

Quaderni di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Ausl di Parma

Quaderno n.2-2019

Dalle Residenze alla recovery, dai centri alle reti. L'approccio "Saura"

Scritti di: Silvia Bertoli, Andrea Cabassi, Patrizia Ceroni, Raffaella Dall'Aglio, Giuseppina Paulillo, Pietro Pellegrini, Clara Pellegrini,

INDICE

PRESENTAZIONE pag. 3

RIFLESSIONI SULL'ESPERIENZA DEL CENTRO "FERDINANDO SANTI" Pietro Pellegrini
pag. 4

UN MODELLO TERRITORIALE PER LE RESIDENZE Silvia Bertoli pag.33

IL FUTURO DELLA RESIDENZIALITA': L'APPROCCIO "SAURA" Pietro Pellegrini pag. 38

LA REMS NELLA TERAPIA DI COMUNITA' Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Clara
Pellegrini pag. 50

RELAZIONE SUL CRUSCOTTO PER LA RESIDENZIALITA' E BUDGET DI SALUTE
Raffaella Dall'Aglio, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini pag. 65

POST FAZIONE Andrea Cabassi pag. 74

Quaderno dedicato a Saura Mazza, infermiera, che con vitalità innovatrice, paziente ricerca, ha saputo creare speranza e futuro come parte del grande movimento per una psichiatria gentile, umana e competente.

Presentazione

Il secondo “Quaderno di Parma” è dedicato ad una raccolta di scritti sull’evoluzione della Residenzialità psichiatrica, un concetto polisemico, concreto e sfuggente, che viene declinato verso la ricerca della guarigione, della recovery. Nel primo contributo viene ripercorsa la storia del Centro Santi, attivo dal 1975 per delineare un percorso che da luoghi definiti porta a costruire reti fino a riscoprire la centralità dell’abitare il territorio, di vivere la casa. Se la psichiatria, come scrive Benedetto Saraceno¹ è storia di case, quella scelta dalla persona, anche se affetta da disturbi mentali, può divenire un luogo carico di senso, sede della vita, della salute e del benessere.

Per questo occorre un approccio, tanto naturale quanto antico, con il quale si è costruita l’alternativa al manicomio e poi si è realizzata la legge 180. L’ho chiamato l’approccio “Saura” in onore a chi come infermiera lo ha inventato, a lungo praticato e ancora troppo poco insegnato alle giovani generazioni. In un’epoca dove giustamente guardiamo con attenzione alle esperienze straniere, come il Dialogo Aperto, è con orgoglio che presento un prodotto locale, di Parma, della sua provincia tra San Secondo e Trecasali, nella bassa prossima al Taro e al Po, vicina a Colorno dove vi era l’Ospedale Psichiatrico. Un approccio decisivo per chiudere Ospedali Psichiatrici prima e quelli Giudiziari più recentemente, risultati straordinari, unici al mondo, che altri metodi sono ben lontani dal raggiungere. E’ un lavoro con la persona e la sua famiglia nella comunità, sede delle sofferenze ma anche delle risorse per fronteggiarle e superarle. Luogo del senso, delle relazioni sempre autentiche, profonde come sanno fare le persone molto preparate professionalmente, umane e pragmatiche, cioè attente alla terra e allo scorrere dei fiumi, alla natura e agli animali. L’approccio “Saura”, di cui si parlerà più dettagliatamente, è anche un omaggio a tutti gli operatori che hanno dedicato la vita ad aiutare e stare accanto alle persone che soffrono.

Come si è detto attraverso il sistema di salute mentale di Comunità, recentemente si sono chiusi gli OPG, una “rivoluzione gentile” ha detto il Commissario Franco Corleone, e in questo quadro viene proposta una riflessione sulla Residenza per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza. A questa fa seguito una relazione sul Cruscotto Residenzialità e Budget di Salute dalla quale emerge la complessa articolazione del sistema. Chiude il Quaderno la post-fazione del collega Andrea Cabassi.

¹ Saraceno B. La fine dell’intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica Etaslibri RCS Medicina, 1995

Riflessioni sull'esperienza del Centro "Ferdinando Santi"

Pietro Pellegrini

Introduzione

Ho atteso e riflettuto a lungo prima di scrivere questo contributo nel timore che il racconto delle vicende di una Struttura per quanto importanti e travagliate, specie di chi le ha vissute direttamente ormai da molti anni, non vadano al di fuori degli ambiti locali e della testimonianza.

Ho constatato con piacere in diversi incontri e lezioni un vivo interesse a conoscere, comprendere come si siano sviluppati i servizi. Vi è un bisogno di memoria e di contestualizzare le esperienze che per molto tempo sono rimaste uniche, talvolta isolate per quanto ben prima della creazione dei dipartimenti la Regione Emilia Romagna avesse previsto la costituzione dei SIMAP Servizi di Igiene Mentale Assistenza Psichiatrica.

A livello Nazionale i Progetti Obiettivo Salute Mentale 1994-96 e 1998-2000 hanno poi definito un'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale in Dipartimenti dotati di specifiche strutture Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), Centri di Salute Mentale (CSM), Semiresidenze e Residenze.

Un processo che ha cercato di dare riferimenti organizzativi e in parte ha orientato la spinta all'innovazione del settore pubblico nel quale sono state via via incluse privato imprenditoriale Case di Cura e le Cooperative, Associazioni e portatori d'interesse. Un sistema complesso, pubblico-privato, integrato nel quale, pur con le limitazioni di una crescente cultura "aziendale", hanno comunque avuto spazio sia la critica che la spinta al rinnovamento e alla sperimentazione. Da più parti si è avvertito il rischio che il Dipartimento di Salute Mentale, anche a seguito della normativa sull'accreditamento, possa irrigidirsi e colga più come valori interni la memoria, il travaglio culturale e operativo. Uno scenario che non ha visto esaurirsi la spinta propulsiva si pensi alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e alle innovazioni del Budget di salute. Certamente vi è la necessità di ripensare e aggiornare la programmazione e in questo quadro rivedere anche le Residenze. Una volta chiamate "strutture intermedie", "alternative", si diceva tempo fa, hanno ormai una storia lunga. Viste come rimedi contro l'abbandono dei pazienti e delle famiglie, in questi anni sono state oggetto di critiche anche molto radicali (le comunità come nuovi manicomi). Quindi, nel desiderio di aprire una riflessione, il recupero di valori e modalità di confronto e nella speranza di allargare le opportunità di strumenti per la cura dei pazienti gravi, presento l'esperienza del Centro Santi.

Un luogo

L'arrivo al Centro "Santi" da via Reggio 43 è per molti aspetti angoscioso. C'è solo un cartello all'ingresso, poi nessuna segnaletica. In passato sul muro della portineria c'era una grande scritta, in parte coperta dagli alberi, "Centro Socioterapico Ferdinando Santi"; poi la denominazione è cambiata e la scritta è stata tolta lasciando solo una vaga traccia. Si ha l'impressione di un luogo senza indicazioni e senza storia sospeso in un presente incerto a volte quasi enigmatico. Appare un luogo strano, carico di fantasie e proiezioni ma ricco di opportunità, a volte non percepite o di difficile percezione. Un piccolo cancello sulla strada poi, dopo pochi metri, si intravede il verde dei giardini, ma ancora nessuna grande costruzione. Tutto è "dentro" ma ogni cosa deve essere trovata, quasi scoperta. La piantina del posto ricorda vagamente una forma a uovo e questo può forse significare qualcosa.

Tentare di tracciare la storia di questo posto è un'operazione ardua: memorie individuali e di gruppo, operatori, pazienti, familiari, miti individuali e collettivi, diverse atmosfere culturali e politiche, numerosi passaggi istituzionali e amministrativi si sono intrecciati in oltre 40 anni.

Le storie potrebbero essere tante anche per la molteplicità delle esperienze umane che sofferenze e malattie hanno permesso insieme.

Una storia

Provo a dare una ricostruzione della storia del Centro "Santi" suddividendo in modo piuttosto sommario e schematico le diverse fasi che lo hanno caratterizzato. Inizio con il ricordare che Parma ha avuto una posizione di rilievo nelle lotte antimanicomiali (nel 1969 il manicomio di Colorno venne occupato da studenti, operai, intellettuali ecc. e nei primi anni 70 Franco Basaglia fu direttore dell'Ospedale Psichiatrico) e antistituzionali (chiusura dei brefotrofi, classi differenziali, integrazione dei portatori di handicap ecc.); la città venne fortemente coinvolta attraverso un'opera capillare di sensibilizzazione e partecipazione democratica e questo determinò un clima culturale e politico favorevole al cambiamento dell'assistenza psichiatrica molto prima dell'approvazione della riforma.

Prima Fase 1975-1980: Il Centro Socioterapico

Nell'ambito delle molteplici iniziative dell'Amministrazione Provinciale di Parma ispirate dall'azione di Mario Tommasini, il 10 Giugno 1975 entra in funzione con 10 ospiti provenienti dall'Ospedale Psichiatrico di Colorno il Centro Socioterapico "Ferdinando Santi" (antifascista, sindacalista, deputato socialista) come struttura comunitaria per la riabilitazione e la cura di pazienti

psichiatrici. Nella presentazione del Centro, l'Assessore Provinciale Fausto Bocchi scriveva: "dopo le esperienze fatte attraverso i Centri d'Igiene Mentale e i laboratori protetti finalizzati al recupero degli infermi più autonomi restava aperto il problema, più delicato e complesso, sia del reinserimento sociale e della terapia dei lungodegenti ancora giovani ma con disturbi psichici acuti e complessi, per i quali i servizi già esistenti erano da considerarsi assolutamente insufficienti, sia dell' alternativa al primo ricovero che allora avveniva in Ospedale Psichiatrico. Per questo si decise "di dare vita ad una struttura intermedia fra territorio e istituzione secondo i modelli della Comunità Terapeutica" sull'esempio delle esperienze inglesi e soprattutto di quello di "Villa Serena" di Diego Napolitani. L'utenza cui si rivolge inizialmente è duplice:

- da un lato lungodegenti manicomiali ancora giovani ma in condizioni tali da non poter essere inseriti direttamente nel territorio (struttura intermedia);
- dall'altro pazienti all'esordio della malattia, per i quali il Centro dovrebbe fungere da alternativa al primo ricovero in O.P. (struttura alternativa).

L'organizzazione di tipo comunitario dovrebbe garantire sia funzioni di carattere terapeutico che riabilitativo e vengono formulate ottimistiche previsioni circa le potenzialità del territorio (inteso come luogo delle risorse e dei bisogni) e della partecipazione popolare: "e sarà la forza della partecipazione quella che slegherà la "mongolfiera" del grande e radicato albero dell'indifferenza per lasciarla andare liberata sempre più su".

Il Centro ha una dotazione di 30 posti letto, l'assistenza infermieristica continuativa mentre l'assistenza medica non specialistica viene assicurata dai medici di base. La composizione dell'équipe (1 psichiatra, 1 sociologo, 1 psicologo, 1 assistente sociale e 15 infermieri) consente un'impostazione di tipo interdisciplinare, un'organizzazione poco strutturata, non gerarchica fondata sulla democrazia partecipata e bassa definizione dei ruoli professionali. Scopo del Centro è il suo costituirsi come luogo che abbia in sé valore e significato terapeutico; in questo senso si può parlare di "terapia d'ambiente", una comunità in cui gli atti del vivere quotidiano acquistano o ritrovano un significato. Il clima relazionale è considerato fondamentale; esso non si va formando tanto come conseguenza di singoli interventi ma si struttura intorno ad una dimensione di partecipazione ed esperienza di vita che si costituisce in ultima analisi come terapeutica.

Il Centro trova il proprio momento centrale, organizzativo e tecnico nell'assemblea generale, nelle riunioni dei gruppi di lavoro (lettura, ceramica, lavorazione del legno, tipografia), animazione e negli incontri con il quartiere.

Seconda Fase 1980-85: La crisi

Dopo pochi anni la struttura va in crisi. Nonostante la dimissione di circa la metà dei 60 pazienti ospitati nei primi 3 anni di attività, gli operatori constatano che le possibilità di ulteriori dimissioni sono molto ridotte. Inizia una fase di crisi, durante la quale il Centro ha funzionato come struttura per lungodegenti, a basso turnover, assumendo via via connotati di degrado ed abbandono di natura quasi manicomiale. Le ragioni di questa crisi durata fino al 1985 sono da ricercare:

- 1) nella difficoltà a dimettere i pazienti;
- 2) dopo l'approvazione della 180 la funzione di struttura alternativa all'Ospedale Psichiatrico viene assunta dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- 3) il mutato clima culturale e politico dell'inizio degli anni 80 determina il venir meno dell'"illusione terapeutica" della partecipazione popolare;
- 4) le difficoltà a dimettere i pazienti fanno sì che le attività riabilitative divengano di fatto attività ricreative, di puro intrattenimento, estemporanee, prive di progettualità;
- 5) il deterioramento del clima interno al centro determina vissuti d'inutilità negli operatori, il degrado della struttura e la mancanza di limitazioni alla libertà degli ospiti favoriscono fenomeni di lassismo, permissivismo e talora di vuoto assistenziale non tutelando i pazienti dai rischi derivanti dal contatto con l'esterno (emarginati, piccola delinquenza ecc.);
- 6) la presenza di un basso grado di gerarchia nell'équipe ritarda l'assunzione di responsabilità dirigenziali e l'identificazione di una chiara linea d'intervento.

Terza fase 1986-1990: Il Centro Clinico Psicoterapico

Nel 1986 viene deliberata dall' USL la trasformazione del Centro Socioterapico in Centro Clinico Psicoterapico "Santi".

Attraverso una diversa organizzazione frutto di una riflessione circa l'importanza delle diverse componenti biologiche, psicologiche e sociali nella determinazione dei quadri psicopatologici e soprattutto sulla necessità di considerare in termini nuovi e meglio definiti i rapporti con il mondo esterno, il Centro viene strutturato in una Sezione Residenziale con funzioni di tipo clinico-terapeutico, dotata di 28 posti letto e in una Sezione Semiresidenziale (Day Hospital) con funzioni riabilitative. L'organico medico ed infermieristico viene ampliato (6 Medici e 30 operatori) e istituita la guardia medica psichiatrica continuativa.

Il D.H. è aperto tutti i giorni (tranne la domenica), i pazienti provengono dal territorio e dalla Residenza, seguono programmi individualizzati, definiti nei metodi e negli obiettivi. Le attività sono programmate, si svolgono per periodi di tempo limitati ed obiettivi fissati, di solito in gruppo. I pazienti possono frequentare il D.H. anche solo per fare "due chiacchiere" o per il pranzo/cena.

Il problema della lungodegenza è stato in parte risolto mediante la creazione di appartamenti protetti in cui sono stati collocati diversi pazienti cronici che durante il giorno fanno riferimento al D.H.. Il modello operativo fu esposto in un convegno che si è tenuto a Parma il 20 e 21 aprile 1990.²

In questi anni il Centro ha funzionato (circa 150 ricoveri/anno, 35 pazienti in D.H. e circa 80 ambulatoriali) mantenendo separati gli interventi di tipo clinico da quelli di tipo riabilitativo che sono stati limitati in relazione ad una loro possibile azione iatrogena.

Infatti l'esperienza del Centro "Santi" ha portato gli operatori a confrontarsi costantemente con il problema della cronicità e della "superdipendenza" dalle strutture psichiatriche. Ritenendo la cronicità non solo un fattore intrinseco alla patologia psichiatrica grave ma una condizione frequentemente determinata dal concorso di diversi fattori, il Centro ha elaborato una modalità operativa mirata a prevenire i danni derivanti dall'applicazione di un concetto estensivo-globale di riabilitazione (intesa come intervento nel reale). Si era constatato che al di là delle ipotizzabili capacità potenziali o residue di funzionamento sociale del paziente, l'adesione prolungata ad una struttura costantemente protettiva, anche se "aperta", può bloccare le capacità integre dell'individuo.

Il protocollo operativo prevede fin dal momento della proposta di ricovero una dettagliata valutazione dei singoli aspetti (biologici, psicologici, famigliari e sociali) che potranno influire sulla possibilità di miglioramento e di dimissione del paziente. Presupposto di questo criterio è la considerazione che il paziente psicotico esprima bisogni contraddittori, quali il bisogno di stabilità e sicurezza da un lato e la necessità di indipendenza e autonomia dall'altro. Da qui il pericolo iatrogeno insito in un intervento in grado di offrire esclusivamente "stabilità" attraverso una presa a carico globale di tutti gli aspetti della vita del paziente.

Quarta fase 1991-1992: Il territorio alla comunità?

Nel 1991 a seguito della ristrutturazione dell'assistenza psichiatrica deliberata dalla USL viene assegnata, in via sperimentale, al Centro "Santi" la competenza anche su un preciso territorio (circa 60.000 abitanti). Questo provvedimento si inseriva in un programma che intendeva completare un processo mediante il quale la "comunità terapeutica" doveva evolversi in servizio residenziale,

² Gli atti sono stati pubblicati Piccinini C., Giubilini F., Pellegrini P. "Le nuove strutture psichiatriche. Problemi di setting", Oppici Ed., Parma 1992

semiresidenziale, territoriale (ambulatori, appartamenti protetti) rispondendo in modo articolato e flessibile ai diversi bisogni posti dai pazienti, in particolare quelli affetti da psicosi gravi. La necessità di prendere in carico nuovi casi, pazienti giovani con esigenze diverse rispetto a quelli in cura presso la Comunità richiedeva uno spostamento di ottica ed una diversa collocazione del baricentro degli interventi.

E' il momento della massima espansione del Centro: sia in termini di operatori (7 medici, 1 assistente sociale, 22 operatori nella Residenza, 8 alla semiresidenza, prima 2 poi 4 nell'ambulatorio territoriale) sia in termini di attività (nel 1992 vengono effettuati 220 ricoveri, 38 i pazienti seguiti in semiresidenza, circa 90 quelli seguiti nel territorio). Tuttavia nel corso del 1992 si determina una modesta riduzione di personale medico per il trasferimento di uno psichiatra presso un' altra USL e questo diviene l'occasione per richiedere al Direttore del Servizio di Salute Mentale l'interruzione dell'esperienza territoriale. Questa richiesta viene accolta dall'USL e così il Centro "Santi" ritorna ad essere autonomo e separato. Il ritorno al passato viene vissuto all'esterno con delusione e sconcerto da parte di chi sperava in un cambiamento organizzativo, gestionale e di politica sanitaria e con sollievo da parte di chi vedeva ricostituiti i precedenti rapporti di potere incentrati su una rigida suddivisione degli ambiti di ciascun primario (allora nell'USL ve n'erano ben 5). La carenza di personale addotta per non effettuare più l'attività territoriale sembrava coprire altre questioni. L'impressione a posteriori è che non si possa aggiungere un territorio ad una Comunità. Il processo non può essere né di espansione né una sommatoria. Il territorio è stato vissuto come una privazione di risorse della Comunità e come possibile pericolo (per le urgenze, per le chiamate improvvise, per le contaminazioni che richiede, per il lavoro incerto ecc.); tutto questo sembra aver spaventato gli operatori che hanno preferito un'operazione di chiusura piuttosto che raccogliere la sfida, vivere l'apertura come potenziale evoluzione.

Il territorio come possibile risorsa implica capacità di relazione e dialogo che si devono sviluppare dall'interno dei servizi ma che, in qualche misura, debbono originare dall'esterno. La presenza di un mandato sociale costituisce una premessa essenziale per ogni politica sanitaria. Quindi non vi può essere territorio solo sulla base di decisioni amministrative di un Servizio dell'USL, di competenze scritte sulla carta ma deve svilupparsi una pratica di relazioni, consuetudini, sensibilità che tenga conto delle diverse componenti chiamate alla tutela della salute mentale. Una Comunità psichiatrica forse non è il luogo più adatto e forse è troppo connotato e specialistico per realizzare interventi territoriali, a meno che non si realizzi un forte processo di cambiamento e di revisione interna anche della struttura psichiatrica orientata ad esempio a divenire un Centro di Salute Mentale nelle 24 ore. L'assenza di un mandato sociale percepito come vincolante e l'indisponibilità a rivedere e ripensare

le funzioni e la struttura del Centro sembrano le ragioni più profonde dell'interruzione dell'esperienza territoriale.

Quinta fase 1993-1998: la ripresa della partecipazione e del protagonismo

L'approvazione dei D. L. 502 e 517 nel periodo 1992-1993 e la successiva nascita nel 1994 dell'Azienda USL di Parma hanno determinato profondi cambiamenti anche nel Centro Santi. Sono stati via via trasferiti senza essere sostituiti segretaria, autista-operaio, due centralinisti e addetti alla portineria, segretaria di tesoreria, che sono andati a far parte della organizzazione della Direzione Generale e del Distretto e questo ha determinato la fine della struttura operativa di direzione e supporto che consentiva la separatezza della Comunità. La riduzione di personale ha modificato il modo di lavorare, reso il Centro più dipendente dall'esterno e nel contempo, di necessità, più collegato con gli altri servizi dell'Azienda USL. Questo processo che si è verificato in modo analogo anche nell' ex Ospedale Psichiatrico, ha avuto un primo periodo caratterizzato dalla sensazione di perdita, sconcerto a volte rabbia anche perché nei primi anni di costituzione dell'AUSL non si è avuto, in molti settori un miglioramento di efficienza. Al contrario alcuni servizi gestiti in modo centralizzato (per esempio tesoreria, amministrazione di appartamenti protetti) da personale amministrativo del Distretto non più in rapporto o scarsamente collegato con il Dipartimento di Salute Mentale ha determinato confusione e lentezze. La necessità di istituire nuove procedure spesso ha comportato un aumento del lavoro burocratico a scapito di quello riabilitativo. La separazione dall'Ospedale Maggiore diventato a sua volta Azienda ha interrotto un processo di lenta integrazione che durava da circa 15 anni e consentiva al Centro di essere in un certo modo una sorta di reparto distaccato. Vi era un rapido accesso ai laboratori, alla specialistica ed una consuetudine di rapporti. Essere separati ha significato non poter più accedere in modo diretto a determinate prestazioni e di conseguenza ha provocato una ulteriore riduzione delle potenzialità cliniche della struttura.

Nel 1995 la decisione della Azienda USL di procedere alla costruzione all'interno del parco del Centro "Santi", la sede del nuovo Dipartimento di Prevenzione ha provocato proteste e polemiche sia sulla stampa locale che nelle diverse sedi politiche ed istituzionali. Nel maggio 1997, al momento dell'effettivo avvio dei lavori, un consigliere provinciale dei Verdi, Franco Buratti, si legò ad una pianta per impedire anche fisicamente l'abbattimento degli alberi del parco, i familiari attivarono la stampa, intervennero politici locali e nazionali e dopo travagliate e drammatiche trattative venne raggiunto l'accordo di edificare il nuovo Dipartimento abbattendo una palazzina occupata da una tipografia ormai dismessa, limitando così al minimo la distruzione del verde e la

sottrazione di spazi ai pazienti. La vicenda fu l'occasione per la ripresa di rapporti con la città, per riprendere a discutere di inserimento e integrazione sociale, di qualità della vita.

In questa ottica, nel gennaio 1995 è stata fondata con sede presso il Centro "Santi" l'Associazione per la promozione della salute mentale "Va Pensiero", composta da utenti, familiari, operatori e volontari che ha promosso molteplici iniziative di animazione e integrazione sociale (spettacoli, mostre di quadri, polisportiva, libri di poesia, gruppi di auto-aiuto per pazienti e per familiari, laboratorio di aquiloni, manifestazioni culturali, apertura di un circolo ricreativo, ecc.). Dopo aver organizzato in collaborazione con diversi Enti di Formazione professionale corsi per il giardinaggio, la ristorazione, informatica, nel 1996 è stata costituita la Cooperativa Sociale "Il tempo ritrovato" con l'obiettivo di promuovere l'inserimento al lavoro dei pazienti. In questo modo si accentuata la propensione verso il sociale senza però mai perdere di vista le componenti psicologiche e mediche dei disturbi mentali.

Il dilemma territorio/comunità

Il dilemma comunità/territorio ha caratterizzato quegli anni con la forte consapevolezza di non poterlo risolvere in modo definitivo. Frequenti sono le tentazioni ad operare un'opzione dirimente, a divenire comunità o territorio ma la strategia ci pare consista nel mantenere aperta questa dialettica altrimenti, come la nostra esperienza dimostra, la comunità rischia di trasformarsi in una struttura chiusa, separata (con valenze di tipo manicomiale) e il territorio finisce con il prendersi cura solo di determinati pazienti lasciando ad altri (la famiglia, il privato) l'assistenza dei pazienti psicotici gravi.

Assicurare una reale (e non solo teorica) continuità terapeutica in una rete integrata di servizi (pubblici e privati) costituisce l'elemento essenziale del nostro lavoro che ci pare contenga "tracce" delle varie fasi attraversate dal Centro con tutti i pericoli, le speranze ed i correlati affettivi connessi. Si può concludere che nonostante o forse in virtù di una storia travagliata oggi il "Santi" rappresenta un'esperienza che ha saputo collocare la propria operatività nel contesto del Servizio ed evidenziato le componenti iatrogene insite in modelli operativi applicati in modo isolato ed esclusivo. Nonostante abbia una lunga storia si continua a respirare un'atmosfera vivace, fresca e speriamo creativa.

Sesta fase 1999-2016: Territorio e Residenzialità, una difficile convivenza e una nuova opportunità di assistenza nelle 24 ore

Nel 1999 dopo un lungo dibattito interno al dipartimento di salute mentale venne deliberata dall'Ausl la costituzione di due centri di salute mentale nella città di Parma che venne divisa in due aree, Est ed Ovest e la sede del Centro di Salute Mentale di quest'ultima venne collocata in una palazzina dell'area del Santi.

Un territorio di circa 80 mila abitanti venne così ad avere come riferimento un CSM molto vicino ad una residenza e ad una semiresidenza psichiatrica.

Pur con diversi ingressi e con percorsi separati è possibile che utenti ricoverati accedano alla sala di attesa del CSM ove vi sono altre persone che provengono da casa e in molti casi non hanno mai avuto ricoveri in ambito psichiatrico. Questo qualche volta ha creato problemi ma si può dire che siano stati tutto sommato limitati. Anche perché i cittadini, anche quelli più giovani sono ormai abituati ad incontrare nei diversi ambiti della città non solo pazienti con disturbi mentali, persone che usano sostanze ed altre forme espressive di diversità e marginalità. Per cui l'incontro in un ambiente sanitario e "protetto" lo rende accettabile e non pericoloso. Resta talora il disagio e specialmente il vissuto interiore.

L'apertura del CSM Parma Ovest ha comportato una lenta crescita dell'utenza arrivata a circa 450 persone in cura nel 2006 per raggiungere le oltre 1000 nel 2016.

L'interazione con la Residenza ha portato a sviluppare un modello di intervento che consente specie agli utenti più gravi di ricevere un'assistenza sulle 24 ore e altamente flessibile.

A seguito dell'applicazione della normativa per l'accreditamento il Centro Santi è stato classificato come Residenza Sanitaria a Trattamento Intensivo.

Nel 2000-2001 la Residenza è stata ampiamente ristrutturata; tutte le camere sono state dotate di bagno, la parte a giorno sono state rimodulate per creare sala riunioni e spazi per le attività. Nel 2008 nell'area della Residenza è stato trasferito il Centro per la Terapia della Famiglia arricchendo le possibilità terapeutiche.

Nell'area del polo sanitario di via Vasari, vi sono:

- CSM Parma Ovest
- Residenza Santi e Progetti territoriali ad alta valenza assistenziale
- Centro Diurno Santi e Programma "Le Viole" afferente all'UOS "Trattamenti Psicosociali Intensivi e Integrati"

Come si è detto il Centro “Fernando Santi”, aperto nel 1975 nell’ambito del programma di superamento dell’Ospedale Psichiatrico Provinciale di Colorno, funziona ininterrottamente da allora ed è un servizio accreditato dalla Regione Emilia Romagna, come Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo, con assistenza sanitaria nelle 24 ore, dotata di 20 posti letto.

E’ parte del complesso sanitario di Via Vasari dove insistono anche il Centro di Salute Mentale Parma Ovest e il Centro Diurno “Santi”, la sede del Dipartimento di Sanità Pubblica, i servizi della Pediatria di Comunità, nonché la sede delle associazioni del Comitato Utenti e Familiari.

Il complesso è dotato di ampi giardini, parcheggi ed è collegato dal servizio di trasporto pubblico al centro della città e alla stazione ferroviaria.

E’ quindi un area dove l’affluenza risulta particolarmente significativa specie nei giorni feriali e pur esistendo percorsi definiti di accesso vi sono ampi spazi interni ed esterni tra loro collegati e tutti aperti. Il processo di convivenza e collaborazione tra molteplici servizi solo raramente ha determinato problemi e le collaborazioni e le sinergie hanno nettamente prevalso sulle difficoltà e la convivenza fra soggetti diversi attraverso l’accoglienza, la tolleranza e il rispetto delle regole ha creato la capacità di superare gli eventuali conflitti e problemi presenti nella comunità sociale e al contempo di costruire qualità sociale.

L’intera area è presidiata anche dal personale dell’Istituto di Vigilanza. La notte gli accessi sono chiusi da cancelli attivabili dal personale in servizio presso la RTI Santi, unica struttura del polo sanitario di via Vasari a funzionare nelle 24 ore.

In questo contesto la RTI Santi è da sempre una residenza a “porte aperte” (“no restraint”) dove non si sono mai attuate contenzioni, fondata sulla partecipazione e la responsabilità degli utenti, definiti ospiti.

La Residenza ha una carta dei servizi e un regolamento e all’ingresso viene fornito tutto il materiale informativo e vengono spiegate le modalità di funzionamento. Dopo un periodo di accoglienza e osservazione vengono strutturati i progetti prevedendo monitoraggi e tempi di verifica.

Alla base del lavoro vi è il rispetto dei diritti di cittadinanza e libertà degli utenti: ciascuno ha un proprio progetto terapeutico riabilitativo personalizzato condiviso e co-costruito con il paziente e se presente e disponibile la sua famiglia, con lo psichiatra e gli operatori di riferimento, medico di medicina generale, se necessario. Al contempo ciascun ospite viene chiamato a collaborare e a rispettare i propri doveri.

In RTI “Santi” vengono fatti circa 200 ricoveri all’anno di utenti in carico ai CSM che provvedono a formulare la Scheda di invio e a condividere il programma Terapeutico Residenziale Individualizzato e a valutarne gli esiti. Nel 2016 la degenza media è stata di circa 18 giorni, l’indice di occupazione del 90% e quando necessario gli utenti hanno potuto continuare la cura in regime semiresidenziale.

I progetti possono prevedere diversi interventi, colloqui clinici, farmaci, psicoterapia, informazione e sostegno della famiglia, azioni di socializzazione e integrazione sociale (corsi di formazione, collaborazioni con i Centri per l’impiego, lavoro in cooperative con progetti personalizzati), percorsi abitativi protetti (in collaborazione con Servizi Sociali, ACER, cooperative).

Quotidianamente vengono effettuati tutti gli interventi di cura della persona, visita psichiatrica in camera, gruppi di discussione e auto aiuto, programma salute e benessere (applicazione dei protocolli diagnostici, di prevenzione della sindrome metabolica, monitoraggio cardiovascolare, personalizzazione della dieta, programma di riduzione e dissuasione dell’utilizzo del fumo di tabacco, controlli tossicologici).

Particolare attenzione viene dato alla prevenzione dell’uso di sostanze, alla sua cura mediante interventi psico-educativi, collaborazione con il Sert di Parma per prese in carico congiunte e programmi specifici.

Quando necessario vi sono gli opportuni raccordi con le Forze dell’ordine. Vista la rilevanza epidemiologica dell’uso di sostanze e disturbi mentali, specie negli adolescenti e giovani adulti, ciò costituisce una delle sfide più rilevanti dei moderni servizi per la salute mentale.

Queste attività si collocano nell’ambito di una relazione di fiducia che viene costruita con delicatezza, rispettando i tempi delle persone a volte chiuse, sospettose, reattive e sono impostate secondo una visione complessivamente psicoterapeutica che viene discussa quotidianamente in equipe.

Ogni anno vengono programmate e realizzate attività di teatro, shatsu, musicoterapia, uscite, escursioni ambientali, montagnaterapia, attività motorie, sportive e ricreative promosse dai vari gruppi e associazioni sul territorio.

Tutte le iniziative hanno una finalità evolutiva, mirano alla responsabilizzazione della persona, la stimolano a collaborare alla gestione della quotidianità, ad utilizzare in modo proficuo le molteplici opportunità sociali, anche attraverso percorsi di sostegno e accompagnamento. Secondo gli

orientamenti riabilitativi più aggiornati viene considerata superata ogni forma di mero “intrattenimento”.

Durante il giorno le persone, dopo un primo periodo di osservazione, possono uscire “in permesso” concordando orari e mete e sono previsti orari di ricevimento visite. Il tutto avviene con un forte processo di responsabilizzazione e di autocontrollo e patti di “prova”. Nonostante le porte siano aperte e quindi le persone possano allontanarsi anche senza permesso, le fughe o gli arbitrari allontanamenti sono assai rari.

Le persone devono rimanere perché motivate e non perché rinchiusi. Nei fine settimana viene agevolato il più possibile il contatto con le famiglie e le persone significative.

La RTI “Santi” ha un regolamento e modalità codificate di registrazione di tutti gli eventi avversi.

E’ severamente vietato introdurre sostanze psicoattive, alcolici e oggetti pericolosi. Le violazioni vengono discusse con la persona e il gruppo di lavoro, coinvolgendo anche gli ospiti e quando necessario in collaborazione con il Sert e le Forze dell’Ordine.

L’equipe è multi professionale e in servizio vi sono di base: 3 operatori al mattino e al pomeriggio e 2 la notte. A questi si aggiungono altri 3 operatori durante il giorno (Educatori, Operatori socio sanitari); il personale risponde per requisiti professionali ai profili previsti e segue con regolarità i corsi di aggiornamento ECM .

Tutti gli psichiatri sono abilitati all’esercizio della psicoterapia inoltre sono presenti specializzandi in psichiatria e psicoterapia che operano sotto la supervisione di tutor. Quando la psicoterapia individuale o di gruppo viene iniziata in Residenza continua poi dopo la dimissione.

Per quanto attiene alla sicurezza la RTI è dotata di:

- sistemi per la prevenzione della defenestrazione
- telecamere per la vigilanza degli ingressi, delle sale comuni e dei corridoi
- dispositivi individuali di allarme

Tutto il personale è stato formato alla prevenzione e gestione dell’aggressività.

Per tutelare la privacy ciascuna stanza può essere chiusa dall’interno anche se gli operatori possono sempre accedervi .

I farmaci vengono prescritti dagli psichiatri seguendo le linee guida internazionali e le disposizioni del Ministero della salute; tutte le molecole in commercio, anche quelle più costose, sono disponibili.

Gli utenti sono sempre considerati una risorsa e si cerca di valorizzare le abilità e competenze di ciascuno all'esterno e anche all'interno del Centro e viene richiesto costantemente attraverso la responsabilizzazione il rispetto reciproco e dei doveri familiari, sociali e delle leggi.

E' sede di sperimentazione dei "Facilitatori Sociali" nell'ambito del programma per la promozione dell'empowerment degli utenti e famigliari. I familiari vengono sempre coinvolti in modo diverso a seconda dei casi. Vengono tenuti incontri di gruppo con i familiari a cadenza quindicinale e quando indicato è possibile la psicoterapia della coppia e della famiglia presso l'apposito Centro per le famiglie che ha sede presso la RTI "Santi".

Il gruppo di auto mutuo aiuto provvede anche alla gestione dello Sportello delle Opportunità nell'ambito dell'accoglienza, dell'abitare, del tempo libero, della formazione.

La soddisfazione degli utenti e delle famiglie e la qualità percepita, rilevate periodicamente con appositi questionari somministrati da valutatori esterni alla Residenza, dà indici di soddisfazione elevati con apprezzamento del lavoro e del rapporto umano con gli operatori superiori al 90%.

La RTI opera per rendere effettivi i diritti di cittadinanza delle persone affette da disturbi mentali: pensioni sotto il minimo vitale, difficoltà a trovare lavori adeguati, alloggi, relazioni sociali con la collaborazione di istituzioni, parrocchie, circoli, sindacati e datori di lavoro, enti, volontari, associazioni in primis quelle di utenti e familiari della salute mentale. Gli esiti vengono valutati sia sul piano psicopatologico e sull'asse casa e lavoro, nonché sulla soddisfazione soggettiva.

La RTI è stata ristrutturata nei primi anni 2000 ed è climatizzata, tutte le camere sono dotate di bagno. Vi sono due sale tv, spazi per le attività ricreative, lettura, ascolto musica, biliardo, sala pranzo e riunioni, telefono pubblico, punto di ristoro. Un ulteriore progetto di ristrutturazione delle sale al piano terra. Il giardino nella parte sud è dedicato agli utenti verrà attrezzato anche con installazione del percorso "Salute".

Spazi di accoglienza

Fare in modo che i cittadini possano entrare al Centro per attività culturali, artistiche e gioco.

Audit e di ulteriori azioni di carattere formativo e strutturale dopo avere promosso l'ascolto ed ogni suggerimento circostanziato in uno spirito di fattiva collaborazione nell'ottica del miglioramento

dei servizi per la salute mentale evitando ogni impropria generalizzazione che determini un aumento della sfiducia e dello stigma psichiatrico purtroppo ancora presenti con conseguenze molto negative per gli utenti e più in generale per tutta la popolazione.

Alla ricerca di un nuovo modello per il futuro: 2017-2020

Da diversi anni è in atto nel DAI-SMDP una rimodulazione della rete residenziale, attivata per attuare il programma di definitiva chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno. Una programmazione avvenuta in due periodi: il primo dal 1968-1978 nella fase della lotta "antistituzionale" quindi in epoca antecedente la legge 180 e poi nel periodo 1994-2000 per rendere effettiva la chiusura dell'OP.

A partire dal 2006 è iniziata un'opera di revisione della rete che ha portato alla ristrutturazione della residenza I maggio (2007-2014), della Fattoria di Vigheffio (2012-2013), alla creazione della RTI minori di San Polo (2013) e all'apertura della REMS di Casale di Mezzani (2015). Un insieme di azioni che hanno visto anche lo spostamento dei servizi ospedalieri al Padiglione Braga (2012), la revisione del sistema di E-U e, a seguito della gara per i servizi socio-sanitari (2015) anche ad una modifica delle Comunità alloggio con la chiusura di S.Andrea e l'apertura della CA Appennino di Pellegrino e del GA e alloggi di Pontetaro, la revisione di Casa Amica e recentemente all'apertura del Gruppo Appartamento "Armonia" di Felino.

Questo nell'ambito di una linea che vede ridurre l'impegno per la lungodegenza in particolare dovuta a pazienti ex OP a favore di progetti con Budget di salute, implementando l'offerta volta all'inclusione lavorativa, sociale e all'attivazione dei contesti.

Negli ultimi anni, a seguito di un significativo incremento della domanda alla NPIA (circa il 40% dal 2011 al 2016) tutti i servizi per la salute mentale hanno dovuto prestare una maggiore attenzione agli adolescenti e ai giovani adulti con disturbi mentali complessi, in particolare con disturbi psicotici e gravi disturbi della personalità secondo le specifiche linee di indirizzo regionali.

In questo quadro anche la funzione della RTI Santi doveva essere ripensata. Infatti, se da un lato resta una sua funzione di riferimento per l'assistenza sulle 24 ore a sostegno in particolare di progetti per pazienti con disturbi complessi e bassi livelli di funzionamento, dall'altro si sono evidenziati alcuni limiti come ad esempio il trattamento di utenti che insieme ai disturbi mentali presentano anche un uso problematico di sostanze e che non restano all'interno dei programmi territoriali, con ripetuti accessi al Pronto Soccorso, problemi giudiziari. Un insieme di situazioni critiche che talora, a fronte di impasse e fallimenti hanno messo in tensione i rapporti fra servizi

territoriali, residenziali e ospedalieri. Una situazione che richiede una programmazione specifica e una linea attiva sia sotto il profilo tecnico-professionale (un miglioramento nella conoscenza e negli interventi per i soggetti che usano sostanze, ecc.) sia per quanto attiene agli aspetti organizzativi (offerte di bassa soglia).

Da un'analisi dell'attività della rete residenziale sanitaria e sociosanitaria è emerso un utilizzo assai modesto da parte di persone giovani. Questo ha aperto una riflessione da un lato sulle caratteristiche di questa fascia di età alla luce anche della crisi economica e sociale e dall'altro sulla tipologia dell'offerta dei servizi.

Al contempo si è evidenziata la necessità di trovare soluzioni per giovani adulti sia per persone già in carico alla NPIA (nel 2017 in media 26 adolescenti sono collocati fuori famiglia) sia per i casi di nuova insorgenza. Con l'espressione giovani adulti ci si riferisce a persone fra i venti e i trentacinque anni, una fascia di età nella quale di norma vengono raggiunte la piena identità personale e sociale nelle relazioni interpersonali e lavorative che segna il passaggio all'età adulta.

Nell'attuale fase socio-economica il giovane adulto si trova in una condizione dove l'acquisizione di un'identità sociale si confronta con difficoltà interne come la carente elaborazione della conflittualità adolescenziale e quindi con un suo prolungamento ma anche con gli indubbi problemi nel raggiungimento di un adeguato reddito e di un'autonomia abitativa. Questi fattori ritardano a volte molto a lungo il raggiungimento in forma stabile delle caratteristiche tradizionalmente riconducibili all'età adulta e determinano forme di convivenza "di necessità" con i genitori ridando vita di fatto a famiglie multi generazionali. Si determina una situazione di dipendenza tanto che alcuni autori (Lancini, 2014)³ definiscono quella del giovane adulto come una sorta di "terza nascita" in quanto successiva alla seconda nascita dell'adolescenza: un modo evocativo per sottolineare come la realizzazione del Sé sociale rappresenti un compito evolutivo cruciale per la definizione e costruzione dell'identità dell'individuo.

Un compito che di per sé può portare a forme di malessere psicologico (sintomi psicosomatici, ansia, difficoltà relazionali, bassa stima di sé, reazioni depressive) e può essere reso ancora più difficile dalle condizioni di salute della persona in particolare quando questa sia affetta da disturbi mentali complessi.

Quindi il giovane adulto che non ha raggiunto le mete evolutive tipiche dell'età si trova a soffrire per la crisi economico-sociale da un lato e la presenza di disturbi mentali dall'altro.

³ Lancini M. Il giovane adulto, Cortina Ed. 2014

Anche la famiglia è inevitabilmente coinvolta in tale processo, muovendo essa istanze di promozione del percorso di emancipazione del figlio o, al contrario, del suo mantenimento nel sistema familiare. Infatti spesso il giovane adulto è poco stimolato a lasciare la casa dei genitori non solo per le scarse opportunità di lavoro e, conseguentemente, abitative presenti nel contesto sociale, ma anche perché la permanenza a casa gli garantisce di poter godere dei vantaggi dell'accudimento familiare e, contemporaneamente, della libertà di movimento coerente con l'età anagrafica.

Questo quadro di dipendenza relativa, può talora portare a gravi regressioni della persona e alla totale inattività variamente vissuta e sofferta ma anche a forti ambivalenze fino a gravi conflittualità familiari, specie quando le condotte della persona possono mettere in crisi la tranquillità e la sicurezza (ad es. per le richieste continue di denaro, l'uso di sostanze, gioco patologico, pretese di stili di vita al di sopra delle effettive possibilità ecc.).

Va in ogni caso prevenuto ed evitato un disimpegno della famiglia ed ogni movimento deresponsabilizzante che investa e deleghi ogni problema (anche di vita) ai servizi di salute mentale. Questo è essenziale fin dalle fasi iniziali per evitare un processo di espulsione del paziente dal proprio contesto con perdita dei diritti e affetti e spesso porta ad invertire la relazione di cura (i familiari dicono ai clinici cosa e come devono fare, "pretendono" che vengano imposti stili di vita o limitazioni che essi non sono riusciti ad attuare, si sottraggono al dovere di solidarietà e mantenimento).

Dal punto di vista psicologico va tenuto presente che, fatti salvi i casi di adolescenza protratta /interminabile, rispetto all'adolescente di norma il giovane adulto ha raggiunto una maggiore maturazione del SNC e quindi può intraprendere nuovi progetti con motivazioni e volontà più determinate. Anche i processi attentivi e mnestici e le dinamiche di interazione sono più stabili.

Come è noto circa il 75% di tutti i disturbi mentali insorge prima dei 24 anni ed occuparsi della cura delle persone occorre tenere sempre presenti gli aspetti evolutivi, relazionali e di contesto nei quali insorge e si manifesta la psicopatologia, la sua possibile instabilità e variazione nel corso del tempo e delle relazioni. Nel giovane adulto, di solito la fase più acuta della crisi adolescenziale è di solito superata e la psicopatologia tende ad essere meglio inquadrabile. La relazione con il sistema di cura può essere vario, andando da soggetti che accedono volentieri e portano una domanda di cura ad altri dove si è sviluppata una tendenza all'isolamento e alla passività che rendono difficile l'instaurarsi di relazioni. Quando questi aspetti sono presenti occorre un lavoro di aggancio per fare sì che il giovane adulto possa accogliere l'offerta di aiuto.

In tutti i casi è necessario lavorare sul consenso nell'ottica del protagonismo della persona circa il proprio percorso di cura basato sulla chiarezza del patto terapeutico, sulla trasparenza e sulla condivisione di mete, obiettivi e metodi. In particolare va posto come un punto centrale che il trattamento del disturbo mentale avviene nel territorio e nella comunità di vita scelta dalla persona.

Sotto il profilo psicopatologico particolare attenzione richiedono gli esordi psicotici in relazione alla loro possibile prognosi favorevole se correttamente inquadrati, curati precocemente riducendo al minimo la durata della psicosi non trattata e mettendo in atto tutti gli interventi previste dallo specifico programma. Tuttavia la psicopatologia nel territorio presenta un'elevata complessità ed emergono i limiti di un'impostazione categoriale non solo per la compresenza di più disturbi ma anche per la necessità di considerare sempre anche il funzionamento psicosociale e le risorse di contesto. Sono questi ultimi, spesso molto più della sola diagnosi categoriale a condizionare i processi e gli esiti.

Le condizioni cliniche si intrecciano con quanto già evidenziato relativamente al giovane adulto e di conseguenza si crea una condizione nella quale il raggiungimento dei risultati in termini di autonomie abitative, lavorative e sociali è reso ancora più difficile. Quindi da un lato abbiamo persone che soffrono e talora meno attrezzate/formate e dall'altro contesti meno inclusivi, più selettivi e competitivi anche nell'ambito delle soluzioni "protette".

Queste maggiori difficoltà rispetto a quelle presenti in periodi di piena occupazione e espansione del lavoro sociale vanno tenute presenti nel processo terapeutico abilitativo del giovane adulto. Infatti la minore esigibilità dei diritti e limitate opportunità non favoriscono il processo di cambiamento e inclusione sociale che è determinato sia da fattori interni (funzionamento psichico, autocontrollo, dinamiche motivazionali intrinseche) sia da fattori esterni (contesto, famiglie, risorse, opportunità, dinamiche motivazionali estrinseche, atteggiamento verso gli altri).

Se questo è il problema la risposta deve essere pensata coinvolgendo tutte le articolazioni del DAI-SMDP a partire da una condivisione dell'analisi e del progetto. In questo una struttura come la RTI "Santi" che ha una lunga esperienza nell'inclusione sociale, abitativa e lavorativa delle persone può svolgere un ruolo nuovo? Un ruolo di area, spazio intermedio, di creazione di percorsi identitari e di ruolo prima ancora che sociali. Occorre, quindi, lavorare nell'ottica della recovery e dell'inclusione sociale considerando un periodo di transizione la permanenza in RTI. Il processo abilitativo può essere facilitato dal Budget di salute a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) nella convinzione che questo sia strategico per l'acquisizione del ruolo

adulto. Un'abilitazione che tende a minimizzare i rischi di istituzionalizzazione e quindi di regressione e lungodegenza e in grado di prevenire ogni forma di abbandono a domicilio.

La RTI può essere molto utile in questo se da un lato sa innovare il proprio modello operativo ancora incentrato su un approccio psichiatrico classico nel quale si pensa che le abilità sociali si possano riattivare secondariamente al raggiunto compenso psicopatologico. Posto che la relazione fra psicopatologia e funzionamento psicosociale non è lineare ma vede complesse interazioni, le variabili di contesto sono diventate essenziali e vanno affrontate con specifiche abilità e nuove diverse opportunità, quindi con un'azione creativa. In assenza di questa le persone tendono a fallire nei loro processi di emancipazione e inclusione e restano a lungo nella struttura apparentemente senza progetto, adattandosi in modo regressivo al contesto residenziale e di fronte a questo, CSM e residenza si rimpallano le responsabilità. Il modello di lavoro deve vedere una forte ripresa dell'impostazione psicoterapica e delle attività di gruppo a partire dall'idea di utilizzare in senso evolutivo-abilitativo ogni aspetto della quotidianità superando definitivamente approcci assistenziali e regressivi.

Accanto ad un modello di lavoro, la RTI deve avere opportunità maggiori e variegate (collegandosi stabilmente al cruscotto Residenzialità e Budget di salute) e migliorare il proprio comfort ambientale.

Un'ipotesi innovativa può essere quella di avere una RTI con due moduli: una per giovani adulti (fino ai 35 anni) con 8 posti e l'altra per adulti (8 posti) e programmi territoriali ad alta valenza (4 posti) mantenendo le caratteristiche di CSM sulle 24 ore e quindi la possibilità di una rapida accoglienza e di un passaggio fluido da territorio a residenzialità e viceversa.

La RTI può accogliere persone con disturbi psicopatologici complessi, psicosi e disturbi gravi della personalità senza dipendenza conclamata o uso problematico di sostanze. Non sono ospitati i soggetti con disabilità intellettiva grave e le persone affette da demenza. Il ricovero presuppone le presa in cura ai servizi territoriali (NPIA/CSM/SERD) ed è indicato quando vi sia impossibilità di gestire il disturbo psichico a domicilio e sia necessario strutturare un programma abilitativo.

I pazienti giovani adulti vengono segnalati dalla NPIA nel Programma di transizione all'età adulta e favorire così il completamento del programma di cura secondo obiettivi coerenti con il Progetto di Vita.

L'obiettivo è la costruzione di una "cornice", di uno spazio protetto dove gli operatori (medici, psicologi, infermieri, educatori) sono impegnati in vari modi ad aiutare la persona a:

- raggiungere gli obiettivi già delineati dalla NPIA e riattualizzati nella transizione all'età adulta;
- raggiungere una stabilizzazione del quadro psicopatologico e a mantenere uno stato di compenso attraverso una formazione all'autogestione della terapia, la prevenzione delle crisi e loro gestione;
- riprendere motivazioni e interessi;
- ristabilire un contatto con la famiglia e la realtà esterna, ripristinando, per quanto possibile, i compiti evolutivi e svolgendo una funzione di collegamento e mediazione con il mondo esterno.

La persona è considerata sempre come prima risorsa e viene invitata a collaborare alla gestione della RTI, alla sua sicurezza e alla qualità della convivenza; non solo, ma vengono proposte attività nelle quali la persona possa essere di aiuto ad altri, possa cioè sperimentarsi in ruoli nuovi, attivi.

La RTI è un luogo aperto, collegato con l'esterno dove le regole e i tempi sono chiari e ben definiti, ma soggetti a una certa flessibilità e i cui criteri vengano discussi tra operatori e con i pazienti, in cui l'obiettivo terapeutico sia quello di aiutare i pazienti a sostituire l'"azione" con il pensiero.

L'impostazione di lavoro, improntata sulle relazioni umane e sul costituirsi di uno stretto rapporto con gli ospiti, ha come aree di intervento: l'autonomia personale (per rendere sempre più autonomi gli ospiti riguardo al lavarsi, al vestirsi, al cibo, gestione denaro, alle abilità sociali), la comunicazione, la socializzazione, gli interessi/opportunità, l'habitat e la formazione-lavoro.

Il lavoro di/in équipe costituisce il "core" dell'intervento e prevede sempre il coinvolgimento di tutti i soggetti che si trovano nella RTI. Quindi non solo la parte professionale ma un pieno coinvolgimento nella gestione anche degli ospiti, mediante l'organizzazione congiunta del tempo e delle attività, l'automutuoaiuto e il facilitatore sociale.

Alla scheda di invio da parte del CSM dovrà essere associata un modello di Consenso al Programma di Cura che veda la persona esplicitare il proprio punto di vista, aspettative, risorse per giungere alla definizione di un Patto di cura.

In molti casi è realistico procedere per step e per gradi definendo fasi di accoglienza, di osservazione, di elaborazione di un primo programma terapeutico abilitativo/riabilitativo.

Le riunioni di équipe anche con gli inviati devono vedere sempre presente il paziente. Con questo va sviluppato un progetto individualizzato che verrà realizzato da una mini-equipe, composta da

operatori della RTI e del CSM. Vengono mantenuti costanti i rapporti con i servizi inviati e definiti insieme i tempi di verifica coinvolgendo se possibile e indicato anche le famiglie.

L'attività medica è svolta in costante collegamento con i Medici di Medicina Generale (e se necessario delle cure primarie). Dal lunedì al venerdì viene assicurato il colloquio medico e infermieristico al letto o in studio.

Una volta a settimana vengono svolti colloqui individuali psichiatrici/psicoterapici con la persona. In ogni caso nel programma di cura dovranno essere definite le modalità di rapporto e coinvolgimento della famiglia. Nel Patto di cura dovranno essere anche esplicitati gli impegni reciproci, comprese le uscite.

In questa cornice di riferimento sono inserite le diverse attività terapeutiche e abilitative, alcune specifiche della Residenza e altre condivise con altri servizi o fornite dalla Cooperazione sociale.

E' quindi fondamentale la strutturazione del tempo e delle attività sia per evitare il vissuto di noia e vuoto ma anche per organizzare attraverso il fare l'attività mentale e relazionale. Le attività che vengono organizzate secondo un preciso programma settimanale, sono:

- attività volte al conseguimento dell'autonomia personale (quotidiana);
- attività di psicoeducazione (quotidiana);
- collaborazione alla gestione della RTI: settimanalmente vi è la riunione con gli ospiti, uno scambio reciproco di comunicazioni e opinioni rispetto all'andamento generale della struttura. Gruppi per la gestione della RTI (pasti, orari, pulizie, TV, attività, qualità della convivenza ecc.) sono fondamentali;
- gruppi psicoterapeutici (2 volte alla settimana);
- gruppi per gli stili di vita (1 volta alla settimana);
- gruppi per le famiglie (1 volta alla settimana/quindicinale); possibile terapia familiare;
- attività scolastica/formativa (con Enti di formazione, università);
- gruppo di conversazione/lettura quotidiano;
- gruppo di lettura (1 volta settimana);
- attività psicomotoria e sportiva, ping pong, biliardo;

- attività di neuroriabilitazione (a cicli);
- attività di découpage, giardinaggio;
- attività musicale; visione di film;
- attività di teatro/ drammatizzazione;
- attività con il computer;
- attività di socializzazione;
- attività di auto mutuo (1 volta alla settimana);
- attività di facilitazione sociale.

Alle attività collaborano i volontari e le associazioni del territorio.

Le giornate sono regolate da orari per la sveglia, per le attività, sia al mattino che al pomeriggio.

In modo programmato con un pulmino vengono organizzate uscite e gite.

A orari stabiliti si può guardare la tv

Vi è una libreria abbastanza fornita di libri e dei fumetti.

Previa comunicazione al personale le persone ospiti possono uscire regolarmente.

Il Patto (contratto) terapeutico

Il ricovero in RTI è volontario e si svolge nella libertà. Pertanto il giovane adulto deve essere partecipe e motivato a raggiungere gli obiettivi che verranno definiti insieme lavorando sulle risorse, aspettative, rischi/benefici.

E' utile che ancor prima dell'ingresso la persona venga preparata, possa visitare la struttura e si lavori per costruire un contratto basato sulla condivisione di alcune scelte: gestione dei tempi (uscite, permessi), la definizione della terapia farmacologica (compresa quella estemporanea), astensione dalle sostanze psicoattive, gestione denaro, cellulari, tablet e la partecipazione ai gruppi. Vanno anche analizzate le motivazioni e le aspettative in merito alla cura e all'abilitazione sociale. I familiari vengono stimolati a partecipare attivamente e per essi sono previsti specifici gruppi.

Il contratto tende a responsabilizzare la persona e valorizza il ruolo degli operatori che assumono il ruolo di “esperti” nel settore, in grado di stare accanto, accompagnare perché la persona in uno spirito positivo e di fiducia possa sperimentarsi in una situazione dove vengono valutati e condivisi rischi/benefici al fine di sviluppare l'autonomia e l'inclusione sociale. La persona non si percepisce solo come soggetto malato, invalido e l'importanza della partecipazione attiva al processo di cura sta anche nel validare le risorse della persona e nel capacitarlo offrendo anche opportunità nuove mediante il budget di salute.

Nei giovani adulti sono fondamentali le dinamiche di interazione che si creano tra pari mediante le iniziative di automutuoaiuto. Diviene quindi parte dell'esperienza anche la disponibilità/opportunità ad aiutare altri, nel mettersi a disposizione, nel dare senso condiviso al tempo, variando così il proprio ruolo da soggetto bisognoso di cure a persona che può dare aiuto, conforto. Si sviluppa così un senso di reciprocità interiore, che ha effetti sull'autostima, l'identità, le relazioni.

All'interno della struttura, risulta di fondamentale importanza l'integrazione tra competenze mediche, psicologiche, interventi psicosociali permettendo e stimolando anche esperienze adeguate all'età.

L'equipe curante mantiene una certa flessibilità rispetto alla cura dei pazienti e al contempo assicura una certa coerenza, sia nel rispondere ai bisogni fisici ed emotivi del giovane paziente, sia nello svolgimento delle funzioni abilitative.

Durante il soggiorno nella RTI si ha inoltre l'occasione di poter lavorare sulle interazioni reali tra paziente e i familiari, in un campo di osservazione più allargato, che può consentire di valutare direttamente eventuali relazioni disfunzionali, allo scopo di renderle, attraverso atteggiamenti di mediazione, più adeguate ed efficaci.

E' utile, innanzitutto, poter stabilire anche una valida alleanza terapeutica con i familiari, in modo da poterne contenere le preoccupazioni per la psicopatologia. Attraverso la creazione di nuovi rapporti significativi e la realizzazione di interventi contenitivi, è anche possibile interrompere il circolo vizioso di rabbia e aggressività fra genitori e figli.

Modello operativo

L'obiettivo di promuovere lo sviluppo del giovane paziente, di renderne possibili il recupero e la ripresa del percorso evolutivo, con un'apertura verso l'esterno attraverso un insieme di opportunità, motivazioni.

L'intervento psichiatrico territoriale prevede che la cura si sviluppi nel contesto di vita della persona, nella comunità e questa resta il riferimento anche nel caso di un intervento residenziale che va pensato come parte integrante del lavoro del CSM e non come delega. Quindi un lavoro congiunto CSM-RTI che prevede:

- a) l'approccio psichiatrico per raggiungere un buon compenso del quadro psicopatologico con forte attenzione al contesto familiare e relazionale con una forte azione responsabilizzante;
- b) l'approccio psicodinamico ha l'obiettivo terapeutico di favorire lo sviluppo delle funzioni dell' "Io" e delle istanze superegoiche, favorendo una maggiore consapevolezza e padronanza del proprio mondo interno;
- c) l'approccio psicoeducativo prevede un metodo più direttivo, al fine di ottenere una diminuzione dei sintomi psichici ed un migliore adattamento all'ambiente sociale, migliorare la cura di sé, della propria salute;
- d) l'approccio psico-sociale in grado di offrire opportunità abilitative e di protagonismo, auto mutuo aiuto

L'impianto complessivo punta sulla partecipazione della persona non solo alla cura ma anche alla vita della RTI che viene impostata su un modello basato sull'ascolto, il coinvolgimento, la condivisione.

Ogni operatore che svolge la propria attività psicoterapeutica e assistenziale deve essere in grado di comprendere in modo accogliente e non giudicante le problematiche degli ospiti : il dialogo con la persona deve tenere conto delle difficoltà che essa ha nello stabilire connessioni equilibrate nel proprio mondo interno e fra questo e il mondo esterno.

Questo implica una particolare attenzione alle distanze relazionali e ai livelli di stimolazione (stimolazione ottimale), a come articolare la psicoeducazione e le attività psicoterapeutiche. Quindi se sul piano clinico occorre cercare di comprendere e dare senso al conflitto interiore, cogliendo anche le aree carenziali e in ogni caso cercando di attenuare il dolore interiore e le sofferenze anche nelle relazioni, sul piano abilitativo occorre vedere come favorire le condizioni affinché si possa avere l'utilizzo delle potenzialità del giovane, delle sue competenze e spesso compromesse anche dalla demotivazione e da una significativa compromissione dell'autostima. Quindi si tratta di costruire le condizioni per una riattivazione del processo evolutivo. Da qui l'opportunità di utilizzare non solo i setting formali della cura ma anche quelli inconsueti ed informali, della quotidianità, in cui la persona possa sentirsi libera, di volta in volta, di scegliere l'operatore con cui

relazionarsi, l'oggetto di identificazione, modulando le sue contemporanee esigenze di dipendenza e di autonomia, di mostrare, a seconda delle situazioni, le parti di sé in cui sente di rispecchiarsi in quel momento, avendo però la sicurezza di essere contenuto negli aspetti distruttivi.

Creare continuità nella transizione

E' preliminare all'ingresso in RTI la presa in cura della persona da parte del CSM/NPIA che terranno regolari incontri con l'equipe della RTI.

Il CSM/NPIA resta il riferimento per il PTRI e quindi deve creare le migliori condizioni possibili per un lavoro congiunto con l'equipe della Residenza. La qualità di questa connessione e collaborazione è essenziale per la riuscita del programma affinché la persona possa sentirsi accolto, contenuto psicologicamente, in un quadro coerente pur nella pluralità degli interlocutori. Infatti l'ingresso nella RTI determina l'esigenza di confrontarsi con una dimensione collettiva e grupale. Questo può attivare angosce paranoidi e depressive, vissuti di con-fusione ma costituisce anche un'occasione per nuove relazioni, identificazioni e attività a condizione che l'ingresso sia accompagnato, sostenuto e possa essere attivata la fase di transizione: da una dimensione duale/microequipe del CSM al gruppo della Residenza (a sua volta costituita dall'insieme degli operatori e degli utenti), da uno stato di isolamento a possibili relazioni, da uno stato di inattività o di attività disfunzionali a quelli utili, da una condizione di demotivazione-apatia ad una potenziale motivazione, dal "fuori al dentro" e viceversa.

Le difficoltà che la persona sperimenta nella transizione che sta affrontando vanno comprese e l'affidamento al gruppo terapeutico implica la lenta creazione di una relazione di fiducia che verrà per altro messa alla prova più volte. La transizione può costituire un'insostituibile occasione di speranza e di sperimentazione di nuove relazioni al di fuori della propria famiglia e quindi va protetta cercando di minimizzare il rischio di fallimento. La natura della RTI implica che questo processo sia pensato nella continuità interno alla RTI – esterno come elemento co-essenziale al programma di cura e non come una condizione da raggiungere (come tipicamente avviene nella riabilitazione di lungo termine) ma il messaggio di fondo è che la persona può riuscire nel suo progetto di vita nella comunità e insieme ne vedremo le condizioni. Ecco perché risulta essenziale partire dal punto di vista della persona, considerarla risorsa, protagonista e non passivo fruitore di una cura.

Cenni alle dinamiche gruppali

All'interno della RTI si evidenziano i processi di risonanza e di rispecchiamento affettivo (Foulkes,1976⁴) e attraverso tali meccanismi, ogni soggetto tende a riconoscere nell'altro parti di sè, avvertendo come sentimenti ed istanze emotive del gruppo risuonino armonicamente nel proprio mondo interno. E' all'interno di queste dinamiche gruppali che la persona può sentirsi in grado di intraprendere un percorso interiore per riparare le aree traumatiche del proprio Sè, in una sorta di "luogo transizionale", protetto dalle laceranti angosce di smarrimento e frammentazione interiore.

L'atmosfera della RTI è particolarmente esposta a "pensieri selvaggi", individuati da Foulkes all'interno di una dimensione di gruppo, che sembrano vagare in un inconscio comune, in attesa di un soggetto che li "pensi", cioè li elabori e li comunichi verbalmente agli altri. Questi frammenti di pensieri non si riferirebbero solo alla dimensione del presente, ma sarebbero una sorta di "eredità del passato" di ciascun membro del gruppo. Anche i meccanismi di difesa primitivi (in particolare la scissione e la proiezione di contenuti psichici dolorosi sull'ambiente esterno), risultano diluiti e più distribuiti nella matrice gruppale (Gabbard, 1994)⁵. Dalla loro ricostruzione può iniziare il processo di recupero di quella continuità storica del singolo e la ripresa di motivazione e speranza verso il futuro.

L'atmosfera deve essere improntata alla responsabilità vigile, tollerante, fiduciosa, positiva aperta all'ascolto e alla condivisione emotiva (non verbale) fino ad alleanze empatiche. L'atmosfera non deve essere lassista in quanto questo non darebbe il necessario contenimento ai soggetti più fragili e vulnerabili e farebbe emergere un senso di trascuratezza e di abbandono. Quindi è essenziale la cura degli ambienti, il loro ordine, la bellezza.

La cultura gruppale deve essere di rinforzo affinché pratiche disfunzionali come ad esempio l'uso di sostanze, la violenza, trovino disconferma e riprovazione da parte dell'intero gruppo. E' quindi questo che va investito della qualità della convivenza, della sicurezza interna, anche attribuendo compiti specifici, a rotazione. Su questo si possono fare interventi diversi dal coinvolgimento delle Forze dell'ordine, alla psicoeducazione, ai interventi di colleghi delle Dipendenze Patologiche, a gruppi.

L'obiettivo della RTI è quello di costituire un'area intermedia tra realtà interna ed esterna, tra malattia e salute che storicizzi e dia un nuovo significato ai vissuti interiori della persona anche attraverso sia un'azione psicoterapeutica (in senso ampio) sia mediante l'esercizio di attività concrete.

⁴ Foulkes H. Analisi terapeutica di gruppo, Boringhieri, 1974

⁵ Gabbard G.O Psichiatria Psicodinamica, Raffaello Cortina Ed. 1994

A questo proposito, la capacità degli operatori di organizzare la vita della RTI mediante attività utili di scandire il tempo della giornata, in ritmi stabili può essere fondamentale per facilitare l'interiorizzazione di un flusso temporale armonico, che si contrappone alla caotica rappresentazione circolare del tempo, alla destrutturazione della mente psicotica. In questo il coinvolgimento degli ospiti è essenziale per evitare ogni forma di assistenzialismo e per utilizzare ogni occasione in senso terapeutico abilitativo. Gruppi per la gestione della RTI (pasti, orari, pulizie, TV, attività, qualità della convivenza ecc.) sono fondamentali.

Lavoro in equipe

Nella RTI l'equipe curante deve compiere un'opera di continuo "aggiustamento" rispetto alle emozioni controtransferali suscitati negli operatori dalle verbalizzazioni e talora dagli agiti di tipo violativo, aggressivo, seduttivo e sessuale dei giovani pazienti, che hanno spesso caratteristiche trasgressive, provocatorie, confusive e qualche volta distruttive. Il gruppo dei curanti può fronteggiare il difficile compito di fare fronte agli attacchi dei pazienti solo se risponde con un atteggiamento ed una lettura del comportamenti dei pazienti che siano univoci e coerenti e che siano in grado di veicolare un messaggio e dei comportamenti di sicurezza e di governo autorevole della RTI, nella consapevolezza della propria forza e competenza. Senza esibizioni ma con un atteggiamento che sia umile ma sicuro, tenace, resiliente in grado di indurre senso di responsabilità e di rispetto reciproco coinvolgendo in questo sempre anche utenti e familiari e tutto questo è terapeutico in quanto permettano al paziente di essere contenuto nella propria distruttività e al contempo esprimere le proprie esigenze di crescita autonomia, ma entro i limiti del rispetto per l'altro.

Questo è essenziale quando si tratta con pazienti che hanno alle spalle relazioni abusanti, violente o caratterizzate da trascuratezze e quindi propensi a non fidarsi, a mettere alla prova l'adulto in quanto temono altri possibili fallimenti o devono proteggersi dall'insorgere di speranze di cambiamento. Questi quadri possono anche portare a possibili esiti negativi e disgreganti e richiedono una forte coesione e resilienza. Sapendo che anche questo richiede una fase di transizione e quindi se le nuove esperienze in RTI possono in parte colmare pregressi vuoti affettivi ed educativi, è anche vero che, se non sono condotte adeguatamente, potrebbero determinare effetti destabilizzanti nella personalità del giovane, con pericolose scissioni nella stessa sfera dell'identità: in luogo di un'integrazione riparatoria, potrebbero emergere infatti vissuti frammentati e tra loro contrastanti.

Tutta l'esperienza della RTI è in continuità con il lavoro territoriale e questo ha il compito di mediare con i contesti familiari e sociali e di garantire sempre una visione di insieme, valutando anche come si sviluppano le dinamiche relazionali, la loro qualità, distanza. Il CSM insieme alla residenza è anche la sede della progettualità e della speranza per il futuro. Quindi la persona non va pensata solo nel qui ed ora ma anche nel suo ambiente e nel futuro. La crescita del bambino e l'evoluzione dell'adulto consiste prima di tutto nell'essere pensati dall'altro, investiti di fantasie, pensieri, affetti.

Il protrarsi della degenza in RTI in assenza di progetti determina ma è al tempo stesso l'espressione di una possibile regressione e perdita di speranza e abilità. Non è tanto un nuovo progetto calato dall'alto che ridà speranza ma è questa a costruirlo, faticosamente, ricercando i pezzi frammentati, porzioni di pensieri e affetti sperduti che vanno ricercati, trovati, coagulati nel mondo interiore e relazionale dell'altro come nel nostro. E se nell'incontro delle persone avviene un contatto fra questi mondi scaturisce la premessa per la fiducia, per affrontare il presente e vedere le speranze di un possibile cambiamento.

Gli operatori del CSM e della RTI insieme, devono svolgere funzioni di sostegno dell'Io del paziente, affinché si possa costituire uno spazio mentale di transizione e di attesa tra impulso ed azione, tra realtà interna ed esterna, tra disperazione/inutilità e speranza. Non si tratta solo di contenere le angosce distruttive, le violazioni ma di dare senso al tempo, offrire opportunità di un percorso di senso, di un viaggio per un possibile cambiamento e nuove mete che a volte sono solo altri e diversi sguardi sulle situazioni.

Va tenuto presente che nel processo di individuazione-separazione, gli atteggiamenti di protesta e ribellione contro le figure rappresentanti l'autorità sono inevitabili: il giovane ha bisogno di figure contro le quali lottare, mettersi alla prova, per individuare le proprie potenzialità e stabilire i suoi limiti. Il gruppo dei terapeuti deve perciò avere un atteggiamento duttile, ma non arrendevole, autorevole e senza mai trasformarsi impropriamente in una specie di amico. Deve essere colta anche la vulnerabilità narcisistica del giovane, evitando comunicazioni che lo umilino mentre ne vanno valorizzate attivamente le capacità.

L'operatore in psichiatria propone l'immagine di adulto determinato ma flessibile, che accetta e promuove il l'ascolto, il confronto con gli altri adulti e i colleghi coinvolti nel lavoro di equipe. Un operatore che si presenta come persona in grado di aiutare il paziente al di fuori di ogni atteggiamento onnipotente e salvifico consapevole dei limiti e della profonda umanità del lavoro a partire dai dettagli più piccoli, a tutela della dignità della persona. Questo fa di tutti e costituisce per

ciascuno uno sforzo e un'occasione per essere persone migliori più colte, profonde ed in questo consiste a mio avviso l'elemento di fondo per il miglioramento della qualità delle cure.

L'equipe curante dovrà considerare e monitorare costantemente i movimenti controtransferali, particolarmente intensi e significativi nel corso del lavoro con adolescenti e giovani adulti problematici, dall'idealizzazione a vissuti di risentimento e rabbia.

Per svolgere adeguatamente tale funzione pedagogica e terapeutica, risulta essenziale che gli operatori possano usufruire di uno spazio comune, all'interno del quale condividere le proprie esperienze ed elaborare gli intensi sentimenti controtransferali che l'adolescente tende ad evocare.

Le riunioni tra gli operatori costituiscono quindi una significativa "area transizionale" in cui contenere gli agiti, ristrutturare e preservare la coerenza della struttura organizzativa. Si possono evidenziare meccanismi di scissione, tra fantasie salvifiche ed impulsi di restituire le proiezioni aggressive ricevute, che potranno essere esteriorizzate e neutralizzate attraverso il confronto ed il contenimento dei colleghi (Gabbard, 2002).

L'analisi dei vissuti e del flusso di sensazioni quotidiane percepite durante il lavoro non sono solo esperienze di vita che arricchiscono il patrimonio umano del curante, ma anche veri e propri strumenti terapeutici, attraverso i quali l'operatore ha l'occasione di poter decifrare e cogliere le corrispondenze, spesso enigmatiche ed inesprimibili a parole, tra la propria esperienza interiore e quella del paziente.

Fare insieme, narrare e pensare

La vita della RTI è caratterizzata da numerose attività che assumono una valenza terapeutico-abilitativa nella misura in cui il fare insieme aiuta a sviluppare relazioni e a strutturare il mondo interno, le capacità di restare su un compito, di avere finalità e quindi di dilazionare il soddisfacimento di bisogni e dell'autocontrollo. Il fare insieme è anche un'occasione per identificazioni reciproche, per lo sviluppo dell'empatia. Le attività sono quelle quotidiane e possono essere libere, tra pari o con la presenza di operatori. La RTI nel suo insieme non è recintata e non vi sono confini che possono essere superati, violati, ma è un limite inapparente e virtuale ad esercitare il contenimento. Il rapporto con il mondo esterno va predisposto per superare paure e condotte disfunzionali.

L'esposizione relazionale e l'attività con altri prevede anche momenti di pausa, di riposo e ritiro nella propria stanza che rappresenta una sorta di "zona franca", uno spazio percepito come luogo e momento di "decompressione", in cui si attua anche una detensione dei conflitti.

Le attività vogliono favorire, attraverso l'utilizzo di diverse figure di riferimento, con professionalità diverse, il raggiungimento nei pazienti la maggiore autonomia possibile, con un progressivo reinserimento sociale, rimettendo in moto competenze e motivazioni bloccate.

Un approccio integrato, centrato da una parte su di un intervento terapeutico-abilitativo con il paziente e, contemporaneamente, sul lavoro con il contesto.

Le diverse riunioni (giornaliere, settimanale d'equipe, con CSM/NPIA) sono le occasioni nell'ambito della quali vengono affrontate le difficoltà sia generali, sia individuali riscontrate rispetto alle conflittualità tra operatori e del singolo o il gruppo dei pazienti. Si tratta di creare un flusso continuo di pensieri/affetti che circolano nell'ambiente e costituisce la base che rende possibile chiarimenti, confronti e negoziazioni. A volte serve una pausa di riflessione e di crescita, consentendo di diminuire la tensione, l'esigenza di agire impulsivi e di capire i sentimenti e le dinamiche che li sottendono e gli effetti interpersonali.

Durante le attività i pazienti, anche quelli più gravi, sono spesso in grado di mantenere comportamenti adeguati e trasmettere sinceri sentimenti di affetto ed empatia e al contempo di svolgere in modo produttivo e soddisfacente il proprio compito. Ad esempio la preparazione del cibo, un'uscita, una festa possono portare ad un clima disteso e sereno nel quale si riescono ad instaurare relazioni e migliorare stile e qualità della vita.

Nel fare insieme si attenuano anche i sintomi di instabilità dell'umore, l'impulsività, i sentimenti di vuoto interiore e di noia ed è anche l'occasione per vedere il problema dello stigma. Parlare dei disturbi mentali, anche alla luce del timore del giudizio degli altri, la visione di sé e la propria autostima non è facile e se questo può accadere nei gruppi e nelle relazioni quotidiane al di fuori delle sedute. Ciò costituisce una grande occasione e vanno trovando risposte implicite nell'accoglienza a volte silenziosa e non spaventata degli operatori, in parole leggere e gentili, rispettose del dolore e mai banalizzanti. Lo stesso per le preoccupazioni del corpo, che da un lato è mezzo di espressività, seduzione ed investimento narcisistico, dall'altro è oggetto di attacco e di scarico pulsionale. Una costante attenzione al riconoscimento dei vissuti e il trattamento integrato, psicoterapeutico e farmacologico, può prevenire l'aggravarsi della psicopatologia e le crisi acute. Le esigenze di stabilire una relazione affettiva, attraverso modalità insolite e contraddittorie,

permettono di comunicare vissuti altrimenti inesprimibili vanno accolte con disponibilità per favorire un'autentica comunicazione e la possibilità di un recupero del dialogo interiore.

Una cura della/nella libertà, fondata su consenso, responsabilità e partecipazione.

Un modello territoriale per le Residenze

Silvia Bertoli

Il percorso di rinnovamento che ha caratterizzato il mandato delle residenze nel corso degli ultimi anni, si è associato alla ricerca di risposte organizzative coerenti con gli elementi che hanno connotato il processo di evoluzione. Gli operatori che lavorano nelle residenze (infermieri, OSS, TRP, educatori prof.) stanno tuttora cercando di adeguare le loro competenze alla ricerca di una nuova identità professionale da poter collocare all'interno di un sistema territoriale complesso che comprende anche le residenze.

Se pensiamo ai modelli degli anni 90, le residenze garantivano un buon livello di accoglienza e una buona qualità dell'assistenza attraverso un rapporto di tipo paternalistico. Tutti i bisogni trovavano risposta tramite gli operatori in un'ottica più di intrattenimento che riabilitativa e abilitativa. Le persone rimanevano ricoverate per lunghi periodi, a volte per anni, e il luogo di ricovero diventava spesso una collocazione definitiva o, al più, propedeutica ad una successiva ricollocazione in ambiti sempre protetti. I familiari, ove presenti, tendevano a delegare ai servizi tutta la gestione della vita dei loro congiunti e i servizi si assumevano la delega in maniera spontanea, dato che all'epoca era naturale sostituirsi alla famiglia.

Tuttavia in quella fase il mandato delle residenze era semplice e chiaro. Entravano pazienti con caratteristiche piuttosto omogenee e la residenza offriva risposte abbastanza standardizzate attraverso un modello protettivo, che rispondeva ai bisogni e creava una forte dipendenza verso i servizi.

Negli anni abbiamo assistito ai progressivi cambiamenti che hanno delineato un nuovo contesto di riferimento per il sistema della salute mentale adulti. Cambiamenti incisivi relativamente al target dell'utenza: gli immigrati, le nuove povertà e l'aumento delle fragilità, i giovani, pazienti autori di reato sottoposti a misure di sicurezza non detentive, utilizzatori di sostanze ed alcol. Elementi che spesso si trovano combinati fra loro, intrecciati con la psicopatologia e situazioni sociali difficili.

A questo si aggiungono i cambiamenti che hanno riguardato lo status del paziente: il consenso, l'autodeterminazione, la capacità contrattuale della persona.

Inoltre le famiglie che non sono più soltanto assenti od espulsive, ma spesso si ha a che fare con famiglie “esigenti” che pretendono il meglio per i loro congiunti non più soltanto in una prospettiva di carattere istituzionale, ma con l'attesa di soluzioni ed investimenti nella comunità.

Poi la forte spinta verso il territorio a realizzare i progetti di cura delle persone al domicilio, attraverso i budget di salute, ultimo e più moderno modello personalizzato di cura, che si realizza nel contesto di vita delle persone con una forte valorizzazione dei contesti ambientali e relazionali, delle competenze e delle risorse della persona, nel principio di inclusione e integrazione e di partecipazione attiva al contesto sociale.

Infine l'indicazione di gestire anche i momenti di crisi e di acuzie, ove possibile, fuori dall'ospedale, quindi nel territorio ma anche nelle residenze, con la necessità di garantire una solida continuità assistenziale ospedale-territorio e residenza-territorio.

In ragione di tutte queste variabili, anche le Residenze si stanno progressivamente indirizzando ad un mandato di tipo riabilitativo, di recovery con progetti personalizzati e con verifiche dei risultati proponendo un modello sempre più in continuità con i servizi territoriali e con una visione sempre più comunitaria che sappia valorizzare il contesto relazionale e di vita delle persone.

In base alla riclassificazione regionale, le residenze sanitarie psichiatriche sono state ridefinite, in funzione dell'intensità di cura, del mandato e della durata di degenza, in Residenze a trattamento intensivo e Residenze a trattamento estensivo. Quindi abbiamo strutture con caratteristiche difformi e con la presenza di peculiarità legate anche ad altri fattori, come i territori di appartenenza o la storia individuale di ciascun servizio. Ad esempio la Residenza a Trattamento Intensivo di Fidenza si configura come medicalizzata e più vigilata rispetto alla sua omologa RTI “Santi” di Parma più orientata invece sul versante riabilitativo e molto aperta, dove gli accessi si basano sulla motivazione e sulla responsabilizzazione della persona. Anche la Residenza a Trattamento Estensivo “1° maggio” di Colorno è differente rispetto alla RTE di Vigheffio sia per le caratteristiche strutturali, sia per gli stili e le modalità operative. Quindi una differenziazione che diventa un valore nell'ambito di un'offerta variegata la quale propone modelli che meglio si adattano a certi utenti piuttosto che ad altri.

Per delineare un modello operativo appropriato per le residenze, dobbiamo quindi tenere conto delle differenti caratteristiche, ricercando tuttavia un riferimento omogeneo, in linea con il contesto

normativo attuale, integrato con i territori, in un quadro di riferimento fatto di elementi chiave quali recovery, valorizzazione delle competenze, empowerment, programmi terapeutici riabilitativi personalizzati nel contesto di vita della persona e finalizzati all'inclusione sociale.

Per questo le pratiche e gli interventi che si inseriscono all'interno di un modello per le residenze devono indirizzarsi alla promozione di forme di autogestione e di auto-assistenza che valorizzino e potenzino le abilità della persona e ne favoriscano la responsabilizzazione, puntando a forme di self-care e al coinvolgimento di familiari e caregiver, con attenzione a ridurre al minimo la soluzione di continuità fra il ricovero e il contesto di vita della persona.

Da un'analisi delle pratiche che si effettuano nelle residenze, si evidenzia la necessità di un rinnovamento che tenda a contrastare gli aspetti regressivi e un po' infantilizzanti che ancora vengono proposti nell'ambito degli interventi residenziali.

Un esempio al quale stiamo lavorando riguarda la modalità di assunzione della terapia farmacologica. Il modello presente nelle residenze risente di uno stile paternalistico: il paziente riceve in maniera passiva la terapia che gli viene prescritta e somministrata. Per innovare la pratica stiamo passando ad una forma di auto-assunzione supervisionata dalla presenza dell'infermiere e basata sulla comprensione e sull'aderenza al trattamento, con interventi incentrati sulla comunicazione e sull'educazione e finalizzati al miglioramento della compliance, in stretta continuità con i programmi territoriali e coerenti con le autonomie della persona nel proprio ambito di vita nella comunità.

In analogia anche l'erogazione dei pasti viene riproposta in forma di autogestione, attraverso un lavoro sull'acquisizione della capacità di gestione dei tempi di attesa, la riduzione degli sprechi e il rispetto e la cura per l'ambiente, il tutto in funzione del rientro al domicilio nelle varie forme di autonomia.

Inoltre, per promuovere corretti stili alimentari, sono stati avviati interventi basati sulla psico-educazione, nell'ambito della prevenzione della sindrome metabolica per gli utenti a rischio, collegati con le funzioni dell'Ambulatorio infermieristico "Guadagnare Salute", attivo presso i Centri di Salute Mentale di Parma.

Anche i percorsi riabilitativi sono sempre più personalizzati e finalizzati all'accompagnamento della persona al suo rientro a casa andando ad individuare e intervenire su possibili lacune che potrebbero aver inciso nel determinare il momento di crisi.

Passando dai contenuti e dalle pratiche ad un modello organizzativo appropriato per le Residenze, possiamo considerare unicamente un modello integrato con i servizi territoriali di competenza e basato su un lavoro condiviso che riconosca l'équipe come un'unica unità CSM e Residenza.

Un sistema unitario nel quale le due équipes si fondono nel momento della presa in carico della crisi, nella scelta del progetto, nella programmazione degli interventi, nella ripartizione delle attività e nella verifica degli esiti. A fare da collante fra tutti gli interlocutori coinvolti nella gestione del caso, la presenza di un case manager individuato nell'ambito delle professioni del comparto per coordinare gli interventi preliminarmente condivisi in ambito progettuale.

Il case management territoriale è un modello organizzativo appropriato per la complessità della presa in carico territoriale in salute mentale, funzionale alla elaborazione di una sintesi condivisa, coordinata efficace ed efficiente, sviluppata attraverso un approccio multidimensionale e multidisciplinare basato sul seguente paradigma.

- presa in carico congiunta Residenza e CSM dello stato di acuzie/crisi/disagio in stretta continuità con il contesto di vita della persona
- accessibilità alla Residenza sempre mediata dall'equipe CSM
- garanzia di continuità terapeutica/assistenziale
- risposta coordinata e condivisa attraverso un lavoro di sistema CSM e Residenza

Continuità ed integrazione sono gli elementi cardine fra CSM e Residenze ma talvolta rappresentano anche un nodo critico. Per questo è necessario lavorare in connessione per indebolire le linee di demarcazione ed aumentare la permeabilità fra i servizi.

Una soluzione organizzativa indicata anche per favorire il processo di integrazione è proprio il modello basato sul case manager, modalità che tuttavia nel nostro tessuto fa un po' fatica ad attecchire. Il case manager è un ruolo poco riconosciuto, spesso è un'assegnazione solo formale e in altri casi è rappresentato dallo psichiatra in maniera impropria e sconveniente. Per questo è richiesto l'impegno di tutti, in particolare di coloro che hanno responsabilità di tipo organizzativo/gestionale, ad incaricare le figure del comparto, sostenendole e legittimandole nel ruolo. Gli operatori del comparto hanno dimostrato di saperlo fare, infatti nei casi dove è presente un case manager formalmente designato, gli interventi risultano meglio coordinati e vi è circolarità delle informazioni attraverso un'efficace interazione residenza-territorio che limita le disfunzionalità

legate alla troppa segmentazione come la sovrapposizione degli interventi o l'assenza di interventi che, in entrambi i casi, determinano un inutile allungamento dei tempi di ricovero con possibili conseguenti effetti di tipo iatrogeno.

Il case manager favorisce inoltre la coerenza fra gli interventi della residenza e gli interventi territoriali con l'apporto di elementi utili alla programmazione e alla realizzazione del progetto.

Sarebbe interessante approfondire il fenomeno andando a studiare gli esiti nei casi a cui è assegnato un operatore case manager.

La provenienza dell'operatore individuato come case manager è di norma il centro di salute mentale, ma non si esclude la possibilità di designare case manager scelti fra gli operatori delle residenze o della semiresidenza, in base alle caratteristiche individuali e anche alle preferenze del paziente. Un primo passo per sentire l'appartenenza ad un sistema senza confini fra dentro e fuori, dove tutti gli operatori si identificano in un unico ruolo territoriale.

Il futuro della residenzialità: l'approccio "Saura"

Pietro Pellegrini⁶

Introduzione

Grazie per l'invito a Giuseppina Paulillo e a tutti i collaboratori per avere organizzato questa giornata sulla residenzialità⁷ un tema un po' negletto ma di grande rilevanza per i servizi e le risorse investite. Mi auguro sia la prima di una serie che possa aiutarci a capire meglio il significato e la qualità di questi nostri interventi, a partire dalla psicopatologia e nosografia. Per questo ho molto apprezzato l'intervento del prof. Carlo Maggini e l'esperienza concreta dell'intermediazione nelle sue diverse declinazioni, come ci ha ben illustrato il collega Giuseppe Cerruti.

Dovendo fare qualche cenno al futuro, consentitemi qualche nota sul passato. Perché la residenzialità ha una storia lunga e non è priva di interessanti risvolti teorici a partire ad esempio dal termine e dalla sua etimologia⁸ di cui non parlerò.

Infatti, ben prima della legge 180, la residenzialità ha accompagnato e sostenuto tutto il processo di superamento dell'Ospedale Psichiatrico (OP) e trattandosi di un ambito rilevante per molteplici aspetti, ha assunto teoricamente due diverse accezioni, quella "intermedia" e quella "alternativa".

Infatti, la psichiatria italiana di comunità ha fatto riferimento al settore francese, dove una sola équipe segue tutta la popolazione di un determinato territorio e al quale è dedicato anche un settore dell'ospedale psichiatrico. Tra ospedale e territorio, in posizione intermedia, si collocano altre strutture, comunità, alloggi multipli e appartamenti. Non solo una posizione ma una funzione intermedia, potenzialmente transizionale (Winnicott) e fondata su una ricca cultura psicopatologica e psicoanalitica (Bergeret, Racamier, Sassolas, Grivois).

L'idea di un territorio di riferimento è diventata un'applicazione pratica in tutto il nostro paese non solo per quanto attiene alla salute mentale ma per tutti i servizi sanitari. Esso apre la questione delle sue dimensioni ottimali e altre come ad esempio la libertà di scelta del terapeuta ma non è questa la

⁶Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail <ppellegrini@ausl.pr.it>.

⁷ Seminario "Dalle Residenze alla recovery, dai Centri alle Reti", Parma 26 novembre 2018

⁸ Risiedere dal "latino volgare resedere, per il class. residere 'rimanere seduto', composto di re-, che indica continuità, e sedere 'star seduto'" (Garzanti linguistica <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=risiedere>). Un'accezione che unita a quello di "avere la propria dimora fissa o ordinaria in un luogo" (Treccani) non esprime una particolare dinamicità.

sede di approfondimento. Rispetto al territorio la residenzialità, a differenza dei Centri di Salute Mentale ma anche dei SPDC, non sempre è diventata parte integrante dello stesso, di prossimità, parte del sistema di cura. Vi è una residenzialità a distanza, di collocazione, di delega, persino di scarico.

Come dicevo la residenzialità è stata interpretata anche come “alternativa” sia all’OP nell’accezione di luoghi e metodi che non dovevano essere contaminati dal manicomio, dove le relazioni e le prassi dovevano essere nuove e in grado di fare fronte anche all’utenza che finito il periodo transitorio, dal 1980 non si poteva più ricoverare in OP.

Quindi un’alternativa, un qualcosa di nuovo e di diverso rispetto al manicomio ma anche, se necessario, alla casa del paziente e alla sua famiglia. La novità dell’alternativa aperta a possibili sviluppi ha finito con il sommare, in modo non sempre chiaro, cura e vita, nella ricerca di elementi che, nella quotidianità diventassero fattori di cambiamento, la c.d. “terapia d’ambiente.” Le caratteristiche della comunità terapeutica individuata da Rapoport⁹ hanno portato a diversi modelli: socio-educativo (Jones), psicodinamico (Main, Hinshelwood, Racamier), fenomenologico (Laing, Cooper), missionaristico (la Richmond Fellowship). In Italia il modello più rappresentato è quello integrato, che si può intendere come una sintesi tra modello psicodinamico e socioeducativo.

Alle due accezioni, strutture “intermedie” e “alternative”, se n’è unita una terza, nella convinzione che alcune condizioni, ad esempio le dipendenze patologiche, i dca, i disturbi della personalità, e più recentemente i disturbi del neurosviluppo per citarne alcune, richiedessero una residenzialità “specialistica”.

Analisi di processo e di esito hanno portato a considerazioni critiche (ad es. Chiesa, 2008 per i disturbi gravi della personalità) ed evidenziato come l’esperienza residenziale possa/debba essere vista nell’ambito di risposte più articolate, semiresidenziali, psicoterapiche individuali e di gruppo, sostegni e attività abilitative nel territorio e a domicilio, reperibilità telefonica dell’operatore di riferimento (case manager).

Diverse accezioni che a lungo hanno reso poco leggibile il sistema, in larga parte denominato con riferimento a fiori, piante, anniversari e località che ben poco traducevano circa le caratteristiche e l’intensità di cura.

⁹ Rapoport aveva individuato quattro elementi distintivi del modello comunitario: 1. la democratizzazione, ossia la divisione del potere decisionale tra operatori e pazienti; 2. il collettivismo (“communalism”), cioè un’atmosfera relazionale caratterizzata da condivisione, confidenza e aperta comunicazione; 3. la permissività, ovvero la tolleranza della diversità e della devianza nell’espressione e nel comportamento; 4. il confronto con la realtà, nel senso di un clima di apertura e reciprocità nel misurarsi quotidiano con il significato e le conseguenze dei comportamenti di ciascuno dei membri della comunità.

Classificazione delle Residenze

Per quanto attiene alla nostra regione le residenze trovano un inquadramento organico nella DGR 327/2004 ripresa poi nella DGR313/2009 Piano Attuativo Salute Mentale che configura Residenze Sanitarie e Socio Sanitarie. Tra le Sanitarie, distingue quelle a Trattamento Intensivo, Protratto e Socio Riabilitativo (entrambe poi riunite nelle Residenze a Trattamento Estensivo) i cui requisiti per l'accreditamento sono stati rivisti con la DGR 1830/2013. Comunità Alloggio (normate con la DGR 1423/2015) e Gruppi Appartamento sono le due tipologie di Residenze sociosanitarie.

Accanto tutta una serie di interventi, su abitare, formazione lavoro, relazioni-affetti e comunicazione oggi inclusi nell'accezione di budget di salute (DGR 1554/2015).

A livello nazionale la normativa dell'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni del 17 ottobre 2013 indica che "L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

- il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;
- il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale. Vengono definiti gli interventi necessari al paziente, che nell'insieme rientrano in programmi differenziati per intensità riabilitativa, i quali prevedono durata e prestazioni appropriate. Da ciò scaturisce la scelta della tipologia di struttura residenziale. Il percorso clinico-assistenziale di ciascun utente in una struttura residenziale è declinato nel PTRI, specificamente definito ed elaborato dall'equipe della struttura residenziale, in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI), in accordo con il CSM."

In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

1) Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1).

2) Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2).

Le suddette strutture (SRP1 e SRP2) possono essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale, che configurano differenti sotto-tipologie.

3) Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto-tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).”

Queste ultime con assistenza nelle 12 ore o a fasce orarie sono state definite anche come “Residenzialità leggera” (Regione Lombardia DGR 4221/2007).

Più recentemente il Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) all’art 33, comma 2 definisce:

a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore; b) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissioni del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa. I trattamenti, della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi in accordo con il centro di salute mentale di riferimento, sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; c) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata dei programmi e' definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in più moduli, differenziati in base alla presenza di personale sociosanitario nell'arco della giornata.

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da equipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.

I trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti semiresidenziali terapeutico-riabilitativi di cui al comma 3 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Ai soggetti cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono garantiti trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo nelle strutture residenziali di cui alla legge n. 9 del 2012 ed al decreto ministeriale 1 ottobre 2012 (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza). I trattamenti sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.”

Come si può leggere secondo i LEA la durata degli interventi intensivi è di 18 mesi prorogabili, in accordo con i CSM, di altri 6 mesi mentre in Emilia Romagna la durata di un intervento intensivo è di un mese, rinnovabile a due. Differenze terminologiche e di contenuti non rendono confrontabili i modelli nè i dati epidemiologici anche quelli forniti dal Ministero della Salute e elaborati dalla SIEP.

Funzionamento delle Residenze

Sul piano del funzionamento, la ricerca Progres dei primi anni 2000 (De Girolamo, Picardi) aveva evidenziato alcuni dati critici: un basso turnover, con un terzo delle strutture che non avevano dimissioni nell'anno, appaiono scarsamente differenziate e non sono disponibili interventi chiaramente efficaci per la reintegrazione comunitaria completa degli ospiti. Ciò anche in conseguenza della loro gravità dei pazienti, i quali peraltro in gran parte provengono dagli ospedali psichiatrici. Le strutture residenziali finiscono così per diventare, per molti ospiti, delle 'case per la vita', senza una reale possibilità di dimissione. Anche nel nostro dipartimento, in base ai report del nostro Cruscotto, il turnover nel segmento socio sanitario con molta fatica ha raggiunto il 10% all'anno.

Perché è così? Quali sono i bisogni delle persone e le risposte del sistema di cura e di comunità sociale?

Come vedremo la situazione è al quanto contraddittoria.

A livello sociale noi continuiamo a fare riferimento ad un concezione sociale inclusiva, fondata su valori condivisi, diritti e doveri che trovano riferimento nella Costituzione. E tuttavia dobbiamo constatare come spesso vi sia un forte divario fra il dichiarato e le condizioni reali. Si tratta di una situazione nella quale la questione delle condizioni reali diviene prioritaria e richiama la necessità di riconoscere i requisiti minimi per vivere nella comunità. Si pone il tema delle povertà (economiche, relazionali ecc.) sia come condizioni di rischio sia come fattori di cronicizzazione e dipendenza con un impatto maggiore delle stesse disabilità dovute alla malattia. Le residenze hanno svolto e svolgono una funzione di accoglienza umanitaria e di protezione da un mondo freddo e ostile di

persone sole con famiglie fragili, assenti, povere dove il disturbo mentale è solo un aspetto di una situazione ben più complessa. Le situazioni nelle quali sono le disabilità primarie ad avere la preminenza sono presenti e sarebbe molto interessante avere questo dato su tutta la nostra utenza.

Dobbiamo constatare come stia avanzando una società competitiva e dell'esclusione e dell'abbandono delle persone non ritenute degne di essere investite dell'attenzione e del pensiero dell'altro fino a teorizzare e praticare la segregazione delle diversità con costose forme di neo-istituzionalizzazione o transistituzionalizzazione (si pensi al carcere invocato ormai come soluzione di ogni problema, dal costo ordinario di 150 euro al giorno e con livelli di recidiva nei reati del 70%) finalizzate a liberare la "società per bene" dal disturbo piuttosto che alla cura e al recupero della persona.

Se quello delle "vite di scarto", fenomeno che Bauman aveva evidenziato da tempo, è un tema che ha anche connotati ideologici e culturali, occorre molta concretezza ed essere consapevoli del fatto che vivere fuori è difficile e vi è la necessità di sicurezza e protezione che un sistema di welfare può assicurare magari con modelli meno assistenziali e più responsabilizzanti per evitare i fenomeni regressivi, infantilizzanti, di neo-istituzionalizzazione fondata sul "paternalismo democratico" ma non per questo meno grave.

D'altra parte questo richiama anche l'importanza dei fattori psicosociali nella salute e come dato tecnico specifico anche negli interventi psichiatrici. La centralità della dimensione biologica e degli interventi farmacologici, gli unici ad essere rimasti nella cultura e nella piena disponibilità (nonostante i monitoraggi del servizio farmaceutico) dello psichiatra ha reso secondari non solo la psicoterapia individuale e di gruppo, ma anche quella psicoterapia istituzionale e gli interventi psicosociali e di contesto, spesso declassati a mera assistenza e ritenuti di non competenza psichiatrica e delegati così ad altre figure professionali o ad altri servizi.

Una restrizione del campo che ha aspetti preoccupanti, perché allontana dal modello biopsicosociale in favore di una psichiatria biologica ritenuta essa stessa povera (Saraceno, 2017) se non sa cogliere la portata delle recenti acquisizioni scientifiche (genetica/epigenetica, plasticità cerebrale) e le reciproche complesse interazioni fra spetti biologici, psicologici e sociali, l'importanza di costruire relazioni e reti da parte dei professionisti, uniti in un coerente lavoro di equipe.

Alcune Evidenze

La centralità della relazione con la persona che soffre resta il punto di riferimento essenziale e richiede una capacità di accoglienza, ascolto, di creare dialogo, consenso e partecipazione alla cura.

Pazienti non accolti e non pensati non possono essere curati in quanto privati dello strumento di base. Lo stesso per persone osservate e non comprese. Occorre entrare con attenzione e delicatezza nel mondo interno dell'altro e con pazienza e fatica iniziare a comprendere in modo condiviso e vedere come affrontare il disturbo (psicoeducazione personalizzata) il suo trattamento nonché l'importanza degli stili di vita.

Nella pratica constato ancora la presenza un impianto classificatorio, un po' sbrigativo, prescrittivo, paternalistico che poco coglie il vissuto della patologia, della cura, dell'esperienza di essere paziente psichiatrico, di essere ricoverato (ad esempio in certe culture è peggio, più umiliante della carcerazione). Un'impostazione che incontra forse la malattia e non la persona, disturbo che se non risponde ai farmaci finisce con il portare a vissuti di impotenza come se avessimo esaurito intelligenza e strumenti a disposizione.

A differenza degli anni 60-70 del novecento, quando nei processi di deistituzionalizzazione, la patologia veniva messa tra parentesi, per affrontare il tema della liberazione e dei diritti in una ritrovata socialità questione che conserva una sua attualità, oggi siamo nelle condizioni di vedere come affrontare il disturbo, le sue conseguenze funzionali, la cura e l'abilitazione. Questo in un ambito che sa andare oltre la diagnosi categoriale, funzionale ma arriva alla questione bisogni/risorse, abilità e aspettative/limiti, degli aspetti profondi, viste in un quadro relazionale comprensivo che dà senso unico alla persona e fa della cura un qualcosa di unico per la persona che soffre e il chi si prende cura di lei. Un processo creativo, artigianale che avvicina la cura all'opera d'arte.

La relazione e il programma di cura possono così divenire parte di un progetto di vita che è sempre un diritto e una responsabilità della persona. Questo approccio è reso ancora più cogente anche dalla legge 219/2017 sul consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento che prevede la pianificazione condivisa delle cure, il diritto al rifiuto delle stesse, la possibile nomina da parte del paziente di un fiduciario. Trova anche fondamento nelle recenti sentenze sulle contenzioni in psichiatria.

La riabilitazione psichiatrica (sul disturbo, la cura) e quella psicosociale (sul funzionamento e abilità quindi sui tradizionali assi abitare, formazione-lavoro, socialità-affetti e comunicazione) si deve confrontare, assumendo un adeguata posizione, con il tema dei diritti, la partecipazione e il protagonismo della persona, valorizzando il suo apporto, l'automutuoaiuto ed altre forme sperimentali in grado di attivare la responsabilità, la speranza. Occorre evitare la carriera del malato mentale coinvolgendo gli utenti con interventi abilitanti e capacitanti come previsto nel budget di

salute. La formazione psicopatologica e psicoterapica degli operatori e dei gruppi di lavoro risulta essenziale. Esplicitare quante e quali residenze, con quali strumenti e metodi di lavoro, coprogettare per proiettare il sistema al futuro rappresenta una delle principali sfide. Questo è possibile nella persistenza di un sistema di welfare pubblico universalistico che personalizzi e non lasci sole le persone.

Insieme a questo dobbiamo avvalerci di altri concetti.

La dimostrata inefficacia della riabilitazione di transizione deve spostare gli interventi verso la riabilitazione in “situazione“ (inserisci e forma).

Alla riabilitazione con carattere riparativo e restitutiva (di abilità, ruolo e relazioni perdute) va preferita quella precoce che interviene per evitare la perdita di abilità, ruoli, relazioni e al contempo sostiene famiglia e contesto. In prospettiva, nell’ambito di una visione evolutiva della salute mentale nell’arco di vita, con il bambino e adolescente sono da sviluppare interventi preventivi altamente personalizzati coinvolgendo anche la famiglia e il contesto scolastico e sociale. La sperimentazione in questo ambito dell’Equipe funzionali per l’adolescenza, il Programma psicopatologia 0-13 anni e l’approccio open dialogue sono molto interessanti.

Nel quarantennale della legge 180 c’è chi ha usato espressioni molto critiche e nel definire le residenze (29 mila i posti residenziale a livello nazionale) ha parlato di “terricomio”. Un neologismo che rischia di dimenticare come le residenze abbiano contribuito a chiudere gli OP (negli anni 60 i posti erano oltre 100 mila) e che Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento hanno rappresentato un significativo passo avanti rispetto ai “cameroni” dell’OP sia per le cure che per la qualità della vita. E tuttavia non possiamo dimenticare che vi sia un’azione cronicizzante delle strutture residenziali, che la sindrome istituzionale può svilupparsi anche nei luoghi animati dalle migliori intenzioni. Questo suggerisce, specie nelle situazioni di lungo termine come ripensare i luoghi, andare verso modelli casa, spostando in prossimità l’assistenza.

Bisogna ridurre lo stigma sociale ma anche quello “interno”, autosvalutante mediante un’azione di valorizzazione, sull’autostima, di responsabilizzazione nella quotidianità e riattivazione delle relazioni e della speranza. Alla base resta il tema delle povertà e dei diritti e su questi punti e sulla qualità della risposta psichiatrica (che sia fondata sulla libertà, l’assenza di coercizione e contenzioni) il ruolo degli utenti e delle persone che hanno sofferto di disturbi mentali.

I diversi modelli per la gestione della cronicità indicano che, dal punto di vista tecnico scientifico, essa è affrontabile a domicilio, limitando al minimo il ricorso all’ospedale per le sole situazioni

acute. Questo richiede delle condizioni che sono avere un alloggio adeguato, una rete relazionale e uno o più caregiver, un reddito o risorse finanziarie sufficienti, un sistema di welfare sociale e sanitario, di cure primarie e specialistiche, in grado di operare a domicilio e di essere attivabile in caso di bisogno.

Fare questo prendendo il punto di vista della persona come riferimento primo per la co-costruzione del programma di cura porta a superare il modello paternalistico prescrittivo e in salute mentale aiuta a superare impianti fondati sulla (minaccia) della coercizione o della possibile privazione della libertà. Un'evoluzione utile anche allo psichiatra perché riporta la cura alle sue effettive componenti delle quali fanno parte le incertezze, i dubbi, le difficoltà, nonché la motivazione e le libere decisioni della persona relative alla propria vita, scelte che lo psichiatra magari non condivide ma delle quali deve prendere atto. Alla cura in un qualche modo imposta si apre la via di una cura partecipata, contrattuale, relazionale. Questo implica che la persona sia considerata titolare (anche mediante l'amministratore di sostegno, il fiduciario) di diritti, doveri, bisogni e risorse, sempre inserita nella comunità. Le scelte del come, dove, con chi vivere spettano solo alla persona. Un limite etico che la psichiatria non può valicare. In questo essere al servizio della persona e della sua famiglia, in una comunità sociale si possono esplicitare gli interventi, le condizioni, gli obiettivi. Metodi con i quali si può creare partecipazione e mediante questo cercare di creare le migliori condizioni per l'inclusione sociale. Va ripresa la capacità di interventi con la comunità come l'esperienza delle microaree di Trieste, il community lab., l'approccio dialogico, sembrano indicare anche se non dobbiamo dimenticare la forza delle nostre quarantennali prassi come dimostra quello che mi piace chiamare l'"Approccio Saura".

L'Approccio "Saura"¹⁰

Saura Mazza, infermiera del Centro di Salute Mentale del Distretto di Fidenza dal 1972 al 2017 ha operato nell'area di S.Secondo con metodi di comunità, a partire dal punto di vista della persona, ha promosso la permanenza a dei pazienti al proprio domicilio affrontando le dinamiche relazionali e familiari mediante interventi realizzati a casa della persona. Quando la situazione ha richiesto soluzioni alternative o evolutive ha favorito la realizzazione dei diritti alla casa, al lavoro mediante l'assegnazione alla persona di alloggi e interventi degli enti pubblici attivamente e personalmente coinvolti nelle situazioni, un intervento di "umanizzazione della burocrazia". Ogni volta che è stato

¹⁰ "Approccio Saura": SAURA è anche un acronimo per indicare. S: Speranza, A: Autorevolezza, U: Unicità, R:Risorse, A: Autonomie. Si tratta degli elementi fondamentali dell'intervento, dove la Speranza è anche accompagnata dalla saggezza, sicurezza e della possibilità di una svolta. L'autorevolezza personale e professionale fonda l'affidabilità come base della fiducia costruita nell'unicità e specificità della situazione nella quale si rilevano risorse individuali e di contest e i bisogni per la maggiore autonomia possibile.

possibile nella piena responsabilizzazione delle persone ha mediato affinché esse stesse reperissero la casa sul mercato e provvedessero avendo le possibilità ad organizzare la propria vita anche mediante forme di supporto. Ha sviluppato anche forme di coabitazione (4 alloggi aperti), facilitato la formazione e il lavoro nel contesto e attivato, portandoli a contatto diretto con le persone e le situazioni, la piena collaborazione dei Medici di Medicina Generale, dei servizi sociali e della rete del volontariato e del territorio. Ha attivato le relazioni contesto ed in particolare di vicinato come fattore di benessere e di cura reciproca ottenendo risultati molto efficaci nel prevenire il ricorso all'ospedalizzazione e nel creare salute della persona e benessere della comunità. Il coinvolgimento di famiglia, amici, comunità e trovare un ruolo nella società mediante un lavoro, facendo volontariato o studiando. Al contempo vengono affrontati i problemi relazionali e sociali che hanno portato alla sofferenza mentale, avvalendosi anche del lavoro dello psichiatra ma in un'ottica profondamente anti-istituzionale, volta cioè ad evitare l'ingresso in manicomio o dopo la riforma la permanenza lungo nelle residenze.

Riflettere sull'approccio ha diverse conseguenze e può essere un'occasione per l'innovazione e la rimodulazione dei servizi.

La rete residenziale e il Budget di salute

L'utenza classica delle residenze della psichiatria adulti è ancora in larga parte costituita da pazienti ex OP/OPG e dalla "nuova cronicità" formatasi dagli anni '80 a livello territoriale. Persone che hanno un'età superiore ai 40 anni con una significativa presenza di anziani che ancora sono nella cultura assistenziale "manicomiale" (per la quale si è ricoverati per sempre) e talora specie i "nuovi cronici" hanno povertà di vario tipo.

Oltre a questo, dal punto di vista dei bisogni, si sta evidenziando la necessità di curare:

- a) persone percorsi giudiziari
- b) uso sostanze e disturbi mentali / disturbi gravi della personalità
- c) giovani
- d) soggetti con disturbi del neurosviluppo
- e) persone con parziale non autosufficienza e nuova cronicità pluripatologica e con assenza di famiglie, risorse e rete sociale.

f) il “dopo di noi” (legge 112/2016)

Nelle sedi di consultazione, a fronte di questi bisogni, vi sono solitamente due diverse richieste: da un lato quella di soluzioni specialistiche, dedicate o dall’altro lo sviluppo di competenze da portare a domicilio della persona e nella comunità sociale. Si tratta a mio avviso di una falsa alternativa. Abbiamo bisogno di competenze specifiche e altamente qualificate in grado anche di orientare e preparare i contesti sociali e al contempo questi restano il riferimento di tutti, nessuno vuole vite “a parte”. Il punto è fare incontrare e integrare queste visioni partendo dalla persona.

Siamo in grado di fare del punto di vista del paziente e della dimensione “casa” come vissuto e come “base sicura”, ma anche come luogo reale, il core del nostro lavoro riabilitativo?

Possono le residenze divenire risorse di comunità?

Ad esempio le RTI, già parte del sistema di Emergenza-Urgenza per codici verdi già in carico, possono diventare CSM a 24 ore per un determinato territorio, per utenti di particolare complessità e assicurare temporanei momenti di accoglienza ma sempre connessi con la casa della persona. In questa accezione, questa deve essere la Casa della Salute.

Le RTE, le Comunità Alloggio, i Gruppi Appartamento possono assumere la dimensione “casa” come base del proprio funzionamento ed essere il riferimento per persone con budget di salute che abitano a casa loro e vivono nel territorio. Le residenze come luoghi aperti, che operano nella comunità e riducono il numero degli ospiti lungodegenti per favorire i progetti a domicilio; una residenza che diviene sempre più “impresa sociale” capace di produrre lavoro per tutti (e non solo per gli utenti). Quindi non Budget di salute alternativi alle residenze ma come parte degli interventi psicosociali di comunità. L’equilibrio, il bilanciamento fra posti nelle residenze e progetti Budget di salute rappresenta la sfida dei prossimi anni e idealmente la Residenza dovrebbe essere la sede dei Servizi di Comunità di un territorio, funzionalmente collegata nelle 24 ore con una rete di case delle persone, conosciute e in cura. La residenza come catalizzatore della comunità, come ambito culturale di una moderna visione del welfare.

Abbiamo la sfida dei giovani ed ancora prima degli interventi sanitari e socio-educativi nell’infanzia e adolescenza. Abbiamo creato una RTI dedicata, San Polo e uno specifico Cruscotto che vede oggi circa 40 persone. Vi è bisogno di comprendere come investire meglio le risorse in età evolutiva e come dare continuità ai progetti. A 18 anni le persone non sono né indipendenti, né autonome. Vanno sostenute con programmi dedicati, personalizzati, (ad es. associazione “Agevolando”, alloggi, formazione) che aiutino l’assunzione di responsabilità e l’emancipazione.

Residenze specialistiche hanno senso solo per un tempo, per realizzare un percorso, nell'ambito di un Programma che veda sempre come centrale la persona nella comunità.

Dobbiamo quindi articolare questi percorsi cercando di avere una pluralità di soluzioni che siano già parte del programma di cura individuale in favore di un progetto di vita scelto dalla persona.

La dimensione casa è essenziale per i percorsi della legge 112/2016 e per rendere effettive le volontà della persona e della famiglia oltre che interventi sociali e sanitari, è necessaria una strutturazione di strumenti di carattere giuridico (trustee, amministrazioni di sostegno,) e un solido riferimento istituzionale che possa dare fiducia e garanzia di durata.

Conclusioni

In sintesi abbiamo bisogno di aggiornare la vision sulla rete residenziale perché diventi pienamente risorsa di comunità che ponga al centro la relazione con la persona, il suo punto di vista e nel contempo la dimensione casa.

In questo siamo sostenuti da diverse evidenze scientifiche e dobbiamo anche essere consapevoli della portata economica dell'investimento di risorse pubbliche.

Insieme ai servizi ospedalieri, le residenze e i Budget di Salute sono articolazioni a disposizione dei Centri di Salute Mentale nella loro funzione di baricentro.

La domanda e i bisogni sono differenti e talora contraddittori e risentono anche delle variazioni nella composizione delle famiglie e la loro fragilità. In diversi ambiti si rileva una forte disponibilità a concorrere, specie nella costruzione del “durante noi e dopo di noi”, soluzioni innovative che vedano un impegno anche diretto di risorse personali. Si tratta di attivare forme partecipative che consentano l'utilizzo di strumenti legislativi allo scopo già presenti.

Dobbiamo evitare soluzioni neoistituzionali¹¹, superare le REMS e favorire invece la crescita di un sistema di comunità di cui fanno parte a pieno titolo le residenze. Mi auguro che si voglia continuare il confronto, invitando la cooperazione sociale, le rappresentanze degli utenti e dei gruppi di automutuoaiuto, e si possa fare del tema un argomento di ricerca.

¹¹ In direzione diversa va il Disegno di legge 656/2018 Sen. Marin ed al. “Modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” nel quale viene previsto che le strutture residenziali psichiatriche per i trattamenti protratti, dotate di posti letto superiori a trenta, siano disposti dal giudice tutelare i trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera che si protraggano oltre il settimo giorno. Quindi un ruolo delle Residenze, con oltre 30 posti (quando oggi il massimo è 20 e 15 per le Comunità Alloggio in Emilia Romagna) per i trattamenti obbligatori quando fino ad ora si sono sempre basati sulla volontarietà.

Occorre avere il coraggio di sperimentare, di non vedere in termini statici l'organizzazione ma di considerarla funzionale agli obiettivi. Questo significa anche non mirare solo alla "stabilizzazione", concetto nel quale rischiano di convergere le istanze regressive e dipendenti del paziente e i bisogni di protezione e buona tutela paternalistica delle residenze associata ad una certa tranquillità dei CSM ("lontano dagli occhi, lontano dal cuore").

Forse occorre rivisitare il concetto di "crisi". Spesso negativamente connotato in quanto legato alla violazione e all'insubordinazione del paziente, in una visione polisemica dei sintomi e dei comportamenti contiene non solo aspetti negativi ma anche positivi e potenzialmente evolutivi. Racamier (2010) sostiene, infatti, che la crisi è necessaria perché la persona trovi la sua continuità e realtà. La crisi è riconosciuta da tutti come un momento indispensabile nel periodo dell'adolescenza, fase in cui può verificarsi uno stallo o anche un movimento regressivo nel processo di crescita e in cui la persona si trasforma affrontando man mano le sue responsabilità di adulto. Allora la crisi può essere un'occasione di ripensamento, di cambiamento anche per coloro nei quali è sopita sotto la coltre del tempo trascorso. Qui si evidenzia quanto sia fondamentale cogliere le risorse ma per farlo occorre un pensiero diverso, che sappia collocare e pensare in un altrove, la persona, che l'operatore possa costruire prima dentro di sé un possibile sviluppo, e poi ne faccia partecipe la persona e le sue relazioni. Anche nelle situazioni più difficili e tragiche o mortali si può investire di futuro e speranza.

Bibliografia

Bauman Z. *Vite di scarto*, Ed. Laterza, 2004

Bergeret J. *La personalità normale e patologica*, Cortina Ed. (nona ed. 2002)

Burti L. Attualità di Goffman: quanto contribuisce alla carriera del malato mentale la psichiatria di comunità italiana contemporanea? *Psicoterapia e Sc. U.* n. 2/2017, 211-246

Carta I. (1999) "Quattro assunti su cui fondare un progetto di Comunità Terapeutica". Pubbl. in *Psychomedia*: www.psychomedia.it/pm/thercomm/tcmh/carta1.htm

Chiesa M. Un programma di trattamento ambulatoriale per pazienti borderline: il modello clinico e i risultati. *Psicoterapia e Scienze Umane Seminario del 21.06.2008*

- De Girolamo ed al. PROGRES Group The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*, 35, 3:421-431
- Ferri M. , Pellegrini P. , De Santis I. Dalla Residenzialità psichiatrica al Budget di Salute”, *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici on line* Vol.12 29 dic. 2015 (<http://www.usl7.toscana.it/index.php/nrsp/dalla-residenzialita-psichiatrica-al-budget-di-salute>)
- Ferruta, A., Foresti G. – Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) (1998) *La Comunità Terapeutica: tra Mito e Realtà*. Raffaello Cortina, Milano
- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, ed. 2010
- Hinselwood R.D. (1998) “Pressioni culturali sulla Comunità Terapeutica: fattori interni ed esterni”. In: A.Ferruta e al. (a cura) *La Comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Raffaello Cortina, Milano 1998.
- Main, T.F. (1983) “Il concetto di comunità terapeutica”. In: *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1992
- Picardi A., Santone G. De Girolamo G., *La ricerca sui servizi di salute mentale: una overview dei risultati dei progetti PROGRES*, *Noos* 2007;13(3):157-176
- Racamier P.C. *Gli schizofrenici* Cortina Ed., 1983
- Racamier P.C. Taccani S. *La crisi necessaria. Il lavoro incerto*, Franco Angeli, 2010
- Rapoport R.N. (1960) *Community as Doctor: New perspectives on a Therapeutic Community*. London: Tavistock Publ.
- Rapoport R.N. (1991) “Maxwell Jones e la questione del carisma”. In: M.Corulli (a cura) (1997) *Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche?* Boringhieri, Torino.
- Sassolas M. *Terapia delle psicosi* Borla, 2004
- Saraceno B. *Sulla povertà della psichiatria*, Derive Approdi, 2017
- Winnicott D. *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Giunti, Firenze 1971

La REMS nella terapia di comunità

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Clara Pellegrini

Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Parma

Riassunto

La chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) ha determinato la necessità di strutturare nuovi percorsi per i soggetti affetti da disturbi mentali autori reato. Secondo lo spirito della legge 81/2014 la cura di questi utenti va effettuato in via prioritaria nel contesto sociale e secondo modelli di tipo comunitario. E' quindi essenziale delineare le caratteristiche delle nuove strutture, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) che non possono essere considerate sostitutive degli OPG, né possono adottare il modello della salute mentale negli istituti penitenziari. Vengono delineati i caratteri peculiari delle REMS e un possibile modello operativo sperimentale, per comprendere se e quali debbano essere le condizioni che differenziano le REMS dalle altre residenze del Dipartimento di salute mentale (DSM) e quali debbano essere i requisiti per esercitare il mandato terapeutico-riabilitativo (Parole Chiave REMS, OPG, progetti terapeutici individualizzati, riabilitazione psichiatrica e psico-sociale)

Summary

The closure of the Psychiatric Hospitals (OPG) has led to the need to structure new pathways for people suffering from mental illnesses offenders. According to the spirit of Law 81/2014, the care of these users must be prioritized in the social context and according to community models. It is therefore essential to outline the features of the new structures, Residences for the Execution of Security Measures (REMS) that can not be considered as substitutes for OPGs, nor can they adopt the mental health model in prisons. The peculiarities of REMS and a possible experimental operating model are outlined to understand whether and what the conditions differentiating REMS from other residences of the Department of Mental Health (DSM) and what should be the requirements for exercising the therapeutic- Rehabilitation (REMS, OPG, individualized therapeutic projects, psychiatric and psycho-social rehabilitation)

Il processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) per via sanitaria, cioè attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), ha richiamato l'attenzione una nuova struttura, la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), così definita dall'art. 3-ter d.l. n. 211/2011 convertito poi nella legge n. 9/2012, benché la maggior parte dei rei prosciolti sia assistita nel territorio o nella altre strutture ordinarie del DSM. Tema questo che andrà specificamente approfondito al fine di evidenziare, alla luce della scelta effettuata, quali potranno essere le conseguenze a lungo termine per i servizi della salute.¹²

In questo contributo cercheremo di descrivere le caratteristiche delle REMS che non possono essere considerate sostitutive degli OPG, né possono adottare il modello della salute mentale negli istituti penitenziari. Se questo appare evidente ma non a tutti chiaro, risulta utile tracciare i caratteri peculiari delle nuove strutture e cercare di delineare un possibile modello operativo, anche sperimentale, per comprendere se e quali possano/debbero essere le condizioni che differenziano le REMS da altre residenze del DSM.

Il decreto ministeriale del 1 ottobre 2012 prevede che le REMS:

- svolgano funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative mediante l'esclusiva gestione sanitaria, quindi senza la presenza del personale di polizia penitenziaria e la responsabilità sia assunta da un medico dirigente psichiatra;
- all'interno siano disponibili sistemi di sicurezza congrui rispetto alla missione della struttura quali sistemi di chiusura delle porte interne ed esterne, sistemi di allarme, telecamere, ma nel rispetto delle caratteristiche sanitarie e dell'intensità assistenziale;
- l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna sia affidata alle Forze dell'Ordine.

Ne deriva una struttura sociosanitaria con assistenza infermieristica sulle 24 ore, reperibilità dello psichiatra, che esercita funzioni di cura di persone con misure di sicurezza detentive, dotata almeno potenzialmente, sulla carta, di sistemi di sicurezza ma senza che vengano stabiliti requisiti minimi il che ha portato alla creazione di REMS molto diverse sia per numero di ospiti che per dotazione di misure di sicurezza senza che questo comporti per i sanitari un'impropria funzione di tipo custodiale e tanto meno coercitiva.

¹² Per un approfondimento: Pellegrini P. (2015) "Per una psichiatria senza Ospedali Psichiatrici Giudiziari", Franco Angeli Ed.

La REMS opera nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale ed è, al tempo stesso, una sede e insieme di funzioni che si articolano strutturalmente con l'esterno secondo il modello delineato dalla legge n. 180 poi n. 833 del 1978. Questo prevede che la persona sia presa in cura in primis nel territorio, in particolare dal Centro di Salute Mentale, e la residenzialità abbia senso solo nell'ambito di un progetto terapeutico e abilitativo che preveda un prima e un dopo e si articoli, nel compiersi dell'esperienza, con i riferimenti naturali della persona.

Questa impostazione è in sintonia con la legge n. 81/2014, la quale considera prioritaria la misura di sicurezza della libertà vigilata da eseguirsi nel territorio mentre quella di tipo detentivo viene considerata residuale.

Qualora si renda necessario l'accesso alla REMS, in relazione allo spirito della legge e delle buone pratiche, ciò non può essere disposto "solo" dal magistrato (di cognizione o sorveglianza) ma deve essere sempre accompagnato dalla possibilità di effettuare il Programma di terapeutico riabilitativo in quanto la misura deve consentire la cura oltre a fare fronte alla pericolosità sociale. Quindi presuppone una diagnosi psichiatrica ed una valutazione funzionale, nonché la proposta di un percorso abilitativo. In sostanza, la REMS non è solo il luogo di una misura di sicurezza detentiva ma anche e al contempo, un'occasione per la cura della persona e questo si basa sul suo consenso.

In altre parole, se il giudice può disporre le misure di sicurezza detentive (lo stesso sarebbe per quelle cautelari) e così limitare la libertà di movimento e/o comunicazione della persona, la creazione del programma di cura implica, come vedremo meglio, partecipazione e consenso, in quanto l'unico strumento che consente le cure obbligatorie non è la misura giudiziaria ma il Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Quindi si tratta di pre-disporre provvedimenti giudiziari che siano "concertati"; mi riferisco ad una pratica di governo ed un approccio alla gestione delle relazioni basata sul confronto e la partecipazione alle decisioni in forma triangolare: magistrature, servizi della salute mentale, persona. Una concertazione che certo deve tenere conto delle competenze di ciascuno (e degli assenti, le vittime, la comunità) ma deve essere orientata all'obiettivo da raggiungere favorendo l'ascolto e talora anche una "contrattazione" collaborativa che veda fin dall'inizio responsabilizzata la persona.

In assenza di questo, misure giudiziarie assunte unilateralmente e senza confronto, rischiano per diversi motivi o di non essere eseguite, o di non essere efficaci se non addirittura dannose, o essere

al di fuori delle previsioni di legge (ad esempio applicare di sicurezza misure detentive quando si sarebbe potuto disporre la libertà vigilata). Anche perché la misura di sicurezza è in sé uno strumento debole se non è associata ad altri interventi e il giudice non si colloca realmente nella funzione di garante del diritto e dei diritti delle persone anche per prevenire eventuali abusi e violenze della stessa psichiatria che, nel caso specifico del reo prosciolto, per ogni persona sviluppa un programma terapeutico riabilitativo individualizzato secondo una chiave di lettura tipica della psichiatria che è diversa da quella dell'amministrazione penitenziaria e della giustizia.

La legge 81/2014 considera la REMS come residuale in quanto la misura di sicurezza detentiva può essere applicata quando nessun'altra misura sia in grado di assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale. E' evidente che tali obiettivi vanno perseguiti entrambi ma di fatto con un unico strumento: la cura.

Questo significa che tra i diversi mandati si stabilisce una priorità, ed in coerenza con la gestione affidata ai sanitari e al modello operativo terapeutico di tipo territoriale, a prevalere sul piano operativo è il mandato di cura il quale implica anche funzioni di vigilanza, sorveglianza sanitaria, ma nessuna attività custodiale e tanto meno coercitiva.

Quindi i mandati di cura e giudiziari discendono da norme anche costituzionali diverse e prevedono riferimenti teorici e operativi specifici e tuttavia devono trovare forme di sintonia e integrazione. In questo quadro vi deve essere una collaborazione e una concertazione che preveda sempre anche la persona destinataria dei provvedimenti nell'ambito di una dialettica che mantenga sempre corretti gli ambiti e i mandati senza derive quali la "giustizia terapeutica" o la "psichiatria giudiziaria".

Giustizia e psichiatria non hanno bisogno di specificazioni. Il cambiamento avvenuto con la chiusura degli OPG richiede un'innovazione dei concetti e delle prassi in quanto sono venute meno le funzioni custodiali e le misure di sicurezza possono trovare senso se collocate in uno scenario diverso rispetto al passato.

In attesa di una riforma organica, un possibile riferimento è quello dato dai provvedimenti giudiziari di comunità secondo linee delineate dal tavolo 12- Misure e Sanzioni di Comunità- degli Stati generali sull'Esecuzione Penale.

In altre parole, se per il Magistrato la misura di sicurezza adottata, in relazione alla presenza della pericolosità sociale, ha la finalità di aiutare la persona e di tutelare la comunità, l'affidamento della persona alle cure dei sanitari fa sì che la tutela della comunità avvenga in funzione e come esito del

percorso terapeutico e non come finalità da perseguirsi autonomamente. La protezione della comunità spetta, come si è detto, alle forze dell'ordine.

In nessuna parte della normativa vi è un mandato custodialistico a carico dei sanitari, né ritengo sia applicabile la posizione di garanzia. Sotto il profilo operativo vi è una sostanziale incompatibilità tra un'azione custodialistica e un'attività di cura e abilitazione come viene intesa nella moderna pratica psichiatrica.

Cura che si sviluppa a partire da una lettura psichiatrica che è ben diversa da quella rieducativa, retributiva ed espiativa della pena.

Libertà, consenso, adesione alle cure, responsabilità, sicurezza, controllo sono categorie dimensionali non dicotomiche che vanno (ri)lette con la chiave interpretativa della psichiatria.

Ad esempio, la questione delle libertà è in gioco in modo cruciale nelle persone che hanno provvedimenti giudiziari (misure di sicurezza detentive, misure cautelari, arresti ecc.) che la limitano. Ma con quale finalità? E con quali strumenti? Si pensa forse che la riduzione della libertà di movimento di per sé, possa produrre un cambiamento?

Come noto per i pazienti con disturbi mentali autori di reato appare insufficiente utilizzare gli strumenti espiativi e rieducativi dell'apparato penitenziario.

L'analisi deve essere più complessa e dobbiamo invece vedere il legame ambiguo e contraddittorio tra disturbi mentali e libertà. Se da un lato è piuttosto facile, con uno spirito di tolleranza, cogliere la libertà connessa all'essere diversi, creativi, bizzarri, fuori dagli schemi, dall'altro occorre ricordare che i disturbi mentali in se stessi compromettono la libertà e limitano le potenzialità della persona. Lo stesso vale per la cura che può essere vista sia come una situazione che talora implica limitazioni e riduzione della libertà sia come un mezzo per un suo possibile aumento: libertà di pensare, di esprimersi comunque e come possibile, nelle relazioni e negli affetti, di comunicare nelle forme proprie. Libertà è anche nel fare scelte di vita particolari, come vivere per strada, senza lavorare, senza redditi, con attività marginali, talora creative, magari delirando senza essere ricoverati e facendo uso di sostanze e alcool.

Tuttavia si aprono interrogativi circa il senso della libertà quando il soggetto finisce con il vivere nell'emarginazione, nell'abbandono, specie se ciò si associa ad una perdita completa dei propri

diritti e le persone finiscono con l'essere dimenticate dal mondo o essere vite "di scarto" (senza tetto, migranti, persone senza identità, documenti e residenza, "apolidi" senza diritti).

Se la libertà viene vista rispetto ai reati, alle possibili sanzioni fino alla custodia che in una relazione lineare, diviene limitazione della libertà stessa, ben più complesso è il rapporto libertà- diritti/doveri responsabilità e relazioni, in particolare quelle di cura.

A fronte delle istituzioni (in passato manicomiali, oggi...), la "libertà è terapeutica" se si associa ai diritti ("chi non ha non è" dice Basaglia citando un proverbio calabrese) e consente di costruire esperienze di vita, esistenze singolari in tessuti collettivi, percorsi di emancipazione nella rete dello scambio e del contratto sociale della comunità.

Se la libertà è futuro, cioè speranza di cambiamento della persona nella comunità, questa questione diviene la base, attraverso ineludibili conflitti e contraddizioni, per il lavoro delle REMS, quali nuove invenzioni della salute mentale di/nella comunità, campo di tensione che si definisce nella relazione fra violazioni e responsabilità individuali e collettive.

Se la scelta è quella di non emarginare la devianza e la diversità, privando della libertà la persona con disturbi mentali autrice di reato, la responsabilità esercitata dal sistema giudiziario e psichiatrico non può essere quella dell'OPG che aveva come primo compito la protezione della comunità attraverso sistemi coercitivi, punitivi, oggettivanti, allora è necessario un cambiamento che sviluppi una diversa modalità di prendersi cura, ciascuno con i propri strumenti, dell'altro.

La libertà non è mai compromessa totalmente e dal punto di vista psicologico la persona vive in una prospettiva di libertà e di futuro. In particolare, in tema di salute, la libertà di autodeterminazione è teoricamente sempre presenti e quando non lo è, i diritti sono appoggiati sulla presenza dell'altro (ad es. il familiare, l'amministratore di sostegno). Quindi se il giudice pone in essere provvedimenti che limitano la libertà di movimento o di comunicazione, il clinico si muove in un contesto dove la libertà di cura è (deve essere) sempre presente, dove il mondo interiore, i vissuti della persona sono ancora più presenti e intensi.

In questa interazione continua e dinamica, libertà e responsabilità si declinano inevitabilmente come rischio e ricerca di alternative a modelli incentrati su un impostazione dirigitica e paternalistica per passare da una visione gerarchica che colloca il potere solo nelle gerarchie e annulla le soggettività ad una che chiama la persona alla partecipazione, alla responsabilità affinché diventi protagonista del percorso di cura e della sua vita.

Occorre passare da una concezione gerarchica, distante, declamatoria e paternalistica che può portare ad un esercizio sostanzialmente improduttivo e talora dannoso del potere, sia esso giudiziario o medico, ad una visione del potere molto più orizzontale che attiva relazioni più paritarie e mobilita le risorse delle persone e della comunità per costruire nuove relazioni e nuovi scenari di senso per soggetti non più chiusi/bloccati nei loro ruoli e nelle loro trasgressioni ma capaci di comunicazione, a volte singolari o conflittuali, ma potenzialmente creative di nuovi valori e di capitale sociali. Questo si può ottenere con il dialogo, l'ascolto e la concertazione.

All'interno della REMS, significa rendere la persona co-responsabile della libertà (e della sua limitazione), della sicurezza, della qualità della vita quotidiana. Significa anche essere sempre e fin da subito parte della comunità sociale, quella che sta attorno alla REMS ma soprattutto quella di riferimento naturale della persona. Comunità che magari sono ferite, risentite, espulsive, vissuti intensi che vanno conosciuti e affrontati anche per evitare che diventino fantasmi sempre più potenti e inquietanti. Se si vuole preservare la comunità e lavorare per la sua sicurezza occorre sapere che la limitazione della libertà di movimento prima o poi cessa e quindi la costruzione della sicurezza e della qualità della convivenza familiare e sociale implica non solo un lavoro con la persona ma anche con la famiglia, le persone significative del contesto di vita.

In questo senso la misura di sicurezza (o giudiziaria) può divenire misura di comunità e attivare quelle modalità di negoziazione, mediazione fino, per quanto possibile, a possibili percorsi di giustizia ripartiva.

Una via che appare assai interessante per persone che sono affette da disturbi mentali e che sono state prosciolte in quanto non imputabili. E tuttavia proprio in queste persone la questione del vissuto del reato, nel suo articolarsi con la psicopatologia ma anche con l'umana comprensione delle esperienze e delle relazioni ha una particolare importanza. Trascurare questo aspetto mettendolo tra parentesi per concentrarsi "solo" su patologie e comportamenti potrebbe essere un limite. Ecco perché accanto agli strumenti classici della psichiatria di comunità, la questione dell'approccio al vissuto del reato, fa sì che si stia sviluppando un modello d'intervento nuovo e assai interessante che attraverso narrazioni e ascolto, dia voce al dolore inesprimibile e il silenzio diventi comunicazione e intesa di corpi e sguardi.

Quindi non si tratta di giustapporre alla meglio interventi giudiziari e psichiatrici attuati "sulla" persona ma di mettere al centro la persona, i suoi vissuti, i suoi punti di vista e con una chiave di lettura psichiatrica analizzare tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali, co-costruire "con" la

persona programmi di cura in una prospettiva comunitaria e orientati alla recovery e alla libertà, sostenuti da misure giudiziarie concertate, appropriate e sintoniche e affiancate da un lavoro di ascolto, mediazione ed elaborazione del vissuto del reato, delle sue conseguenze, in un'ottica ripartiva.

Questa è una possibile teoria e pratica di lavoro di un grande gruppo inter-istituzionale con al centro la persona considerata come risorsa e sempre in relazione con l'altro e la comunità. Un'innovazione di approccio che supera nelle pratiche segreganti dell'OPG, rilegge e reinterpreta i mandati a partire dalla persona, da ciò che è umanamente concreto, dalla presenza intrigante dell'altro. Un incontro che richiede le sensibilità di una psichiatria dolce e umile, di una giustizia "mite", di un diritto saggio ed essenziale, minimo che si confronta, accogliente, con lo sguardo dell'altro, le violazioni, la perdita di senso e identità, la sofferenza, il male radicale, profondo e la morte.

Sarebbe questo il passaggio più significativo di tutte le trasformazioni che sono avvenute.

Le REMS: non luoghi ove esercitare un potere, ma occasioni in un percorso, tratti di un viaggio della persona nella comunità. Non un'altra istituzione segregante la diversità, separata e disperante, luogo di esercizio di un sapere tecnico, giuridico o psichiatrico, che si esaurisce in se stesso, ma un ambito di potenziali nuove alleanze con la persona che possano essere trasformative, talora difficili e contraddittorie, ma sempre inserite nel sociale, integrate nella città, mai separate e segregante. Un potere che si fa carico della complessità e dell'incertezza e lavora per modificare le relazioni tra soggetto-ambiente e da questo essa stessa è modificata.

Un'azione trasformativa che va sostenuta da anche da scelte politiche e da innovazioni delle leggi e delle prassi. In questo quadro vediamo ora come la REMS può essere terapeutica e quanto questo sia delicato e in un qualche modo sempre a rischio.

Indubbiamente la REMS ha caratteristiche che richiamano la Comunità Terapeutica (CT) secondo il paradigma elaborato da Robert Rapoport¹³ che identificava i principali tratti distintivi del modello comunitario:

1. la democratizzazione, ossia la divisione del potere decisionale tra operatori e pazienti;

¹³ Rapoport, R.N. (1960) Community as Doctor: New perspectives on a Therapeutic Community. London: Tavistock Publ.

2. il collettivismo (“communalism”), cioè un’atmosfera relazionale caratterizzata da condivisione, confidenza e aperta comunicazione;
3. la permissività, ovvero la tolleranza della diversità e della devianza nell’espressione e nel comportamento;
4. il confronto con la realtà, nel senso di un clima di apertura e reciprocità nel misurarsi quotidiano con il significato e le conseguenze dei comportamenti di ciascuno dei membri della comunità.

Se questi sono i punti fondamentali va tenuto conto dell’impatto delle misure giudiziarie di ciascun ospite non tanto sulla vita interna alla REMS, quanto nella sua relazione, che deve essere stabile ed organica, con l’esterno.

Questa è la ragione per la quale il giudice dovrebbe concertare e validare il programma complessivo e non ogni singola uscita. Riconoscerebbe fin dall’inizio alla persona un suo essere nella comunità e al contempo il programma assumerebbe la dimensione del futuro come riferimento. Passare dalla singola concessione magari burocratica e distante è ben diverso dalla strutturazione progettuale, partecipe e convinta.

Nell’azione verso l’ospite, le figure di potere vengono fortemente associate specie nei vissuti. Questo richiama alla necessaria coerenza negli atteggiamenti e nelle comunicazioni, aperte o implicite.

L’alleanza fra operatori sanitari e utenti non deve svilupparsi con vissuti persecutori e antagonistici verso l’esterno e nel caso specifico “contro” la magistratura. Al contrario, questa va tutelata nel vissuto, in quanto può sostenere i percorsi di responsabilità e i diritti. Ma proprio per questo deve avere le caratteristiche del “genitore sufficientemente buono”, autorevole, affidabile e saggio.

Nella dinamica relazionale la Magistratura non può smentire lo psichiatra, specie se responsabile della REMS, in quanto non solo ne verrebbe danneggiata la fiducia e l’autorevolezza agli occhi del paziente, ma lo stesso processo di paranoicizzazione (e proiezione) al quale ho prima accennato, verrebbe accentuato, con vissuti che spesso travalicano negli agiti. “Se non mi aiuta lo psichiatra ci penso io”.

Le REMS si avvicinano alle Comunità terapeutiche in quanto hanno un assetto complesso, concepito come sistema aperto fondato sul gruppo¹⁴, che è il suo strumento operativo principale. Si comprende quindi come la REMS risenta fortemente di accessi improvvisi che variano la composizione del gruppo. La REMS può diventare un "ambiente curante", uno strumento di cambiamento del quale fanno parte anche gli ospiti. Questi sviluppano la capacità di essere di aiuto all'altro, di coglierne i vissuti nella reciprocità, scoprono ruoli nuovi e non restano solo persone malate, magari pericolose.

La REMS facilita l'“empowerment” e il “living learning” attraverso lo stimolo alla collaborazione della vita quotidiana in un'ottica orientata a favorire l'autogestione, la maturazione della persona. In particolare un miglioramento dello stato psichico e del funzionamento affinché sia più adeguato e i tratti di personalità, frutto di temperamento, schemi maladattivi precoci e uso inappropriato di meccanismi di difesa primitivi, causino meno sofferenza a se stessi e agli altri.

Il processo terapeutico si realizza anche attraverso la vita comunitaria (apprendimento dalla gestione della vita quotidiana, verbalizzazione dei pensieri e dei sentimenti, comunicazione aperta, supporto tra pari e confronto sul comportamento), l'assunzione di responsabilità e partecipazione ai meccanismi decisionali (partecipazione dei pazienti alle decisioni sulla gestione della quotidianità e delle attività). Questo implica la capacità di gestire efficacemente i confini e di operare il necessario contenimento attraverso la creazione di un ambiente emozionalmente sicuro, un esercizio equilibrato dell'autorità, la gestione condivisa dei rischi, dei controlli, delle regole, del tempo e dello spazio della REMS. Pertanto sono necessarie adeguate risorse materiali (locali e attrezzature per riunioni, terapie e attività), umane (numero di operatori, loro capacità e competenza, valori condivisi, formazione e supervisione) e un'adeguata leadership locale e inter-istituzionale.

La finalità della REMS è favorire il cambiamento maturativo delle persone affinché possano riprendere al meglio il loro progetto di vita, anche attraverso il programma di cura. In questo la gradualità e la diversità nella tempistica per il raggiungimento dei diversi obiettivi andrà tenuta nella dovuta considerazione. I disturbi psichici di tipo psicotico possono raggiungere un certo compenso in tempi anche relativamente brevi ma può persistere a lungo, talora per sempre, una vulnerabilità di fondo, una propensione a vivere un maggiore stress con una riacutizzazione della

¹⁴ Nella REMS si tengono molteplici attività di gruppo e sottogruppi: riunioni e attività di gruppo, terapeutiche, gestionali ed informali, riunioni cliniche, di passaggio di consegne, di programmazione dell'attività interne ed esterne, di supervisione, momenti di verifica dei progetti, delle relazioni nello staff, di discussione dei sentimenti e dei comportamenti verso i pazienti, di analisi dei meccanismi di difesa dall'ansia e delle dinamiche di gruppo. La cultura dell'accoglienza e della conoscenza prevede la libertà di esprimere e discutere apertamente questioni inerenti emozioni e comportamenti sia dei pazienti che dello staff.

sintomatologia. Questo richiede ambienti prevedibili, percorsi chiari, risposte alle domande non equivocate e in tempi certi. Anche su questi punti il ruolo della magistratura deve essere in sintonia con le esigenze della cura. Ad esempio, se la persona va meglio ed è pronta per nuove esperienze va agevolata, rapidamente e non ostacolata magari per motivi burocratici. Certo vanno condivisi i rischi ma uno di quelli più seri è che la cronicizzazione e la sottostimolazione possono portare o agevolare i fenomeni regressivi e di decadimento psichico e funzionale. Un rischio in parte insito nella patologia ma in parte frutto dell'istituzionalizzazione e quindi iatrogeno. Ne consegue quindi la necessità di sapere cogliere la tempistica del cambiamento che è tipica di ogni singola persona.

Il mandato di cura è difficile e fragile, e non a caso riferendosi alle Comunità Terapeutiche, Hinshelwood (2001)¹⁵ dice che si tratta di “un’organizzazione che si reinventa continuamente ogni giorno” sia pure all’interno di alcune direttrici piuttosto precise. Ma questo significa cogliere la precarietà del lavoro, la sua fragilità che possono determinarne lo sviluppo oppure l’involutione.

Quindi la struttura e la cultura organizzativa delle REMS sono fortemente condizionate oltre che da fattori interni al gruppo anche dall’ambiente sociale e politico, con il quale in molti modi interagisce ed al quale deve inevitabilmente adattarsi, nonché dalle misure giudiziarie che vengono prese dall’esterno e spesso ad insaputa.

Questo crea un vissuto di grave incertezza, di essere in balia di poteri esterni, di essere eterodiretti, che mina la sicurezza degli operatori, ma anche degli ospiti.

Questo vissuto, penoso e spesso diviene fonte di resistenza, può determinare reazioni di chiusura, resistenze, senso di inutilità e purtroppo demotivazione o fatalismo. Ecco perché è fondamentale che venga preservato il mandato di cura e la qualità del funzionamento della REMS secondo quello spirito di concertazione che sia sempre attento, anche al di là del singolo caso, del clima complessivo, del vissuto del gruppo. E questo venga fatto tenendo conto della cultura dell’organizzazione che secondo Edgar Schein¹⁶ si articola sempre a tre livelli, da quello più visibile delle strutture e dei processi organizzativi evidenti a quello intermedio dei “valori dichiarati”

¹⁵ Hinshelwood R.D. (2001) Thinking about Institutions. London: Jessica Kingsley Publ.

¹⁶ Schein, E.H. (1985) Organizational culture and leadership. San Francisco, Jossey-Bass. (Tr.it. Cultura d’azienda e leadership: Una prospettiva dinamica. Guerini e Ass., Milano, 1990).

Schein, E.H. (1999) The Corporate Culture Survival Guide. New York, Wiley & Sons e San Francisco, Jossey-Bass. (Tr.it.: Culture d’impresa. R.Cortina, Milano 2000).

(strategie, obiettivi, filosofie) fino al livello più profondo e nascosto, quello degli “assunti taciti condivisi”, che includono le convinzioni e le percezioni inconse, i sentimenti e le fantasie.

In questa complessità che intreccia vari livelli e assomma dentro di sé dimensioni temporali diverse, passato, presente e futuro fossero tutti concentrate in uno spazio definito e circoscritto. Quindi si tratta di ridare fluente al tempo affinché non sia più fermo nel vuoto privo di senso e di elaborare i vissuti. Attraverso la narrazione e il dialogo anche interiore, il tempo può essere ritrovato e così si può costruire una sequenza di vissuti e di idee e aprire la prospettiva del futuro e dell’altrove. Queste linee devono essere tracciate fin da subito e percorse con modalità e velocità diverse da ciascuna persona, insieme ad altre. Per giungere laddove si è attesi, perché il proprio valore dipende anche da quell’identità riflessa nello sguardo dell’altro. Quando si parla di continuità di cura, come elemento conduttore, dell’intero lavoro della REMS ci si riferisce proprio a queste componenti.

Questo procede gradualmente e lo “scopo immediato è la piena partecipazione alla vita quotidiana” (di tutti gli ospiti della REMS), “mentre l’obiettivo finale è la reintegrazione dell’individuo nella vita sociale” (Main 1983)¹⁷. Tale obiettivo finale può essere considerato il compito primario dell’attività.

Molti dei problemi emergenti nella vita di una REMS scaturiscono dalla difficoltà di definire quale sia il suo compito primario. L’insieme delle pressioni esterne, perché si dia esecuzione alle misure di sicurezza a prescindere da ogni valutazione psichiatrica, al di fuori del dialogo e della concertazione rappresentano un punto molto critico, anche per la fragilità delle REMS. Questo rischia di alterare il clima interno, destabilizzare il gruppo di lavoro e creare serie discrepanze tra il compito esplicitamente dichiarato e quello implicitamente richiesto e perseguito con il risultato di compromettere la qualità dell’unico lavoro che la REMS può svolgere ed effettivamente produrre: la cura. Corollari inevitabili di questa scarsa condivisione del compito primario sono la crisi dei ruoli e l’ambiguità dei singoli compiti istituzionali, le “missioni impossibili”, la gestione confusiva e kafkiana del lavoro, la ricerca affannosa di interlocutori, l’impossibilità per gli operatori di capire l’andamento e la direzione dei progetti, il blocco delle dimissioni, il senso di incomprensione e isolamento, l’aumento dell’ansia circolante senza adeguati argini di contenimento, e in ultima analisi, la sua ricaduta in termini di crisi acute, incidenti, paranoia istituzionale, mobbing, burnout e perdita di motivazione. Sono questi i rischi ai quali siamo di fronte.

¹⁷ Main, T.F. (1983) “Il concetto di comunità terapeutica”. In: La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici. Il Pensiero Scientifico, Roma 1992

Il modello alternativo è quello avere un valido gruppo di lavoro inter-istituzionale in grado di comunicare, concertare, definire programmi, coinvolgendo fin da subito la persona e la sua comunità. Considerare l'inclusione sociale non come esito della riabilitazione ma come premessa che si sostanzia con la presa in cura di comunità da parte dei servizi sanitari (compreso ma non solo il DSM-DP) e sociali della comunità sociale nella sua rappresentanza formale compresa la sua componente informale, che si realizza mediante il Budget di salute e vedono nella Magistratura un sostegno tramite la misura di sicurezza di comunità, al tempo stesso garanzia del diritto e dei diritti della persona e della società. Le REMS non come nuove strutture chiuse ma aperte in continuo cambiamento in una prospettiva di libertà, come insieme di gruppi di lavoro (professionisti, utenti, sociali) collegati, interagenti e in grado mescolarsi e di superarsi ogni giorno, capaci di vedere i percorsi fin dall'inizio (prima dei provvedimenti giudiziari, prima delle liste di attesa), in una logica di prevenzione, innovazione e di recovery, perché cura e misure siano di comunità.

Un atteggiamento cooperativo che può favorire lo sviluppo di percorsi di cura e di progetti di vita che comportino anche la creazione di relazioni più adeguate con la famiglia di origine, i cui membri nel caso dei rei prosciolti sono spesso vittime dei reati. Quando si vengono a stabilire condizioni che impediscono una convivenza, diventa indispensabile una separazione, possibilmente non traumatica, che richiede la disponibilità percorsi e di strutture adeguate a questo scopo. Allora che la REMS può svolgere la propria funzione di facilitare un distacco dolce e l'inserimento in un proprio alloggio che un giorno il paziente possa andare ad abitare, è l'emblema di questa prospettiva. Questa va arricchita opportunità e relazioni e già si è detto dell'importanza che hanno gli altri ospiti, i conduttori delle varie attività, perché il tempo venga ad avere un senso, l'esperienza della vita un possibile scopo.

Come per tutti noi!

Relazione annuale sull'andamento Cruscotto Residenzialità e Budget di salute.¹⁸

Raffaella Dall'Aglio, Patrizia Ceroni, Pietro Pellegrini

Nell'ambito delle attività del DAI-SMDP, dal 2012 è stato istituito uno specifico Cruscotto per la gestione della residenzialità socio-sanitaria che dal 2015 si occupa anche dei progetti Budget di Salute. Per una migliore gestione dei percorsi dal 2016 è stato attivato il coordinamento dei cruscotti E-U, residenzialità e servizi territoriali. Dal 2017 viene realizzata una relazione semestrale utilizzata dalla direzione DAI-SMDP per acquisire i dati relativi al monitoraggio e al governo della residenzialità e dei Budget di salute, nello specifico rispetto al turno over e all'evoluzione di progettualità maggiormente rispondenti ai bisogni delle persone in carico.

La residenzialità sanitaria estensiva riguarda le residenze territoriali a trattamento protratto e socio-riabilitativo che nel 2018 hanno questa classificazione. Quindi è ancora presente come tale "Il Villino" di Salsomaggiore che in futuro dovrebbe essere ridefinito nell'ambito del segmento socio-sanitario.

Mentre la Residenzialità di tipo Intensivo rientra nel circuito dell'Emergenza Urgenza e dell'attività territoriale la forma di residenzialità sanitaria di tipo Estensivo è funzionalmente vicino a quella socio-sanitaria e pertanto viene inserita in questa relazione che tuttavia non comprende la RTP dell'Ospedale privato "Maria Luigia", la REMS e i posti presso la struttura per DCA "In Volo".

La residenzialità socio-sanitaria comprende le strutture quali le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento.

Sono stati evidenziati a parte gli Alloggi che sono collegati ad altre strutture o sono collocati funzionalmente in prossimità.

Vengono poi riportati gli alloggi a disposizione dei servizi territoriali, una la tipologia di risorsa che può consentire l'inserimento degli utenti con budget di salute.

Nei Budget di salute sono stati inclusi tutti i progetti attivati anche in precedenza e diversamente denominati. Sono stati considerati quelli che vedono come partner le cooperative sociali, progetti assimilabili, le Ospitalità familiari temporanee. Nell'area dell'habitat, l'elemento essenziale è che siano incentrati sulla disponibilità di un alloggio assegnato alla persona e che vi sia un progetto che coinvolge anche altri soggetti (sia come compartecipanti alle attività di cura o vita, per queste ultime compresi gli aspetti economici).

Nella seconda parte sono stati riportati i progetti c.d. extra-gara cioè progetti attivati "ad personam", quindi in assenza di risposte nella rete sanitaria e socio sanitaria a disposizione. Alcuni progetti sono ancora legati alla chiusura dell'OP mentre la maggior parte sono invece dovuti a nuovi bisogni e le collocazioni sono in parte extra provincia. Quindi il numero dei progetti extra-gara è un po' diverso dagli extra-provincia.

¹⁸ Report Cruscotto Residenzialità e Budget di salute - anno 2018

Infine viene riportato il numero di progetti in strutture convenzionate per la chiusura dell'OP. Questi progetti sono tutti a termine.

Vengono di seguito riportate le tabelle relative alla residenzialità socio-sanitaria, sanitaria estensiva e budget di salute (compresi gli alloggi a disposizione dei servizi territoriali).

Residenzialità sociosanitaria

Struttura	2016	2017	2018	Ingressi 2018	Dimissioni 2018
Comunità Alloggio					
CA Appennino	16	17	18	3	2
CA Casamica	14	14	14	1	1
CA Villamamiani	7	7	7	1	1
Totale	37	38	39	5	4
Gruppi Appartamento					
GA Ticchiano	6	6	6	1	1
GA Pontetaro	6+1	5+1	6+1	1	0
GA Vigheffio	6	6	6	1	1
GA Corsini	6+6	6+6	6+6	3	3 (di cui 2 decessi)
Totale	31	30	31	6	5
Gruppi di Convivenza					
via Cocconcelli	5	5	5	0	0
via Verona (ex via Solferino)	6	6	4	1	3
Totale	11	11	9	1	3
Alloggi e GA collegati a residenze					
Alloggi media/bassa protezione	4	4	3	0	1

Pellegrino					
GA Dopo di noi (ICE)	2	2	2	0	0
Appartamentini Colorno	9	8	8	3	3
GA Fidenza	6	6	6	1	1
GA Armonia Felino	0	5	5	0	0
Totale	21	25	24	4	5

Riepilogo Strutture sociosanitarie

Struttura	2016	2017	2018	Ingressi 2018	Dimissioni 2018
Comunità alloggio	37	38	39	5	4
Gruppi appartamento	31	30	31	6	5
Gruppi di convivenza	11	11	9	1	3
Alloggi e appartamenti collegati	21	25	24	4	5
Totale	100	104	103	16	17

Residenze Sanitarie a Trattamento Estensivo

Struttura Sanitarie	2016	2017	2018	Ingressi 2018	Dimissioni 2018
RTE I° Maggio	10	9	10	3	3
RTE Vigheffio	11	11	11	2	2
RTP Villino	19	19	19	5	5 (di cui 1 decesso)

totale	40	39	40	10	10
---------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Riepilogo Strutture sociosanitarie e sanitarie a trattamento estensivo

Struttura	2016	2017	2018	Ingressi 2018	Dimissioni 2018
Socio-sanitarie	100	104	103	16	17
Sanitarie	40	39	40	10	10
totale	140	143	143	26	27

Tra le persone inserite in strutture sanitarie e socio-sanitarie sono presenti 13 situazioni per le quali è già stato individuato un progetto maggiormente idoneo (7 budget di salute e 4 servizio anziani/disabili).

Segnalazioni al cruscotto per inserimenti in strutture residenziali

Nel corso del 2018 sono pervenute al cruscotto 56 segnalazioni da parte dei servizi territoriali per inserimenti in strutture residenziali. Tali richieste sono state oggetto di valutazione del responsabile del cruscotto residenzialità e di confronto con l'èquipe multiprofessionale del CSM di riferimento; questo ha permesso di re-indirizzare verso nuove progettualità che hanno portato a soluzioni maggiormente idonee e rispondenti ai bisogni della persona (per es. domicilio, Budget di salute). 24 persone sono state inserite presso strutture residenziali mentre per gli altri utenti segnalati, in carico ai servizi territoriali, è in atto una fase di approfondimento per la costruzione di una progettualità maggiormente adeguata.

Budget di salute anno 2018

Vengono riportati i PARAI/progetti budget di salute suddivisi per distretto e Consorzi di Cooperative/Cooperative sociali alle quali sono stati affidati.

Distretto	Consorzio Zenit	Consorzio Solidarietà sociale	Auroradomus	Consorzio Fantasia	Altri**	Totale
Parma	14	57*	4	0	11	86
Fidenza	11	1	5	0	0	17
Sud Est	3	6	4	1	0	14
Valli	1	2	3	9	3	18
Totale	29	66	16	10	14	135

*di cui 9 da riconversione GA Avalon

**progetti eccezionali affidati a coop./associazioni extra-gara

Assi di intervento progetti Budget di salute anno 2018

Distretto	Lavoro/socialità	Domiciliarità	Domiciliarità/socialità	Domiciliarità/lavoro	Socialità	Totale
Parma	29	28	23	4	2	86
Fidenza	6	8	2	0	1	17
Sud Est	9	4	0	0	1	14
Valli	1	6	5	2	4	18
Totale	45	46	30	6	8	135

Nella tabella sono riportati i PARAI/budget di salute attivi suddivisi per asse di intervento. Si evince che la maggior parte dei progetti budget di salute sono stati realizzati sugli assi domiciliarità e lavoro/socialità.

Budget di salute: assegnazioni ex gara 2015 - 2018

Anno	Consorzio Zenit	Consorzio Solidarietà sociale	Auroradomus	Consorzio Fantasia	Altri	Totale
2015	31	40	13	8	9	101
2016	28	45	19	11	9	112
2017	25	49	18	11	13	116
2018	29	66	16	10	14	135

Nella tabella viene riportato l'andamento nel tempo dei PARAI/Budget di Salute in relazione agli affidamenti post-gara.

Appartamenti in uso al DAI-SMDP

Al 31/12/2018 sono presenti 34 alloggi a disposizione dei CSM per un totale di 37 utenti inseriti; sono presenti 5 posti al momento disponibili.

Ingressi	
2015	4
2016	0

2017	6
2018	10
Alloggio destinato a Progetto "Portierato"	1
Posti disponibili 2017	9
Posti disponibili 2018	4

Segnalazioni al cruscotto per attivazione progetto Budget di salute

Nel corso del 2018 sono pervenute al cruscotto 28 segnalazioni da parte dei servizi territoriali per l'attivazione di un progetto Budget di salute. Tali richieste sono state oggetto di valutazione e di confronto del responsabile del cruscotto Budget di salute con l'èquipe multiprofessionale del CSM di riferimento e in sede di coordinamento dei progetti integrati ad alta complessità. 5 delle richieste sono state re-indirizzate verso nuove progettualità maggiormente idonee e rispondenti ai bisogni della persona, 18 progetti sono stati attivati e 5 sono in attesa di prossima attivazione.

Seconda parte

Progetti residenziali extra-convenzione

Distretto	Adulti (ed ex OP)	Disabili/Autismo	Percorsi giudiziari e uso sost. problematico	Totale
Parma	2	7	3	12
Fidenza	2	3	3	8
Sud Est	1	3	2	6
Valli	2	2	1	5
Totale	7	15	9	31

Anno	Adulti (ed ex OP)	Disabili/Autismo	Percorsi giudiziari e uso	Totale
-------------	--------------------------	-------------------------	----------------------------------	---------------

			sostanze problematico	
2015	7	30	5	42
2016	5	28	6	39
2017	11	12	8	32
2018	7	14	10	31

Convenzioni per chiusura OP (posti a termine e a recupero)

Struttura	2015	2016	2017	2018
Val Cedra (Monchio)	1	1	1	1
Villa Matilde (Bazzano)	25	18	15	12
Villa Margherita (Calestano)	6	6	3	3
Zanetti (Varsi)	4	4	4	4
TOTALE	36	29	23	20

L'andamento è verso una progressiva riduzione per motivi naturali.

Utenti "over 65"

Nel corso del 2018, il "Tavolo di Coordinamento dei Cruscotti" del DAI-SMDP, alla presenza dei Responsabili UOS, Coordinatori e Assistenti Sociali dei CSM, ha rivalutato tutte le persone inserite in strutture socio-sanitarie, in convenzione e non. A seguito di tale rivalutazione, le Assistenti Sociali hanno iniziato ad inoltrare le richieste di UVG per consentire l'accesso di queste persone in strutture maggiormente idonee ai loro bisogni assistenziali.

In convenzione

	utenti over 65	UVG effettuate con esito positivo	dimissioni c/o servizi anziani	decessi

GA/CA	22	7	4	1
Posti psicogeriatrici	22	1	0	1
App. DAI-SMDP	9	0	0	0
Tot.	53	8	4	2

A tutt'oggi sono ancora presenti 47 utenti over 65 nelle strutture in convenzione. Permane la criticità riguardante gli utenti ex OP per i quali risulta difficile richiedere UVG avendo questi ultimi perso la residenza d'origine e il riferimento territoriale, per cui, negli anni, la residenza è stata presa presso le strutture ospitanti e i rispettivi Comuni non riescono ad "assorbire" la richiesta.

Extra convenzione

	utenti over 65	UVG effettuate	dimissioni c/o servizi anziani	decessi
Parma	2	0	0	0
Sud-est	3	0	0	0
Fidenza	1	0	0	0
Valli Taro e Ceno	3	1	1	0
Tot.	9	1	1	0

Al momento sono ancora presenti 8 utenti over 65 nelle strutture extra convenzione, sia in provincia che fuori provincia.

Nel corso del 2018 il DAI-SMDP ha partecipato ad un tavolo di lavoro istituito dal D.A.S.S. insieme ai rappresentanti del S.A.A. e dell'UVG per avviare un confronto strutturato finalizzato all'adozione di modalità di valutazione integrate per gli utenti "over 65" in carico al DAI-SMDP, in particolare per i soggetti inseriti in strutture residenziali psichiatriche, per assicurare criteri condivisi e omogenei, a livello provinciale, mirati a garantire maggiore uniformità e appropriatezza nel rispondere ai bisogni assistenziali delle persone e a tutela del diritto di cittadinanza.

CONCLUSIONI

Valutazione Obiettivi e azioni di miglioramento 2018:

1. Nel corso dell'anno è proseguito il lavoro di Coordinamento dei Cruscotti per il miglioramento di appropriatezza ed efficienza del sistema.

2. Il turn-over relativo alle RTE ha raggiunto il 20%, come da obiettivo, e i tempi di degenza per i nuovi accessi sono in linea con le indicazioni regionali (1 anno, prorogabile per 1 altro anno).
3. Il turn-over relativo alle strutture sociosanitarie è stato del 20%, quindi maggiore rispetto all'obiettivo che ci si era prefissati (10%).
4. È stato realizzato il progetto sperimentale di riconversione di un GA 24h per 6 persone che ha consentito l'attivazione di un gruppo di convivenza per 4 persone, con presenza dell'operatore sulle 12h, e di 9 progetti Budget di salute sul territorio, con reperibilità telefonica sulle 24h.
5. I progetti Budget di salute sono aumentati significativamente per un totale di 136.
6. I progetti residenziali extra-convenzione sono rimasti pressochè invariati, come il numero complessivo di utenti inseriti in posti psicosanitari convenzionati.

Nuovi obiettivi e azioni di miglioramento 2019

1. Aumentare l'appropriatezza della degenza per le RTE (> del 25%)
2. Mantenere il turn-over raggiunto per le strutture sociosanitarie (20%)
3. Progetto trasformazione della residenza "Il Villino" di Salsomaggiore e del GA "La Barchessa" di Vigheffio nell'ottica della metodologia del Budget di salute.
4. Riduzione di almeno un 5% dei progetti residenziali extra convenzione
5. Indagine sulla qualità percepita dagli utenti per i quali è attivo un progetto residenziale e territoriale.
6. Follow up della ricerca "L'introduzione dell'intervento Budget di salute: valutazione degli esiti nei soggetti all'esordio".

Strumenti:

1. Riorganizzazione del "Coordinamento dei cruscotti": calendarizzazione di n. 4 incontri l'anno con il coinvolgimento dei responsabili, coordinatori e assistenti sociali dei CSM.
2. Percorso di formazione congiunta con i Consorzi di cooperative/cooperative sociali per la riqualificazione delle residenze sanitarie e sociosanitarie in un'ottica di recovery.

POST/FAZIONE

In “Storia della follia nell’età classica” (Rizzoli 2011) Michel Foucault ci parla di due grandi internamenti: il primo è il grande internamento che avviene nell’età classica, cioè con la fine del Medioevo, e che porta all’internamento di vagabondi, asociali, delinquenti, folli. Il secondo grande internamento avviene con la costruzione del manicomio e con il folle che si trasforma in malato, in malato di mente e con la scienza psichiatrica che muove i suoi primi passi. Non si internano più folli, vagabondi, delinquenti, asociali, ma malati. Sia nel primo, sia nel secondo caso gli internati non sono soggetti, ma oggetti, Non producono discorsi. I folli producono solo brusii, mormorii, i malati di mente sono parlati dalla scienza che li ha rinchiusi, è la scienza psichiatrica a parlare di loro. E’ la Ragione che parla della sragione e che la assoggetta, quella Ragione che, poi, li avrebbe etichettati e imprigionati in diagnosi. Sono i dispositivi disciplinari all’opera che danno come risultato uno spossessamento della soggettività. Non solo. L’universo discorsivo che si produce con il primo internamento è un universo con/fuso dove si intrecciano ragioni politiche e morali; con il secondo si ha un universo discorsivo in cui sono con/fusi gli ambiti morali, giudiziari, scientifici. Un nodo che si trascinerà fino ad oggi, un nodo che trova una sua potente esemplificazione in un romanzo che è uno dei vertici della letteratura del novecento e che sarà incarnato dal personaggio di Moosbrugger: “L’uomo senza qualità” (Einaudi. 2005) di Robert Musil. Personaggio paradigmatico, il Moosbrugger di Musil, attorno alla cui figura si originano universi discorsivi giudiziari e psichiatrici che si incrociano e si intrecciano indissolubilmente.

Musil, per costruire il suo personaggio, si ispirò ad un fatto di cronaca: un falegname bavarese di nome Christian Voigt, nell’ottobre 1911, venne accusato di aver ucciso una prostituta al Prater di Vienna. Il caso suscitò grande scalpore e ne parlarono a lungo i giornali, intervennero giuristi medici, psichiatri senza che si arrivasse a comprendere a quale universo discorsivo appartenesse il gesto di Voigt. Scrive Musil. “Moosbrugger era uno di quei casi-limite e che fuori della giurisprudenza e della medicina legale sono noti anche al profano come diminuita capacità di intendere e volere... *Natura non facit saltus*, la natura non fa salti, ama le gradazioni, e anche in scala più grande ama tenere il mondo in uno stato intermedio tra la sanità e l’idiozia: ma la giurisprudenza non se ne dà per inteso: Essa dice: *non datur terzium inter duo contradictoria*, cioè: l’uomo è capace di agire illegalmente o non lo è perché fra due opposti non esiste un terzo ossia un medio...”(Vol.I.Pag.272-73). Gran parte del primo volume del romanzo è incentrato sul dibattito se Moosbrugger sia un caso della giurisprudenza o psichiatrico. Di qui la sua grandissima attualità.

Il rapporto tra soggetto e oggetto, il silenzio del folle e del malato mentale, i dispositivi disciplinari, gli universi discorsivi che si sovrappongono: temi di scottante attualità.

Le grandi lotte di Basaglia e l'antipsichiatria, il rapporto fra i quali andrà meglio articolato, hanno dato il loro fondamentale contributo alla caduta degli spessi muri che circondavano la follia e la malattia mentale. Ma, a questo punto, dobbiamo porci una domanda radicale: se sono realmente caduti i muri reali, sono anche caduti i nostri muri interiori? Quanto abbiamo introiettato, nella nostra pratica, degli internamenti di cui parlava Foucault? Quanto, oggi, in un periodo storico che pare non troppo sintonico con le battaglie sociali, queste introiezioni agiscono nei luoghi del nostro pre/conscio e del nostro inconscio? Dobbiamo domandarcelo e farci i conti. Viviamo in un'epoca che non è solo di indifferenza, ma anche di ostilità rispetto a tutto quanto è differente, rispetto a tutto quanto è alterità, anche di quell'alterità portata dalle migrazioni. Viviamo in un'epoca costellata dalla rabbia, dal rancore, dal risentimento. Non possiamo pensare di non essere toccati da queste pulsioni. Forse anche una psichiatria esclusivamente biologica e che lascia ai margini la complessità che l'analisi degli aspetti biopsicosociali porta è un modo per alzare muri.

Dobbiamo chiederci tutto questo in un momento cruciale: quello del passaggio dalle Residenze alla Recovery, quello del passaggio dai Centri alla Relazione.

Il folle, il matto, poi il malato psichiatrico non hanno mai avuto diritto di parola, le loro parole sono state internate come i loro corpi. Non soggetti, ma oggetti di studio e di custodia come cura. Con la rivoluzione psichiatrica, quella che Norberto Bobbio definì l'unica vera rivoluzione fatta in Italia con una legge, la 180, come sua conclusione, il folle, il malato mentale (soggetti che Foucault e Basaglia hanno sempre distinto) prende o riprende la parola. Nei settori più radicali dell'antipsichiatria il discorso del folle diventa il discorso della sovversione, il folle che mette sottosopra il mondo diventa il rivoluzionario. E' indubbio che questo dare o ri/dare la parola sia un passaggio fondamentale. Ma in questo passaggio si mette tra parentesi la sofferenza, non si tiene conto della sofferenza della famiglia, non si tiene conto che il disturbo mentale, qualsiasi cosa esso sia, non è un allargamento del campo della coscienza, ma una limitazione della libertà. Basaglia ebbe sempre presente questo aspetto anche quando parlava di restituire la soggettività al malato, al folle; la sua visione politica e teorica era molto più complessa di quanto non fosse quella dei fautori della radicalità antipsichiatrica. Per rendersene conto basterebbe leggere il libro di Pier Aldo Rovatti "Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia" (Alphabeta Verlag. 2013), una serie di lezioni di Filosofia teoretica tenute da Rovatti a Trieste nel 2008. C'è un punto del libro in cui Rovatti riflette con i suoi studenti su uno dei saggi delle "Conferenze brasiliane" (Raffaello Cortina. 2018) "Le tecniche psichiatriche come strumento di liberazione o di oppressione" mettendo l'accento su quell'*o* che segnala un problema non piccolo, che segnala che le tecniche psichiatriche potrebbero essere sia un momento di liberazione sia un momento di oppressione. E afferma, a proposito della etichetta che venne data a Basaglia di antipsichiatra,: "In una delle conferenze del

79, Basaglia stesso afferma di non essere un antipsichiatra. Ma qui quello che ci interessa non è solo una sorta di autoaffermazione, ma il fatto che Basaglia parla della psichiatria anche come forma di liberazione; sottoposta a una forte autocritica e trasformazione di sé, la psichiatria può diventare anche strumento di liberazione. Se Basaglia insiste, in queste conferenze, sulla parte dell'oppressione, la parte della liberazione è tutta distesa nella pratica e nella teoria che lui ha sviluppato negli anni 70 e che ha portato, a Trieste, alla chiusura del manicomio.

Liberazione di che? Potremmo dire: liberazione della soggettività" (Pag.26) . E più oltre: "Basaglia rifiuta l'antipsichiatria perché la malattia mentale è angoscia e sofferenza" (Pag. 226).

Di quale soggettività parla Basaglia? Di quale soggettività possiamo parlare noi oggi? Oggi possiamo parlare di una restituzione della soggettività passando attraverso il prendersi cura, il prendere in cura, che è qualcosa di molto diverso dalla custodia come cura. E sul termine cura vale la pena soffermarsi un attimo. Nella sua forma più antica *cura* si scriveva *coera* ed esprimeva un atteggiamento di premura, di vigilanza, ma anche di preoccupazione e inquietudine e poteva anche significare, angoscia, ossessione. Nel "*De Rerum Natura*" Lucrezio usa il termine cura con il significato di angoscia. Ci si prende cura di chi ci pre/occupa, di chi ci angoscia, di coloro sui quali vogliamo benevolmente vigilare. Un altro grande poeta latino, Orazio, sosteneva che la cura è una compagna permanente dell'uomo, che non smetterà mai di inquietarsi per le persone a cui tiene e di prendersene cura. Quando parliamo di cura non dobbiamo dimenticare la duplice valenza della parola.

Restituire la soggettività, allora, vuol dire porsi nell'atteggiamento del prendersi cura, porsi in un atteggiamento di inquieto ascolto dove la parola riacquista tutta la sua pregnanza (ed è per questo che può inquietare), una parola viva che emoziona, è la parola accompagnata da gesti che riacquistano senso, è la parola che ri/sponde e può aprire nuovi orizzonti di senso. E il silenzio è l'interstizio tra le parole che, anch'esso, può essere fenomenologicamente interpretato.

Se la parola e il prendersi cura sono gli snodi cruciali del cambiamento nella psichiatria del secondo millennio, allora tutto questo non può non avere una ricaduta sulle Residenze che, proprio per questo motivo, si trasformano in Recovery, sui Centri, che proprio per questo motivo, lasciano spazio alla Relazione. Significa che anche i muri delle Residenze e dei Centri possono essere abbattuti, significa che anche i muri che sono cresciuti dentro di noi, magari senza che ce ne accorgessimo, possono anch'essi essere abbattuti. Vuol dire lasciare spazio ai percorsi, passare dal solido dei muri al liquido dei percorsi. Tenendo ben presente che non è un liquido che corre il rischio di liquefarsi. Tenendo presente che, forse stiamo creando una nuova figura, un nuovo ossimoro: il solido/liquido, qualcosa che ha a che fare con lo rizomatico, con luoghi dove i crocicchi

diventano i nodi e gli snodi di una rete, con luoghi cruciali in cui si attivano circoli virtuosi, buone prassi.

Ri/ soggettivizzare l'ospite significa, dunque, dare spazio alla libera parola e ai percorsi. Vuol dire coniugare libertà, responsabilità, patto. Dove responsabilità rimanda all'antico significato latino: essere abile a rispondere. Essere abile a rispondere deve essere chi si prende cura, ma anche l'ospite della residenza, deve esserci una bi/direzionalità, altrimenti non si può sancire un patto. Non dimenticando mai quanto sosteneva il filosofo francese di origini ebraiche-lituanee, Emmanuel Lévinas: la responsabilità viene prima di ogni cosa, io sono già e da subito responsabile dell'Altro, la responsabilità viene prima della libertà perché sono "ostaggio" dell'Altro che mi interroga costantemente attraverso il suo volto anche quando sta in silenzio.

Tra libertà, responsabilità, patto sta il progetto. Pro/gettare, nel suo significato latino vuol dire *gettare davanti* -scavare nella genealogia delle parole non è puro esercizio grammaticale fine a sé stesso, ma uno smascheramento della verità, ritrovare il senso più profondo che la parola ha perso nei suoi continui slittamenti semantici- e, quindi, aprirsi al tempo futuro. Pro/gettare è ridare fluency al tempo. E' ribaltare il tempo congelato, il tempo rattrappito, un eterno presente che demotiva, che induce alla passività, che ci rende alienati nel nostro essere gettati nel mondo.

Cosa vuol dire restituire o donare la soggettività? A questa domanda, formulata da una delle studentesse che assistevano alle sue lezioni a Trieste, Rovatti rispose: "Questa restituzione non può essere una pedagogia. Ma significa che non si può fare niente? No, puoi fare tante cose, per esempio costruire le condizioni. Certamente, c'è anche qualcosa di vero nel restituire. E' chiaro che c'è un problema di ricontestualizzazione. Ricordo una serie di dibattiti, oggi un po' in disuso, che mettevano a confronto le parole *identità* e *identificazione*; questi due termini venivano contrapposti all'epoca di Basaglia. L'identità cambia nel corso del tempo, certo io mi sento quello che ero a vent'anni, sono lo stesso, ma non sono davvero lo stesso. Il non sapere chi si è può essere anche un'affermazione di libertà; se invece qualcuno ti identifica, se procede a una serie di identificazioni, e se l'identificazione diventa stigma, allora c'è un lungo lavoro da fare per scrostarsi di dosso queste identificazioni. Facendolo, cosa raggiunge? Raggiungo un'idea di soggetto standard o acquisto la possibilità di dire a chiunque 'io non so chi sono?' Non posso restituirti semplicemente un pacchetto di soggettività, posso aiutarti ad arrivare a essere un soggetto che ha anche il diritto di non sapere chi è" (Op. Cit. Pag. 51-52).

Cosa si restituisce o cosa si dona, allora? Certamente non un pacchetto di soggettività. Si aiuta l'ospite ad aprire davanti a sé nuovi orizzonti di senso. Questo significa non vederlo mai avulso dal flusso temporale perché i nuovi orizzonti di senso sono proiettati nel tempo futuro, che è il tempo della speranza. Aiutare l'ospite, il paziente a diventare o a ritornare a d essere un soggetto è anche

questo. Lo si aiuta nel momento in cui gli vengono dati o restituiti i diritti, in primis il diritto di cittadinanza. Che è un prendersi cura e un modo per applicare la Costituzione rendendola viva. Pensare realmente l'ospite, il paziente, pensarlo dentro di noi e in carne ed ossa è pensarlo inserito in un flusso temporale e in un contesto dove non si può prescindere dai diritti. Pensarlo realmente è, anche, o soprattutto, connettere le reti in cui è egli si fa soggetto in un modello molecolare. Un modello che può avere come riferimento l'Open Dialogue di Seikkula e i suoi collaboratori finlandesi, ma anche quello virtuoso e molto più vicino a noi, veramente prossimo, di Saura Mazza nel territorio di S, Secondo: connessioni, reti molecolari, percorsi che riguardano microzone, come sta avvenendo a Trieste, percorsi che riguardano zone di maggiori dimensioni, che prevedono l'attivazione di tanti attori diversi e che vanno dal datore di lavoro, al vicinato come risorsa, alla più ampia rete parentale, agli amici significativi, a chi si occupa di alloggi, alle associazioni del terzo settore. Un modello senza barriere, rizomatico, ma dove non c'è con/fusione, un modello in cui gli universi discorsivi della legge e della psichiatria, per quanto riguarda le Rems, non si sovrappongono, dove la Giustizia sia soltanto Giustizia e non Giustizia psichiatrica, dove la Psichiatria sia solo Psichiatria e non Psichiatria giudiziaria. E dove al centro sta sempre il soggetto. Quando venne approvata la Legge 180, Basaglia disse che si sarebbero aperte nuove contraddizioni e che altre battaglie si sarebbero rese necessarie e che su quelle nuove contraddizioni si sarebbe dovuto lavorare allargando il campo dei diritti senza mai dimenticare la sofferenza e l'angoscia che il disturbo mentale porta con sé. Era consapevole che alle residenze si sarebbero dovuti sostituire i percorsi; era consapevole, perché lo aveva già fatto, che bisognava coinvolgere il mondo sociale e politico. Sapeva che una battaglia si sarebbe dovuta combattere per la chiusura del OPG. Non fece in tempo perché morì due anni dopo l'approvazione della legge. Ma aveva visto lungo; ci sarebbe stata una lunga battaglia e un lungo iter parlamentare per chiudere gli Opg. Dopo la chiusura degli Opg le Rems sono state un grande passo avanti. Ora è nelle Rems e nelle altre residenze che si aprono contraddizioni. Su di esse bisogna lavorare. Per far cadere i muri dentro e fuori di noi. Non è un compito facile, ma è un compito possibile, soprattutto necessario.

ANDREA CABASSI