

# La Sezione medico psicologica per minorenni del Cantone Ticino

## *Criteri, strutture e funzionalità*

La presenza di un servizio psichiatrico cantonale operante nel settore dell'età evolutiva (infanzia e adolescenza), data da oltre 25 anni. Nel 1952, infatti, veniva approvata ufficialmente e inserita nella Legge sanitaria la normativa concernente i diversi compiti che l'allora Servizio di igiene mentale (SIM) era chiamato a svolgere in favore della popolazione ticinese, nell'ambito clinico della prevenzione e del recupero delle perturbazioni di natura medico-psico-sociale.

Sino da allora, con personale e mezzi estremamente limitati, il SIM andò organizzandosi formando le basi e le linee di sviluppo secondo le quali, in tempi relativamente lunghi, si è giunti all'assetto odierno. Vale a dire che già nei momenti iniziali il SIM si orientò a suddividere il campo di intervento nelle due aree principali corrispondenti all'età adulta e all'età evolutiva, secondo criteri di settorializzazione regionale e infine sulla base dei due moduli operativi essenziali per la funzionalità di un servizio psichiatrico: lavoro esterno (ambulatori), articolato con lavoro istituzionale. Occorre anche aggiungere che molto precocemente, in ogni caso al momento in cui la presenza di un organico minimo del personale lo consentì, il SIM assunse la configurazione di struttura multidisciplinare, accogliendo cioè operatori con diversa formazione, capace di rispondere tecnicamente alle molteplici esigenze di ordine medico-psichiatrico, psicologico, sociale, emergenti appunto dalla casistica e dai problemi di cui si doveva occupare.

Durante gli anni 50, il personale del SIM comprendeva un medico psichiatra a tempo parziale, una psicologa a pieno tempo, due-tre psicoeducatori. Le attività di consultazione e di trattamento si svolgevano in tre ambulatori regionali, interessati sia alla casistica in età adulta (dimessi dallo ONC e carcerati, soprattutto), sia di soggetti in età evolutiva affetti da problemi scolastici e comportamentali, segnalati prevalentemente dalla scuola e da istituti del Cantone. Alla fine di quel periodo la responsabilità operativa del SIM nell'ambito giovanile veniva accresciuta mediante l'assunzione di nuovo personale e l'istituzione del primo centro specializzato cantonale per bambini bisognosi di osservazione e

trattamento in internato (Centro medico-psico-pedagogico).

Gli anni 60 vedono il progressivo sviluppo, a tutti i livelli, dei servizi medico-psico-sociali cantonali, sviluppo che ha portato al potenziamento organizzativo e strumentale degli stessi servizi, sino alla loro differenziazione strutturale, sanzionata ufficialmente nel 1969 con la trasformazione del SIM in due organismi autonomi: la Sezione medico-psicologica per minorenni (SMP) e la Sezione psico-sociale per adulti (SPS), ambedue amministrate dal Dipartimento opere sociali.

La SMP è dunque un'istituzione relativamente giovane, almeno per quanto riguarda la precisa individuazione attuale, ma abbiamo visto come il suo evolversi tragga origini abbastanza lontane nel tempo, mostrando altresì l'impronta del modello, impostato sino dagli inizi, al quale si richiamano le istituzioni analoghe e, più in generale, le strutture operative ispirate ai criteri moderni della psichiatria e della psicologia. È interessante osservare che, in prospettiva, la «storia» dei servizi psichiatrici cantonali ripete analogicamente il processo evolutivo in generale della psichiatria e delle sue istituzioni. Dall'Ospedale Neuropsichiatrico, cioè dalla psichiatria unicamente istituzionale, ai servizi medico-psico-sociali esterni, vale a dire alla psichiatria operante direttamente nel campo sociale; dalla psichiatria descrittiva, rigidamente biologistica, nata e cresciuta essenzialmente nel contesto della neuro e psicopatologia adulta, all'assunzione di modelli psichiatrici più permeabili agli apporti di altre discipline scientifiche, stimolata e nutrita in modo decisivo da quell'insieme di conoscenze e di metodologie che oggi costituiscono l'entità autonoma della psichiatria infantile e dall'adolescente: appunto le tre fasi evolutive della psichiatria cantonale, ONC - SIM - SMP e SPS, con l'integrazione funzionale delle strutture nei diversi momenti, istituzionali e non, alla quale oggi stiamo assistendo.

### **Struttura organizzativa**

Dal punto di vista organizzativo la SMP si ripartisce, da un lato, in due aree relative alle classi di età (bambini, adolescenti); da

un altro lato ha predisposto due settori specifici di intervento: ambulatoriale e stazionario; dall'altra parte, infine, si distribuisce secondo i criteri della settorializzazione regionale, mediante sedi distaccate e dotate di autonomia funzionale nella regione del Sottoceneri, del Bellinzonese e del Locarnese.

In breve, la SMP dispone di tre centri ambulatori (Lugano, Locarno e Bellinzona), in ciascuno dei quali operano un'équipe per bambini e un'équipe per adolescenti. Il settore adolescenti è di recente costituzione (1973-1974). La Commissione cantonale per la lotta alle sostanze stupefacenti ha avuto un ruolo di importanza primaria nel recepire e stimolare l'individuazione di questo settore, alle cui necessità operative sino a quel momento il SIM non era in grado di fare fronte a causa delle forze insufficienti di cui disponeva.

Nel Mendrisiotto, a Coldrerio, è stata aperta da poco una sede distaccata di Lugano, con équipe incompleta (1 medico a tempo parziale, 1 psicologa e 1 rieducatrice della psicomotricità).

Il personale che provvede al funzionamento dei servizi ambulatoriali si distribuisce nel modo seguente:

7 medici psichiatri (direttore, vice direttore, 2 capo-équipe per bambini, 2 capo-équipe per adolescenti, 1 medico consulente a tempo parziale), nonché 1 medico assistente in formazione psichiatrica; 14 psicologi con formazione universitaria, 4 psicoterapeuti, 2 psico-educatori, 3 rieducatrici della psicomotricità (2 a tempo pieno e 1 a tempo parziale), 3 assistenti sociali distaccate dal Servizio sociale cantonale.

In collegamento con i diversi ambulatori, ogni regione è giunta oggi a possedere strutture stazionarie che al momento risultano così definite:

— Centro medico-psico-pedagogico, a Stabio (internato di osservazione e terapia per bambini affetti da perturbazioni nevrotiche, psicotiche e caratteriali).

— Ospedale di giorno, rispettivamente a Stabio, Lugano e Locarno (si tratta di istituzioni nelle quali i casi soggiornano a tempo parziale, rientrando in famiglia la sera e ricevendo un tipo di assistenza specializzata molto continuativa, articolata nei momenti terapeutici, pedagogici, didattici e creativi).

— Centro socio-pedagogico per adolescenti, a Minusio. Il Centro completa il quadro delle istituzioni collegate alla SMP e sta svolgendo un'esperienza di trattamento su casi con problemi tossicofili in esordio o in via di estinzione; nel Centro i molteplici interventi riabilitativi e terapeutici vengono effettuati nella cornice di una comunità che tenta di inserirsi nell'ambiente sociale circostante.

### **Funzionalità**

L'unità costitutiva e funzionale di base della SMP è l'équipe multidisciplinare (medico psichiatra responsabile, psicologo, psicoterapeuta, rieducatore, assistente sociale). A livello delle istituzioni le équipes sono configurate diversamente, in relazione alle specifiche esigenze operative ed al carattere più fluido e meno codificato di queste strutture, offrendo maggiore spa-

zio per gli specialisti clinico-psicologici ed educativi, pur essendo prevista la copertura e la consulenza da parte della direzione e delle équipes standard descritte qui sopra, operanti nelle sedi ambulatoriali. La necessità del lavoro diagnostico e terapeutico di équipe si giustifica in base agli assunti teorici e metodologici di cui si diceva a proposito delle origini e delle impostazioni psicodinamiche dell'intervento psichiatrico e clinico-psicologico<sup>1)</sup>. Secondo le stesse impostazioni, la psicopatologia viene a configurarsi in modi sintomatici che esprimono la carenza o il fallimento dei meccanismi, costituzionali e appresi, di adattamento della personalità al proprio ambiente interno ed esterno<sup>2)</sup>. Sul piano pratico, ciò significa che il lavoro clinico non mira a porre semplicemente l'etichetta di una classificazione nosografica, bensì a cogliere l'intreccio dei fattori di ordine biologico, psicologico, socio-familiare e biografico che hanno tipizzato lo stile, più o meno adeguato o inadeguato, dei sistemi psicodinamici mediante i quali una determinata personalità organizza il proprio modo di essere e di agire<sup>3)</sup>. L'esplorazione delle diverse dimensioni di personalità coinvolte nel sintomo osservato richiede dunque l'impegno di operatori specializzati, dotati degli strumenti appropriati per eseguire le specifiche rilevazioni: mediche, neuro e psicopatologiche, clinico-psicologiche e sociali (situazione evolutiva, livello ed efficienza intellettuale, profilo psicodiagnostico di personalità, quadro socio-familiare e scolastico, ecc.). I dati così ricavati vengono elaborati ed integrati nella sintesi diagnostica, in base alla quale si traggono le possibili indicazioni di trattamento, che terranno conto della incidenza dei fattori implicati nella perturbazione esaminata e richiederanno quindi l'intervento articolato dei diversi operatori (prescrizioni medicamentose, psicoterapia di profondità o focale, sostegno pedagogico e di servizio sociale, rieducazione psicomotoria, ecc.). Il trattamento può effettuarsi ambulatorialmente, accompagnato o meno da lavoro sull'ambiente familiare, sulla scuola e sull'istituzione che accoglie eventualmente il soggetto, a seconda dei casi.

La stessa SMP, come si diceva, dispone di servizi stazionari, all'interno dei quali si svolgono eventuali complementi di osservazione e soprattutto un lavoro terapeutico e psicopedagogico mirante a risolvere la psicopatologia dei casi più gravi, nonché a riorganizzare moduli comportamentali perturbati sui diversi piani dell'apprendimento, della socializzazione e della relazionalità.

Volendo esemplificare in modo più concreto, un bambino che rifiuta ansiosamente la frequenza dell'asilo o della scuola; un altro che soffre di terrore notturni o di paure inspiegabili, o che non riesce nell'apprendimento grafico o lessicale; un altro bambino ancora che si rinchioda in sé e diviene indifferente agli stimoli esterni; uno scolaro pervicacemente improduttivo, inibito o irrequieto; un adolescente che mostra condotte antisociali, bizzarre, che cade nella droga; in questi casi si potranno mettere in evidenza, rispettivamente, una fobia scolare, l'esordio di una nevrosi o di angosce evolutive, la presenza di perturbazioni dello sviluppo psicomotorio, un quadro di debilità organica o di pseudo-

debilità di origine emozionale, lo strutturarsi di una caratteropatìa; infine, nel caso dell'adolescente, l'instaurarsi di fenomeni perturbati che vanno dalla crisi evolutiva, alla nevrosi, alla caratterialità, sino alla pre-psicosi, con o senza complicazioni tossicofiliache.

Non è però sufficiente definire questi casi nella categorie diagnostiche citate e nemmeno è sufficiente il secondo livello di interpretazione, relativo alla messa in evidenza di particolari dinamiche relazionali, quali l'ansietà di separazione dalla figura materna, la conflittualità con l'immagine del padre e dei suoi «rappresentanti» sociali, una rivalità fraterna, un contrasto di ambivalenza e via dicendo. Il processo diagnostico dovrebbe arrivare ad inserire correttamente e in modo significativo il sintomo, e le dinamiche profonde che lo sostengono, nell'organizzazione complessiva della personalità, nella sua storia anteriore come nell'insieme della dotazione attitudinale, tenendo conto pure del contesto di esperienze legate alla risposta dell'ambiente, al messaggio latente contenuto nel sintomo stesso<sup>4)</sup> e<sup>5)</sup>.

Sul piano terapeutico ne consegue che gli obiettivi si costituiscono meno nell'ambito del rimedio sintomatico, più nel tentativo di risolvere alle radici il complesso di cause che appunto determinano la fisionomia complessiva della personalità e della sua perturbazione. Ciò impiegando singolarmente o, come spesso accade, in modo complementare i diversi strumenti tecnici di intervento. La suddivisione funzionale della SMP, accanto al lavoro clinico di consultazione e terapia già descritto, comprende pure attività di consulenza e di formazione.

L'attività di consulenza è rivolta a quegli enti (famiglia, scuola, Servizio sociale, istituzioni giuridiche, istituti), che nell'ambiente sociale si assumono compiti di interesse primario nel campo educativo, assistenziale e normativo. È a questo livello che le proposte contenute negli specifici modelli della psichiatria trovano modo di impegnarsi a largo raggio, nel senso della sensibilizzazione come in quello della consulenza professionale, sull'area del sociale, con particolare riferimento ai problemi della prevenzione e del recupero delle perturbazioni giovanili.

La SMP, infine, dedica uno spazio importante alla formazione e all'aggiornamento tecnico-scientifico dei propri operatori, come pure di operatori esterni interessati alle diverse discipline coinvolte nel settore medico-psico-pedagogico. Disporre di personale sempre meglio qualificato e sperimentato, stimolare e aggiornare la pratica corrente con apporti di tipo didattico, anche nei fatti concreti costituisce una necessità sulla quale non occorre spendere troppe parole.

Tali attività vengono curate sia all'interno della Sezione (seminari, conferenze, didattiche nel campo pratico, ecc.), da parte di operatori più qualificati e sperimentati, come da esperti invitati dall'estero, sia favorendo la frequenza di centri universitari e formativi, comunque fornendo opportunità di esperienze di apprendimento. In ogni caso è organizzata l'integrazione dei programmi formativi della Sezione con quelli di altre istituzioni aventi scopi didattici, scientifici e culturali (Società Svizzera di

Psichiatria, di Psichiatria infantile e dell'adolescente, di Psicoanalisi, di Psicologia, ecc.).

Un ultimo cenno riguarda il volume di lavoro svolto in rapporto alla casistica che affluisce presso la Sezione.

I dati numerici del prospetto statistico esprimono una operatività differenziata ed importante da parte dei diversi servizi coordinati dalla Sezione. La casistica esaminata e trattata, dopo una curva ascendente osservabile nel corso degli anni precedenti, in parallelo con lo sviluppo delle strutture e l'incremento della funzionalità, si è stabilizzata su quantità costanti. Quantità che non sono inferiori, in certi casi risultano superiori, alle rivelazioni fornite da servizi di altri Cantoni.

L'impegno tecnico e operativo non è tuttavia computabile semplicemente nei termini quantitativi tradotti nelle cifre riportate. Un esame standard eseguito dall'équipe, secondo il modulo descritto, richiede parecchie sedute diagnostiche che vedono occupati diversi specialisti delle équipes sino al momento della sintesi diagnostica. Se al lavoro di diagnosi seguono interventi di trattamento, l'investimento di personale, di energie e di tempo diviene più rilevante. Una psicoterapia analitica comporta 3-4 sedute settimanali durante un minimo di 2-3 anni; la psicoterapia focale e di sostegno, accompagnata o meno da farmacoterapia, richiede 1-2 sedute settimanali per una durata minima di qualche mese a un anno; un trattamento di rieducazione psicomotoria o di sostegno didattico-pedagogico significa 1-2 sedute settimanali nel corso di un anno circa. Tenendo conto, infine, che il trattamento di un caso sovente comporta le prestazioni di diversi operatori, crediamo di avere dato un'idea più precisa della massa di lavoro che sta a monte delle cifre indicate nel prospetto. E con queste cifre non è nemmeno computabile l'attività di consulenza e di formazione svolta da parte della SMP.

## Conclusioni

Quello attuale non rappresenta uno dei momenti più facili per coloro che hanno definito la propria identità professionale quali tecnici impegnati nelle applicazioni delle scienze psichiatriche, psicologiche e pedagogiche. A questi professionisti, fra l'altro, si chiede di non essere tali — la professionalità sembra infatti costituire una colpa sociale — cioè si chiede loro di rinunciare al modello tecnico e clinico per

1) MASCIANGELO P.M., MELANDRI R. - Equipe pluriprofessionale e comunità terapeutica nel moderno schema di riferimento dell'assistenza psichiatrica - Riv. Ital. Sicurezza Sociale - n. 1-2, 1966.

2) HARTMANN H. - Ego Psychology and the problem of Adaptation - New York, Int. Univ. Press, 1958.

3) BESSO L. - Méthodologie du diagnostic en psychiatrie - Conferenza presso la Policlinique Psychiatrique Universitaire di Losanna - 23 novembre 1977.

4) FREUD A. - Normality and Pathology in Childhood - Int. Univ. Press, 1965.

5) MASCIANGELO P.M. - Questioni metodologiche di fronte al problema della diagnosi prognosi nelle psiconevrosi infantili - Atti 2° Congr. Naz. Neuropsichiatria infantile - Pisa, 1966.

rivolgere alle ideologie; si domanda pure, d'altro canto, di restringere il loro impegno, apportatore di una pericolosa tecnocrazia e della «psichiatria» dell'ambiente; oppure ci si aspetta da tali professionisti cose che non possono dare, in quanto esulano dalle loro precise competenze, per poi collocare la categoria nel ruolo di responsabile di fronte alla mancata soluzione di problemi che hanno radici altrove. Senza contare l'incidenza costante, ripetitiva, di operazioni completamente al di fuori, nell'essenza e negli scopi, dallo specifico campo della professionalità clinica che ci appartiene. E la scarsa conoscenza dell'oggetto di cui si discute, talvolta in termini violenti e sempre in modi assolutamente superficiali, stereotipati, si pone quale momento essenziale nello sviluppo di simili distorsioni pregiudiziali, capaci di deteriorare seriamente un'area di lavoro tanto delicata.

In tale prospettiva va collocato uno dei motivi — l'altro è di esclusivo significato tecnico — che ci hanno indotti a tratteggiare un quadro sintetico il più possibile, dal quale si possano trarre precise informazioni circa gli orientamenti (strettamente tecnici e clinici, ripetiamolo), l'organizzazione e la funzionalità dei servizi che la SMP è in grado di fornire a coloro che ne hanno bisogno ed alla comunità.

È utile la presenza di tale struttura specializzata? È affetta quest'ultima da gigantismo e tendenze espansionistiche? È efficiente, o sufficiente, per gli scopi che si prefigge? Costituisce una preoccupante manifestazione di statalizzazione della psichiatria? Le risposte, speriamo, saranno deducibili dalle pagine che hanno preceduto. Possiamo soltanto aggiungere che è dovere dello Stato preoccuparsi di approntare istituzioni e strumenti organizzati, di interesse sociale, nel campo della salute in generale e di quella mentale nel caso particolare, senza che ciò significhi sconfinamento — peraltro inutile — nel campo della pratica psichiatrica privata. Questa infatti occupa uno spazio particolare, segue criteri e modi che non vogliono, né possono, sostituirsi agli spazi, ai criteri e alle modalità di lavoro dei servizi medico-sociali, strutturati appositamente per rispondere a bisogni molteplici, articolati con i fenomeni collettivi emergenti dal corpo sociale: non dovrebbe esistere contrasto, ma complementarità fra i due campi.

Dal canto nostro riteniamo di poter affermare che la prima fase, quella cioè di consolidare l'esistenza dei servizi medico-psicologi, di dare loro un'operatività adeguata, sia sul piano quantitativo, sia su quello qualitativo, è vicina alla conclusione: in modo più decisivo nel quadro ambulatoriale, meno in quello istituzionale, particolarmente soggetto a rielaborazioni ed a ipotesi di sperimentazione.

Su questo cammino abbiamo incontrato difficoltà di ogni genere, tecniche, di reperimento e di qualificazione del personale, amministrative, sociali e politiche. Ciò ha provocato ristagni, disarmonie, talvolta accentuate e difficili da correggere, nei processi di sviluppo delle strutture e dei differenti settori di funzionamento.

L'esperienza raccolta in questi anni ci propone comunque alcuni spunti di evoluzione.

In primo luogo, una maggiore clinicizzazione del lavoro, particolarmente nell'area istituzionale (il che può comportare riduzioni dell'impegno in iniziative che richiedono una libertà d'azione ed una mobilità meglio gestibili da parte di istituzioni a carattere privato, o semiprivato: i foyers per adolescenti, ad esempio). In secondo luogo, si mira ovviamente a rafforzare ed affinare le disponibilità tecniche dei servizi, nonché a favorire, per quanto ci sia consentito, l'autonomia funzionale di strutture esterne alla nostra, ma confinanti per

il tipo di lavoro e gli interessi perseguiti (l'area dell'educazione speciale e del lavoro «protetto», costituiscono alcuni esempi significativi). Per finire, guardiamo con particolare attenzione all'organizzarsi di un'articolazione programmata della SMP con le altre strutture psichiatriche cantonali, come con quegli enti pubblici e privati che nel Cantone sono orientati verso obiettivi affini, o complementari ai nostri.

**L. Besso**  
direttore

**P.M. Masciangelo**  
vice-direttore

## PROSPETTO STATISTICO

	1972	1973	1974	1975	1976	1977
<b>Totale casi</b>	<b>1112</b>	<b>1256</b>	<b>1238</b>	<b>1502</b>	<b>1579</b>	<b>1598</b>
<b>Segnalazioni</b>						
Famiglia, autosegnalazioni	409	529	552	532	550	532
Medici	59	78	104	165	228	170
Scuole e istituti speciali	415	447	453	486	347	322
Magistratura Minorenni, Tutore uff.						
altre autorità amministrative e giudiziarie	44	76	94	44	129	131
Servizio sociale cantonale	116	65	59	51	52	54
Altri	69	73	87	76	58	102
<b>Motivo della segnalazione</b>						
Presunto ritardo intellettuale, difficoltà scolastiche	296	252	360	459	406	416
Difficoltà comportamentali	218	242	357	324	366	383
Turbe patologiche della personalità						
turbe affettive	162	215	355	369	354	350
Esami di maturità (orientamento scolastico e professionale)	146	236	183	389	281	148
Selezione educatori	25	35	20	38	3	—
Selezione aiuto domiciliari	15	20	20	25	—	—
Selezione corso assistenti geriatriche	20	20	30	—	—	—
Selezione educatrici materne	20	25	—	20	—	17
Collocamenti	51	50	46	15	41	34
Altri	152	163	101	158	243	257
<b>Tipo di prestazioni</b>						
Esami psichiatrici	234	293	405	397	361	373
Esami psicodiagnostici	559	557	598	752	619	798
Esami di dépiage	164	103	117	152	78	112
Esami specialistici	74	104	93	104	84	72
Inchieste sociali	32	32	51	23	63	47
EEG	31	36	64	52	40	37
Altri	60	100	61	61	72	69
<b>Provvedimenti</b>						
Psicoterapia intensiva	55	90	110	99	101	123
Psicoterapia breve	32	97	100	188	171	153
Psicoterapia di gruppo	1	3	4	2	—	16
Rieducazione psicomotoria	23	62	108	126	95	82
Sostegno psicopedagogico	96	110	149	242	317	343
Rieducazione logopedica	53	70	64	72	52	51
Farmacoterapie	46	66	56	91	62	50
Misure ass. sociale	32	25	75	52	88	65
<b>Interventi</b>						
Scuola	187	229	287	428	315	376
Famiglia	357	422	529	582	545	611
<b>Collocamenti</b>						
Istituto	90	127	90	94	96	102
Classe speciale	18	34	61	72	32	76
Famigliare	4	5	10	16	11	14
Altri	91	139	75	35	40	28
<b>Rapporti e perizie</b>	<b>511</b>	<b>500</b>	<b>643</b>	<b>503</b>	<b>456</b>	<b>565</b>

Le segnalazioni di casi possono avvenire sia per scritto che per telefono, indirizzandosi alle segreterie delle sedi della Sezione:

LUGANO, Via Simen 2, tel. 091/23 76 21; LOCARNO, Via Bramantino 27, tel. 093/31 19 31; BELLINZONA, Largo Elvezia 2, tel. 092/25 85 57; COLDRERIO, Via Mola, tel. 091/46 62 15.