

luglio 2020

10

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA DI VALUTAZIONE NELLA SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE
E SALUTE NELLE CARCERI



ATTRAVERSO IL COVID-19 L'invisibile visibile nei servizi DSM-DP

Insieme anche durante il lockdown | Le comunità siano protagoniste delle politiche di prevenzione | Economia, società e salute mentale dopo l'emergenza COVID-19 | 1° Maggio 2020 | Monitoraggio impatto pandemia COVID-19 sui Servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche | Psicologia e COVID-19 | Servizi per l'autismo minori ai tempi del COVID-19 | Smart working in salute mentale | Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali | Le ragioni di un link "sociale" per i percorsi IPS | Quando i vincoli generano opportunità | Come mantenere le buone pratiche nel post emergenza? | La pandemia oltre le sbarre e i cancelli | La RTI COVID del DSM-DP | Narrazione di un'esperienza di resilienza | Un mezzo al di là del luogo | Da offline ad online | "Faraway so close" | Resilienze | La pronta accoglienza in epoca COVID-19 | Consumi e dipendenze | Educatore come focus nel SerDP? | Una diversa vicinanza | Da remoto verso il futuro | Adolescenza e COVID-19 | Elementi per valutare il rischio di contagio

Un mezzo al di là del luogo

La nascita di un centro diurno diffuso in risposta al cambiamento a Imola

Alba Natali, Patrizia Turci

ABSTRACT

Gli autori raccontano l'esperienza di co-costruzione di percorsi territoriali tra CSM, cooperativa sociale Tragitti, utenti e famigliari come alternativa alla chiusura del centro diurno durante la pandemia. La Comunità Diurna per la salute mentale "Franca Ongaro Basaglia" diventa un mezzo per mantenere il contatto con gli utenti al di là del luogo fisico, tracciando una linea di comunicazione, di ascolto, di intervento adattata all'emergenza.

64

Introduzione

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio;¹ trova le sue finalità all'interno della Delibera di Giunta Regionale n. 1423/2015 che la definisce un servizio che "favorisce il reinserimento e la partecipazione attiva degli ospiti nella comunità di appartenenza".²

L'attuale assetto organizzativo della Comunità Diurna "Franca Ongaro Basaglia" risale al 2018; con determina 229 del 22/01/2020 la gestione è stata affidata alla Cooperativa Sociale Tragitti.

La Comunità, che accoglie persone in cura al CSM che presentano una fase di vita caratterizzata da forte sofferenza psichica, fonda le proprie pratiche sull'utilizzo concreto, condiviso e partecipato dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali tra soggetto, famiglie, persone significative della rete e del territorio, operatori del privato sociale e del Centro di Salute Mentale.

Nel capitolato formulato per la "Gestione della comunità diurna per la salute mentale per adulti del dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell'azienda USL di Imola", l'articolo 1, l'oggetto dell'appalto, recita: "Al fine di rispondere a bisogni diversificati e complessi la Comunità dovrà avere un modello organizzativo di struttura agile e capace di personalizzare ogni intervento, che garantisca lo sviluppo e il mantenimento di un contesto incentrato sul modello di rete, con numerose proposte tese a favorire e facilitare il progetto esistenziale del soggetto, la permanenza nel proprio contesto di vita e l'integrazione nel tessuto sociale." La parola "struttura" corrisponde a un luogo fisico ma sin dall'origine abbiamo inteso territorio e comunità.

Rif.
Alba Natali, psichiatra,
Direttore DSMDP Ausl Imola
0542 604821
a.natali@ausl.imola.bo.it

Patrizia Turci,
presidente Cooperativa Tragitti

1. Percorsi di cura e percorsi di vita durante la pandemia

La pandemia COVID-19, imprevista e tragica, ha reso urgente e necessario declinare nella pratica quotidiana i principi enunciati. La Comunità Diurna è divenuta quindi un mezzo attraverso il quale il Centro di Salute Mentale del DSMDP dell'Ausl di Imola e la Cooperativa Sociale Tragitti hanno coniugato i principi della Salute mentale di Comunità, proponendo percorsi di cura fortemente connessi con i percorsi di vita delle persone. L'accento posto sulla deistituzionalizzazione, sull'esercizio dei diritti civili, sull'inclusione e sulla autodeterminazione ha riconfermato la propria validità nella tutela della salute psichica e fisica e nel sostegno alle persone a compiere scelte consapevoli di valutazione del rischio, prevenzione e cura, anche in occasione della pandemia COVID-19.

Come sostiene Franca Ongaro Basaglia, "Il problema della follia è sempre problema del rapporto tra individuo e organizzazione, quindi problema di spazio, fisico e psicologico, che l'individuo trova all'interno del gruppo. La razionalità su cui si fondano la nostra cultura e l'organizzazione sociale del lavoro che la produce, pur enfatizzando formalmente l'individuo e la sua libertà, di fatto si struttura sull'espropriazione di questa individualità e sulla riduzione della massa espropriata a un insieme serializzato di individui. Analogamente, pur avendo riconosciuto la ragione come parte della natura umana, questa razionalità si limita ad accoglierla in sé per smistarla e incanalarla nei settori creati perché essa si esprima sotto tutela".³

A partire da metà febbraio 2020 la rapida diffusione e la gravità della malattia COVID-19 ne ha fatto comprendere il carattere sociale, la portata totale che ha coinvolto l'individuo e l'ambiente a livello sistemico. Ci si è trovati a fronteggiare quella è stata definita una "patologia delle interconnessioni" con la necessità di cambiare all'improvviso le regole d'interazione sociale.

Si è quindi reso necessario ripensare e rimodulare, improvvisamente, il modo di lavorare.

I processi di coprogettazione tra pubblico e privato in tema di salute mentale, richiamati da oltre vent'anni da leggi nazionali e regionali, nel territorio imolese sono stati realizzati. Questa realizzazione, raggiunta negli anni attraverso la condivisione di "stili di lavoro", di cultura, di pensiero ma anche e soprattutto di pratiche, ha permesso l'esecuzione in tempi brevi di una complessa operazione di riorganizzazione; non si è quindi partiti da un'idea astratta di risposta all'emergenza, cercando poi di calarla nella realtà, ma si è rapidamente attinto alle passate e presenti esperienze condivise, cercando di dedurre prassi generalizzabili, amplificando la vocazione condivisa ad essere nel territorio.

Le comunità diurne sono spesso connotate da attività che si svolgono principalmente all'interno della struttura fisica; il

concetto di comunità diurna diffusa nel territorio è radicato nel pensiero e nell'agire degli operatori, caratteristiche distintive ne sono l'apertura, la flessibilità, la fluidità nell'attuare gli interventi, la ricerca dell'integrazione con le reti del territorio, siano esse formali o informali.

In risposta alla pandemia COVID-19 l'idea di fondo è stata quella di non lasciare nessuno solo, chiuso nella propria casa, di fronte ad un evento nuovo, imprevisto e sconvolgente.

Per dare attuazione a quest'obiettivo sono stati valutati, situazione per situazione, bisogni, risorse, paure e desideri coniugandoli con le disposizioni di legge aziendali, regionali e ministeriali; questo metodo ha consentito la rapida attuazione della riprogettazione, dando possibilità e concretezza a quel pensiero virtuoso secondo il quale il "servizio dovrebbe essere un luogo permeabile e dinamico dove le opportunità (ossia le risorse e le occasioni negoziali) sono continuamente a disposizione di pazienti e operatori"⁴ e anticipando, di fatto, quanto contenuto nel D. Lgs.18 del 17 marzo 2020⁵ in tema di co-progettazione.

La chiusura delle Comunità Diurne, sancita con atto del Presidente della giunta regionale, è avvenuta il 09/03/2020, la riorganizzazione è divenuta operativa a Imola il 13/03/2020. In quei pochi giorni di lavoro intenso l'attenzione e l'impegno erano impiegati non solo alla trasformazione del servizio ma in egual misura alla responsabilità di sostenere le persone, a non lasciarle sole, contattandole una ad una telefonicamente o in videochiamata. La generale desertificazione dei contatti non ha impedito di coinvolgere, quando appropriato e possibile, le famiglie e le persone significative.

Mantenere la comunicazione con gli utenti ha aiutato a preparare il lavoro sul campo attraverso un dialogo teso a considerare aspetti importanti, tra i quali la volontà delle persone di accogliere in casa o nel loro territorio gli educatori, la condizione abitativa, l'eventuale convivenza con la famiglia di origine o con la propria, le condizioni di salute

Note

- 1 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=ret
- 2 <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/norme/delibere/2015/testo-coordinato-dgr-564-00-e-dgr-1423-15>
- 3 Salute/ Malattia. Le parole della medicina., Franca Ongaro Basaglia, a cura di Maria grazia Giannichedda, 2012, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.
- 4 La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica, Benedetto Saraceno, 1995, Etas edizioni, Milano.
- 5 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>

fisica e psichica del paziente e dei conviventi, la situazione lavorativa, la presenza di altri contatti con enti ed istituzioni del territorio. Si è giunti così a un'ipotesi condivisa di accesso al domicilio o al territorio della persona che è stata formalizzata nei singoli Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI).

1.1 Una prima valutazione

Un primo bilancio, effettuato a metà giugno all'approssimarsi della riapertura, ci ha fornito i seguenti dati e molte ipotesi di lavoro da verificare.

I numeri:

- 31 persone su 33 hanno condiviso l'accesso domiciliare o nel loro territorio di vita;
- 2 persone hanno accettato solo contatti telefonici;
- 27 PTRI sono stati condivisi e firmati;
- 1.647,5 ore utilizzate dal 13/03/2020 al 31/05/2020 e così suddivise:
 - 1147,5 ore per operatore impiegate in attività territoriali (69,7% delle ore di lavoro);
 - 98 ore di reperibilità telefonica (6% del totale delle ore di lavoro);
 - 239,5 ore di telefonate proattive (14,5 % delle ore di lavoro);
 - 122 ore dedicate alla rimodulazione degli interventi e dei PTRI, per attività di coordinamento e scrittura consenze (9,8% delle ore di lavoro);
 - 1 persona su 33 ha effettuato un accesso in urgenza al CSM durante il lockdown, in concomitanza di eventi familiari relazionali fortemente stressanti;
 - 0 ricoveri in ambiente psichiatrico;
 - 0 contagi: nessun operatore e nessun utente ha contratto la malattia COVID-19.

Le persone:

- Tutte le persone hanno aderito in maniera consapevole e propositiva alle misure di prevenzione e protezione individuali e di gruppo previste dalle disposizioni vigenti: uso dei dispositivi di protezione individuale, rispetto delle distanze minime, lavaggio delle mani e utilizzo delle apposite soluzioni, rilevazione della presenza di sintomi e segni legati alla malattia riguardanti loro stesse e i loro familiari;
- Ogni persona ha assunto un alto livello di responsabilità facendo richieste e ponendo limiti: il periodo pur così complesso è divenuto un'occasione di validazione delle proprie capacità;
- Sono emersi aspetti di autonomia e di abilità che hanno contribuito allo sviluppo di un'idea di sé maggiormente efficace negli utenti e che hanno generato nuove rifles-

sioni negli operatori;

- Si sono attivati e accelerati processi di benessere e di fiducia tali da condurre cinque persone a maturare la scelta di terminare a fine estate il proprio percorso presso la Comunità Diurna, pur rimanendo disponibili a supportare, come cittadini, alcune attività e momenti di aggregazione nate dall'interazione tra utenti, operatori e Associazioni del territorio;
- È sorto il desiderio, condiviso tra tutti gli attori dei processi di cura, di rivalutare i singoli PTRI stabilendo fin da ora ipotesi di date di dimissione, dimissione vista in maniera propositiva come parte di un cammino connotato da fiducia nelle capacità di recovery e guarigione;
- I colloqui strutturati, quelli informali ed i momenti di condivisione con i familiari, effettuati sia dagli operatori della CD che dagli operatori delle equipe CSM hanno confermato la valutazione positiva della riorganizzazione effettuata.

Operando una forzata separazione tra aspetti maggiormente connessi alla progettazione terapeutico riabilitativa personalizzata e aspetti di tipo organizzativo programmatico, si può rilevare riguardo i primi la conferma che un atteggiamento di "iniziativa" da parte dei servizi coinvolti, rispettoso degli aspetti della vita reale dei singoli, consente di portare in evidenza gli elementi di conoscenza e autoefficacia presenti in ogni persona e contesto. Sia gli utenti che le famiglie hanno manifestato capacità di operare scelte ed avere comportamenti adeguati ad una situazione in continua evoluzione, mostrando affidabilità e resilienza nella tutela della salute fisica e psichica.

Osservazioni conclusive

Per quanto riguarda gli aspetti programmatori questa esperienza ha ribadito il valore di un atteggiamento proattivo ma non solitario e deterministico da parte dei servizi pubblici: il coinvolgimento delle persone e delle famiglie direttamente interessate da quanto i servizi erogano nella progettazione e valutazione così come la co-progettazione con il privato sociale ed il terzo settore, consentono di accogliere la complessità, dare risposte modulabili e flessibili, agendo anche rapidamente se necessario.

La validità di pratiche che hanno come fondamento la deistituzionalizzazione, i modelli di salute mentale di comunità, la valorizzazione degli interventi territoriali, ha avuto conferma così come la necessità di intrecciare pratiche e saperi per sviluppare processi di trasformazione critica della realtà.

Alla luce dell'esperienza effettuata, convinti che agire in senso abilitativo sia fornire strumenti di potere alle persone, riteniamo sia ora necessario:

- Effettuare ulteriori valutazioni sulla qualità e sugli esiti

di questa esperienza: saranno programmati momenti di condivisione assembleare con utenti, famiglie e Associazioni, rilevati gli esiti clinici e di soddisfazione personale attraverso colloqui ed utilizzando le scale di valutazione BPRS, HoNos 18 e WHOQUOL;

- Mantenere alti livelli di attività domiciliare e territoriale, modulando i momenti all'interno della struttura in relazione ai singoli PTRI. Riteniamo che tale modalità, che sottoporremo a verifica costante nel tempo, possa accelerare i processi di guarigione e di benessere e contrastare il pericolo di cronicizzazione dei percorsi.

Concludiamo con le parole di Benedetto Saraceno: *“La riabilitazione è la ricostruzione della cittadinanza e non lo si fa con pratiche come l'ippoterapia o la musico-terapia. Non si capisce perché gli schizofrenici al di là della disgrazia di essere gravemente sofferenti debbano avere anche la disgrazia di essere poeti, pittori, musicisti. Ma voi quando andate a casa la sera cosa fate? Vi esprimete col pongo, fate un portacenere o vi sedete a leggere il giornale sul divano bevendo un Campari? La riabilitazione deve essere la ricostruzione della santità della vita quotidiana. Per quanto riguarda i determinanti sociali, invece, non chiediamo agli psichiatri di abolire la povertà o le guerre, ma gli chiediamo di capire i bisogni delle persone fragili in modo che possano attivarsi nelle alleanze del territorio, nelle reti istituzionali e amministrative. Se non facciamo questo forse abbiamo davvero rinunciato al nostro mandato morale”*.⁶

Note

6 <https://sentichiparla.it/salute/psichiatria-comunita-benedetto-saraceno/>

Bibliografia

- Ongaro Basaglia F. (2012), *Salute/ Malattia. Le parole della medicina*, a cura di M.G. Giannichedda, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano.
- Saraceno B. (1995), *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Edizioni ETAS, Milano.
- Saraceno B. (2017), *Sulla povertà della psichiatria*, Edizioni Derive Approdi, Roma.

Sitografia

<http://www.conferenzasalutementale.it/2020/04/23/appello-covid-19-la-tutela-della-salute-mentale-cruciale-per-contrastare-i-danni-dellepidemia/>