psicodinamica della psicoterapia delle psicosi.
- 11 Progetto obiettivo tutela salute mentale 1994-1996, Progetto obiettivo tutela salute mentale 1998-2000, [www.publinet.it/pol/speciale](http://www.publinet.it/pol/speciale).
- 12 Jenkins R., Toward a system of outcome indicators... *op. cit.* Thornicroft-Tansella *op. cit.* Ruggeri M. *op. cit.*
- 13 Ammadeo F., Bacigalupi M., De Girolamo G., Di Munzio W., Lora A., Semisa D. “Attività interventi e strutture del Dipartimento di Salute Mentale”, *Epidemiologia e psichiatria sociale*, Monograph Supplemnt 2 al n. 2, volume 7, maggio-agosto 1998.
- 14 Ci riferiamo non solo alle note CTRP “ad esaurimento” ma alla diffusa difficoltà di ridefinire in termini strutturali spazi, risorse e personale legato ai residui della vecchia psichiatria manicomiale. Oppure alla tendenza, tipica degli anni 80 in certe Regioni di identificare completamente la psichiatria con i servizi ospedalieri di diagnosi e cura.
- 15 Non serve scomodare grandi pensatori della psicoanalisi come il Bion



- di *Attenzione e Interpretazione*, Armando, Roma o altri per intuire la concretezza di tale affermazione.
- 16 Interessante a questo proposito l'atteggiamento provocatorio e semi ironico di un grande teorico della relazione terapeutico come Hillman, nel libro intervista *Cento anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio*.
  - 17 A.S. Henderson *Psichiatria sociale ed epidemiologia* a cura di Tansella, Il Pensiero Scientifico, 1991.
  - 18 Hocman, "Realité partagè et traitement des psychotique", *Revue Francaise di psychanalise*, Tome L, 11-12, 1986.
  - 19 Un articolo per altri l'editoriale su Sharfstein S. "Cost-effectiviness of psychiatric Care" *Am. Journal of Psychiat.* 154 n.6, june 1997. Per una riflessione etico-economica è interessante consultare A. Sen *La diseguaglianza*, Marsilio Editore, Venezia 1998.
  - 20 Huang M. P, Alessi N. E. "The Internet and the future of Psychiatry" *Am. J. Psychiatry* 1996,153:861-869.
  - 21 Una descrizione introduttiva molto chiara si può trovare in <http://intrack.com/intranet/faqbasic.shtml#Q21> [febbraio 1999]
  - 22 Un sito dove si può trovare materiale interessante, legato a una esperienza avanzata di intranet in ambito psichiatrico è <http://intranet.urmc.rochester.edu/psych/summary.htm> [febbraio 1999] a cura del Dipartimento di psichiatria di Rochester.
  - 23 L'esperienza di Rochester è ben descritta alla richiamata nella nota precedente.
  - 24 Lo segnalano Briscoe, M. & Johnson, M. (1998), "Computers In Psychiatry - What Happened To All The Hype?", *Psychnews International*. Vol 3, 4, December 1998, <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999].
  - 25 Glover, G.R. (1996), "Mental Health Care and the Big IT", *CIMH – Computers in Mental Healt*, <http://www.ex.ac.uk/cimh/courage.htm#glover> [febbraio 1999] Oppure *Psychiatric Bulletin* 1996, 20, 195-7.
  - 26 Glover, G.R. (1996). Op.cit.
  - 27 Il server è ospitato presso il IV Servizio, il cui primario, Dr. Realdon, ha avuto un ruolo essenziale nella progettazione e realizzazione della iniziativa.
  - 28 Sunkyo Kwon (1997), "Internetworking Potentials - Tool And People Approaches", *Psychnews International*, Vol. 2, 2 Feb-Mar 1997, <http://www.cmhc.com/pni/pni22a.htm> [22/02/1999]



- 29 Sunkyo Kwon, op. cit.
- 30 Corriveau, D. "On The Behavior Of Scientists Or The Impact Of The Internet On Psychology: Part II", *Psychnews International*, Vol. 2, 5, Oct-Dec 1997, <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999].
- 31 Per esempio, SCHIZOPHRENIA: Schizophrenia Home Page: (<http://www.schizophrenia.com>); Schizophrenia [mentalhealth] (<http://www.mentalhealth.com/dis/p20-ps01.html>); Schizophrenia Australia Foundation (<http://www.vicnet.net.au/~saf/safhome.html>); Schizophrenia: A Handbook For Families (<http://www.mentalhealth.com/book/p40-sc01.html>); Schizophrenia: Youth's Greatest Disabler British Columbia Friends Of Schizophrenia Society. Index - Doctor's Guide to the Internet - Schizophrenia A guide of interest to professionals and/or patients. Schizophrenia [Basic information] ))
- 32 [http://stange.simplenet.com/psycsite/html/for\\_professionals.html](http://stange.simplenet.com/psycsite/html/for_professionals.html)
- 33 Le organizzazioni Stockley List (Internet Mental Health Resources) [http://www.freenet.msp.mn.us/ip/health/stockley/mental\\_health.htm](http://www.freenet.msp.mn.us/ip/health/stockley/mental_health.htm)
- 34 <http://www.shef.ac.uk/~psysc/>
- 35 [http://www.psychologie.uni-bonn.de/home\\_e.htm](http://www.psychologie.uni-bonn.de/home_e.htm)
- 36 <http://www.amazon.com>
- 37 <http://www.unl.edu/buros/home.html>
- 38 Per maggiori dettagli: Andrews G. & Peters (1998) L. CIDI, "Auto. A Computerised Diagnostic Interview for Psychiatry", *CIMH - Computers in Mental Health*, <http://www.ex.ac.uk/cimh/cidart.htm>.
- 39 Ne citiamo qualcuno: Psylink (<http://www.plattsburgh.edu/psyc/psylink/>); Sibyl (<http://indy1.gamma.rug.nl/sibweb/iecsibfr.html>); oppure il sito di Bob Bischoff, che contiene molto materiale scaricabile (<http://www.shrinktank.com>). Un altro sito importante per reperire e spesso scaricare software utilizzabile è <http://www.york.ac.uk/inst/ctipsych/dir/abnormal.html>.
- 40 <http://ariel.unimelb.edu.au/~lambertt/>
- 41 <http://ericae.net/>
- 42 <http://www.ex.ac.uk/cimh/welcome.htm>
- 43 <http://www.cmhc.com/guide/pro24.htm>
- 44 Note di questo dibattito possono essere trovate all'indirizzo <http://www.ex.ac.uk/cimh/courage.htm>
- 45 È interessante la ricostruzione di questa storia in Cutter F. (1996a) "Self-Help Software On The Web", *Psychnews International*, 1, 4 July 1996, <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999].



- 46 <http://www.ex.ac.uk/cimh/chat.htm>.  
La comunicazione originale di Weizenbaum si intitolava “ELIZA — A computer program for the study of natural language communication between man and machine”, citato in Cutter (1996a).
- 47 Martin Briscoe e Mark Johnson (1998). Op. cit.
- 48 Cutter F. (1996a). Op.cit.
- 49 Briscoe M. (1997). “Computing Applications In Mental Health”, *Psychnews International*, Vol. 3, 1, March 1997, <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999]; oltre a Briscoe M. & Johnson M. (1998). Op. cit.
- 50 <http://www.ex.ac.uk/cimh/fear.htm> [25/02/1999]
- 51 <http://www.ex.ac.uk/cimh/ctp.htm> [25/02/1999]
- 52 <http://www.ex.ac.uk/cimh/btstep.htm> [25/02/1999]
- 53 <http://www.ex.ac.uk/cimh/bscpw3.htm> [25/02/1999]
- 54 <http://www.mindstreet.com> [25/02/1999]
- 55 <http://www.ex.ac.uk/cimh/moodmon.htm> [25/02/1999]
- 56 <http://www.gamma.rug.nl/siby1.html> [25/02/1999]
- 57 Colón, Y. “Chatter(Er)Ing Through The Fingertips: Doing Group Therapy Online”, <http://www.echonyc.com/~women/Issue17/public-colon.html>
- 58 Cutter F. (1996b), “Virtual Psicotherapy?”, *Psychnews International* 1, I 3, June 1996, <http://www.cmhc.com/pni/pni13b.htm>
- 59 Glover, G. R., (1996). Op. cit.
- 60 Un elenco è reperibile presso <http://www.cmhc.com/>
- 61 È una interessante riflessione critica sull’argomento, basata su una lista per pazienti DOC e loro familiari: Stein, D. J., (1977) “Psychiatry on the Internet: survey of an OCD mailing list”, <http://www.ex.ac.uk/cimh/stein.htm>, ristampato con il permesso di *Psychiatric Bulletin* (1997),21. 95-98.
- 62 Interessanti riferimenti in Sleek, S., Online therapy services raise ethical questions  
*The Internet offers psychology new opportunities and new responsibilities.*  
<http://www.cmhc.com/articles/apa1.htm> [20 febbraio 1999]