

ANTONELLO LANTERI

LE STRUTTURE NON INTERMEDIE

L'utente del SSN, non solo psichiatrico, dispone oggi di una serie disparata di agenzie sanitarie e sociali, pubbliche, private o convenzionate, tickettate e no. All'interno di queste ognuno di noi operatori si ritaglia il suo spazio di professionalità e lo mette in vendita, o lo propone, o lo impone all'utente.

Esistono due modelli fondamentali di articolazione delle agenzie: il modello "tutto compreso" e il modello "flipper".

Il primo modello è quello delle istituzioni totali o terminali di cui è principale esempio il buon vecchio manicomio in tutte le sue versioni, riadattamenti più o meno diffusi. Si caratterizza appunto per essere in grado di fornire un "servizio completo" soddisfacendo, sia pure non sempre in modo eccelso, a tutti i bisogni dell'utente (vitto, alloggio, vestiario, ergoterapia, ludoterapia, farmacoterapia, contenzione ...) tranne quello che ha determinato il ricorso alla struttura.

Si prenda ad esempio una persona sofferente, angosciata, impotente, terrorizzata, che urla la sua disperazione o la congela in stereotipe ripetizioni destituite di senso. A questa persona il modello "tutto compreso" propone-impone appunto vitto, alloggio etc.

Il secondo modello, modello "flipper", è caratteristico delle "reti di agenzie" ed è frutto di una tendenza più liberale e moderna.

L'utente-pallina viene immesso nel circuito da una vis a tergo che rappresenta lo stato di bisogno e comincia a rimbalzare di qua e di là. In alcuni casi è un semplice rimbalzo. Altre volte si ferma un poco prima di essere catapultato via. In questi casi si ode di solito un ticchettio del segnapunti simile ad un registratore

di cassa (si tratta per lo più di agenzie private). Altre volte ancora viene respinto con molto vigore verso altre agenzie. Un paio, in basso, spesso facilmente aggirabili, lo risospingono in circolo evitandogli provvisoriamente di finire in buca.

La buca appunto. Costituisce il punto di connessione fra i due modelli apparentemente antitetici, ma in realtà complementari.

La buca del modello "flipper" è l'istituzione tipo "tutto compreso".

Il modello "flipper" presuppone la buca.

Se la buca non c'è (o è stata momentaneamente ostruita) ne induce il bisogno: che ci fa quella pallina abbandonata in fondo al flipper? Fa disordine, brutte figure, mettetela da qualche parte.

Per non creare bisogno di soluzioni finali, di istituzioni totali, è necessario costruire servizi in grado di assumersi la responsabilità dell'utente.

Questo non significa la responsabilità istituzionale alla tutela della società dall'utenza.

Non significa necessariamente, anche se è spesso necessario, garantire, o curare che siano garantiti, i bisogni primari che l'istituzione totale garantiva.

E' necessario affrontare il problema di come prendersi cura della sofferenza psichica grave, della psicosi, sul territorio.

Più che una rete di agenzie è necessario quindi costruire un servizio in grado di produrre una serie di soluzioni possibili.

Che un servizio di salute mentale di territorio si sia assunto la responsabilità della presa in carico, della presa in cura, della continuità terapeutica, lo si può probabilmente capire da un primo elemento: se ha o meno messo in piedi strutture che consentano una gamma di risposte possibili all'utenza - si chiamino day hospital, centri crisi, comunità terapeutiche - e come queste vengono gestite.

Nell'esperienza del nostro servizio di Settimo Torinese le strutture attivate sono sempre state coerenti con un bisogno rilevato nel rapporto con l'utenza.

La prima, una comunità residenziale per nove donne, tutte psicotiche gravi, "tuiru" nel linguaggio dell'istituzione, con più di duecento anni di manicomio sulle spalle e un retroterra familiare e sociale degradato o inesistente, nasce nel '76 come proseguimento e completamento di un lavoro volto soprattutto a reinserire i degenti dell'O.P., ad impedire i reingressi e i nuovi ricoveri.

E' di queste settimane la notizia che una di queste donne Mariuccia, 65 anni, ha ottenuto l'assegnazione di una casa: finalmente dopo 48 anni tenterà questa nuova esperienza.

Nel '79 viene attivata una seconda comunità con 3 ex-degenti, tesa però soprattutto a soddisfare la necessità di spazi per la protezione della crisi sul territorio, per evitare il ricorso al ricovero.

Col tempo questa struttura perde le caratteristiche di comunità anche residenziale e oggi è aperta solo di giorno, tutti i giorni, festivi compresi.

Oltre che per la protezione extradegenziale della crisi è punto di riferimento per molti utenti, ex utenti, e anche utenti "lungo-assistiti", quella che si paventa come "nuova cronicità".

Parallelamente nascono altre modalità operative.

Il filtro ai ricoveri in case di cura attuato su tutte le richieste di impegnativa che afferiscono al SASIB. Inizialmente mirava a garantire la volontarietà del ricovero e a sottrarre utenti al circuito privato proponendo loro interventi alternativi. Oggi la crescente integrazione operativa con i medici di base ha in parte fatto superare questo aspetto.

La reperibilità territoriale notturna e festiva di operatori del SSM a supporto della Guardia Medica. Ha lo scopo di garantire, 24 ore su 24, un intervento precoce sul luogo della crisi, spesso utile a prevenire il ricovero, il T.S.O., e ad impostare una più efficace gestione territoriale. Ma ha soprattutto lo scopo di garantire agli utenti, alle loro famiglie, che in caso di bisogno possono chiamarci a qualsiasi ora. Non succede quasi mai, ma è una garanzia indispensabile in caso di crisi gestite a domicilio.

La distrettualizzazione tendenziale dell'intervento, che mira ad una maggiore integrazione con gli altri servizi, segna un po' il passo anche per la lentezza nell'attivazione dei distretti sanitari di base. Si realizza per ora con un tentativo di maggior coinvolgimento dei medici di base nella gestione dei "casi".

Le strutture residenziali, il centro crisi e le altre modalità attivate di risposta territoriale nascono quindi in continuità con l'impegno alla liberazione dei degenti dall'O.P., con la lotta ai ricoveri, con la protezione della crisi sul territorio, con la "cura" e la "non disabilitazione" della così detta "nuova cronicità" con gli obiettivi insomma che il gruppo si è dato via via seguendo quelli che coglieva come i bisogni dell'utenza, spesso i mandati dell'utenza.

Le strutture e le modalità di erogazione del servizio nascono e si sviluppano quindi come estensioni, organi, funzioni del Servizio di Salute Mentale del territorio.

Sono pertanto strutture non intermedie fra le due parti - Servizio di Salute Mentale e istituzione totale -, ma strutture di parte.

Operativamente questo si traduce nel non avere né organici

nè utenti fissi. Nel consentire e provocare attraversamenti e incroci: tutti gli utenti del Servizio, tutti gli operatori del Servizio sono utenti (o potenziali utenti) e operatori delle strutture, dei luoghi del Servizio. Non c'è delega fra le strutture perchè sono la stessa struttura.

Un discorso simile era stato tentato a livello dei SPDC sovrazonali: turnazioni veloci, partecipazione di tutti gli operatori, continuità terapeutica. L'irresistibile attrazione del modello ospedaliero vanificherà nei fatti questo tentativo.

Così, mentre il manicomio lentamente e faticosamente si svuota di degenti e di senso e nascono percorsi di affrancamento interni ed esterni (l'area socio-sanitaria, il Progetto Torino, la Nuova Cooperativa) nasce una nuova istituzionalità diffusa sul territorio: il SPDC, le comunità residenziali iperprotette, le pensioni, gli istituti si affiancano alla rete della spedalità privata. E molti ambulatori si pongono come organico complemento a questa rete istituzionale diffusa di luoghi della delega.

Nel 1983 al Convegno di Settimo "La salute mentale nel territorio: chi la difende?" lanciammo una sfida: a organici completi avremo realizzato l'azzeramento dei ricoveri sia in SPDC che in case di cura private. Questo non è ancora avvenuto e non sappiamo se avverrà.

Il ricorso, l'incapacità variamente motivata a non ricorrere alle strutture di delega è forse un limite doloroso ma invalicabile per la nostra onnipotenza terapeutica.

Come servizio non consideriamo questa delega una sospensione della presa in carico: continuiamo a seguire l'utente anche attraverso i suoi percorsi istituzionali altri non realizzando tendenzialmente deleghe complete.

E' però vero che continuiamo a ricorrere ai TSO, sia pure di rado, al SPDC, a case di cura, istituti ecc..

Ma la logica della delega non è solo un problema esterno al servizio: a volte scatta anche all'interno del servizio. E' quando la comunità diventa un posto dove si deposita in mano all'équipe un utente con le modalità di affidamento solitamente adottate per le strutture di delega. E allora anche il centro crisi può "farsi" istituzione, luogo di delega.

Il problema è che la questione della presa in carico non si gioca tanto a livello di organizzazione e di strutture "visibili" quanto sulla presenza o meno di altre meno tangibili ma più importanti contro istituzioni, strumenti, spazi, strutture alternative alle prassi e alle tendenze istituzionali.

Il rapporto.

E' uno spazio di accoglimento interumano in cui l'utente può esprimersi, in cui può riconoscere l'operatore, e poi gli operatori, il servizio come altri cui può dire delle cose, può affidare le sue cose, con cui può fare delle cose.

La libertà reciproca è condizione indispensabile all'instaurarsi del rapporto. Questo significa riconoscere all'utente la libertà di rifiutarsi al rapporto. La riproposizione continua di sé come disponibile al rapporto è la modalità da perseguire pervicacemente.

In questo senso il rapporto è un possibile prodotto del nostro lavoro.

Lo scagotto di questa prassi che il TSO costituisce può non essere irreparabile se significa continuare, dopo la forzatura, a ricercare il rapporto con l'altro.

Ma il rapporto con persone così profondamente, crudamente sofferenti non può prescindere dalla condivisione di quella sofferenza, o meglio quella sofferenza ci sarà estranea e senza senso se non verrà colta attraverso la sofferenza che ci procura. E noi, a nostra volta, saremo colti come estranei, alieni incomprensibili, minacciosi.

E' su questo piano che è necessario comprometersi per costruire un rapporto privilegiato, ma la costruzione di un rapporto è una potenzialità che può avvenire a determinate condizioni.

La principale è che chi si impegna sul terreno del rapporto con l'utente in crisi, con l'utente psicotico, accogliendone, e provandone, l'angoscia senza destituirlo di senso, abbia intorno chi si accorge di questo e lo supporta, e non destituisce di senso questa operazione.

Il rapporto a due, il rapporto preferenziale sarebbe estremamente fragile se non fosse supportato dal lavoro di un'équipe.

L'équipe è infatti il secondo strumento-spazio-struttura alternativo alla prassi istituzionale.

Può essere definito come un gruppo obiettivo (che nasce e vive per realizzare un compito sulla base di una visione e di una scelta comune) che adotta uno stile di lavoro (una prassi condivisa che nasce dalla continua riverifica dell'esperienza).

E' un luogo di messa in discussione dei ruoli e di confronto delle professionalità. Un luogo di formazione permanente. E' per l'operatore un gruppo anche affettivo operando nel quale si acquista sicurezza, ci si sente appoggiati e riconosciuti nel proprio operare.

Con questo "campo base" alle spalle diventa più possibile, meno rischioso, comprometersi in rapporti intriganti con gli utenti, affrontare il sesto grado o le voragini della loro esperienza sofferente. Perché è un luogo dove viene riconosciuto anche il diritto alla crisi degli operatori.

La comunità terapeutica diffusa.

Questo lavoro continuo abita le strutture del servizio, gli altri servizi, il territorio, le case degli utenti; coinvolge le loro famiglie, gli amici, i vicini, il medico di base, i compagni di lavoro. E' un coinvolgimento - bisogna precisare - fatto quando e se serve, senza forzature o strombazzamenti, senza "campagne di educazione sanitaria", lento e capillare, fatto persona per persona più sul piano operativo della condivisione quotidiana, anche emotiva, che su quello didascalico esplicativo e che riattiva, spesso faticosamente risorse familiari e sociali indispensabili e talora impensabili.

Nel nostro servizio, e in modo più intenso negli spazi più lungamente e intensamente vissuti questa qualità di rapporti fra utenti, operatori, famiglie instaura un sentimento di appartenenza che trascende la dimensione individuale o duale per farsi rete di scambi, orizzonte comune, "comunità terapeutica diffusa" per dirla con un bel termine coniato da una giovane ex utente.

In questa non-istituzione si condensa un sentimento di non malattia. L'utente ritrova il suo protagonismo, è in grado di dire la sua, di "validare consensualmente", o no, l'operatività del servizio, di fornire indicazioni, di dare mandati, di non delegare, ma partecipare al "lavoro terapeutico".

In questo contesto anche le famiglie sono coinvolte non a reggere da sole il peso terribile di una crisi o di una presenza aliena e incomprensibile, ma a partecipare al processo di comprensione, di restituzione di senso, di cura, a raggiungere nuovi equilibri.

Nessuna famiglia desidera a priori internare un suo membro. Lo fa quando non regge, quando è abbandonata, quando mancano i presupposti per capire quel che succede.

Un piccolo problema è che le tre non istituzioni che ho cercato qui sommariamente di delineare non sono prescrivibili all'utente come il Moditen, né richiedibili agli operatori con un mansionario, né prevedibili per legge o Piano Sanitario.

Quel che si può desiderare da leggi e piani è che non le ostacolino e le impediscano.

Mi sembra ad esempio pericolosa la tendenza a creare una serie di agenzie slegate tra loro e coordinate solo a livello di USSL di 200-400.000 abitanti.

Quello che per legge può essere scritto e normato è che la presa in carico, la responsabilità generale della cura e dei suoi esiti è affidata al SSM di territorio, uno ogni 30-60.000 abitanti, un ambito in cui gli utenti possono essere conosciuti personalmente tutti o quasi da ciascuno degli operatori.

Il rischio è che i servizi di territorio, gestendo solo se stessi e l'utenza "leggera" nel pre e post-crisi, diventino dei

semplici ambulatori inseriti in una rete istituzionale che accoglie gli utenti e li sistema "per livelli di gravità" configurando un modello "flipper", con tanto di buche con un coordinatore che cerca di dominarlo dall'alto con strumenti essenzialmente istituzionali.

Restano da risolvere un mucchio di nodi teorici e pratici. .

Il problema della selettività rispetto agli utenti e della scelta (dell'esplicitazione della scelta) delle priorità, non avendo il SSM risorse infinite.

Il problema delle figure professionali e della definizione degli iter formativi.

Il problema del reclutamento e della selezione del personale, che si collega al problema delle motivazioni, che è poi in fondo quello che comunque resta un nodo fatalmente, e forse fortunatamente, insolubile.

Continuo a far fatica a non pensare la scelta di occuparsi, e di come occuparsi dei "malati di mente" e della loro sofferenza come ad una scelta, appunto, attinente alla sfera etica e che comporta una opzione di campo.

Voglio dire: che gli ebrei fossero tali poteva essere abbastanza oggettivo, "scientifico". La soluzione del problema adottata dal signor Hitler difficilmente criticabile dal punto di vista tecnico; se mai non condivisibile proprio dal punto di vista etico.