

La Residenzialità psichiatrica tra Mito e Realtà

Relazione al convegno della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Sez. Reg.Siciliana,
Enna 19-20 Ottobre 2005, Hotel Villa Guscio-Nicoletti
Dott.ssa Maria G. Sotera, Dott. Gaetano Interlandi

Comincerò con l'illustrare sinteticamente quattro casi che sono emblematici per la valutazione del ruolo delle residenze psichiatriche nel trattamento riabilitativo.

Caso Roberta

E' entrata a 20 anni nella CTA privata convenzionata con l'ASL. Ora Roberta ha 45 anni e ha fatto 25 anni di ricovero continuativo in questa struttura per un trattamento riabilitativo. Da circa 5 anni il Servizio sta cercando di dimetterla e inserirla in una Comunità Alloggio visto che la famiglia non la vuole a casa. La stessa famiglia, però, non dà neanche l'assenso al ricovero in Comunità alloggio mentre il Comune di appartenenza ha risposto positivamente alla richiesta del Servizio.

In base alle disposizioni del Caposettore è necessario avere l'assenso della famiglia per la dimissione, per cui nonostante si reputi improprio il ricovero ai fini riabilitativi e si esprima parere negativo per il trattamento riabilitativo di tipo residenziale, Roberta continua a restare ricoverata nella CTA, privata della possibilità di ricomporre la propria esistenza in una condizione sociale di appartenenza e partecipazione al proprio contesto cittadino, relegata al ruolo di paziente ricoverato senza soluzione di continuità in una struttura sanitaria ad alto contenimento e con un dispendio economico notevole per l'ASL.

La CTA vive come persecutoria la richiesta del Servizio di dimissione di Roberta.

In questi anni l'attività del Servizio è consistita in visite periodiche finalizzate al rinnovo della proroga in quanto, ricadendo la CTA in un altro territorio, il compito della relazione mensile ai fini del pagamento della retta è di un altro DSM che a sua volta non conosce la paziente.

Caso Antonella

Antonella ha 40 anni. E' ricoverata da 15 anni circa in una CTA privata convenzionata nel catanese. Il suo compagno, palermitano, conosciuto in CTA, è stato da poco dimesso dalla stessa struttura ad opera del DSM di Palermo. Anche lei vuole essere dimessa e vorrebbe andare a vivere con il suo compagno che segnala la situazione al nostro DSM.

Si contatta il DSM di Messina ma il responsabile afferma che non avendo personale a sufficienza non manderà nessuno a verificare la situazione; ha delegato, infatti, il DSM provinciale di Catania al rinnovo delle proroghe. La situazione pertanto non sembra avere via d'uscita.

Caso Filippo

Filippo aveva 28 anni quanto è stato inserito in Comunità Alloggio su richiesta dei familiari e ad opera del DSM di Vittoria. Ha una storia clinica pesante con vari TSO ed elettrochoc. Non è un paziente che desidera rimanere in Comunità Alloggio e si fa un contratto di massimo 2 anni di permanenza per poi riverificare la situazione. Sia Filippo che i familiari sono molto motivati e vivono l'inserimento in CA come una necessità contingente legata al bisogno di allontanare temporaneamente il giovane dal luogo di residenza dove la situazione non è gestibile garantendogli il persistere di un sistema di vita di tipo familiare molto ancorato al sociale. La famiglia è attiva, lo viene a trovare spesso e appena la situazione glielo consente lo riporta a casa per il fine settimana. I familiari si attivano anche sostenuti dal nostro DSM per modificare alcune situazioni nel loro contesto e per garantire a Filippo, rientrando nel suo ambiente di vita, un impegno lavorativo sia pure a tempo ridotto. Filippo rientra in famiglia poco prima dei due anni, continua la terapia farmacologia prescritta e continua a mantenere col nostro DSM un rapporto terapeutico e di

supervisione. Il primo anno a casa trascorre con alcune difficoltà ma senza scompensi e pian piano Filippo riacquista il proprio ruolo nell'ambito delle amicizie e del lavoro.

Sono passati ormai tre anni dal rientro in famiglia, ora lavora a tempo pieno come dipendente di una grossa azienda ed ha un ruolo di responsabilità; continua a vivere con i genitori in attesa di una vita sentimentale cui si sente votato e che gli consentirebbe di costruirsi una famiglia propria.

Caso Antonio

Anche Antonio viene dal ragusano. Sette anni fa il servizio di appartenenza lo inviò in Comunità Alloggio a Caltagirone a causa della impossibilità di gestire in sede una situazione familiare molto compromessa e difficile che aggravava la gestione di per sé complessa della condizione clinica del giovane, affetto da grave patologia dissociativa, con frequentazioni malavitose (piccoli spacciatori). La relazione con i familiari era tale da rendere molto complessa la terapia e la presa in carico nel territorio di appartenenza. Esisteva un conflitto insanabile col padre. La madre non aveva alcun supporto dagli altri figli per gestire in modo corretto la relazione con Antonio e né era in grado di venire incontro alle necessità del figlio.

Per 6 anni, Antonio, ha vissuto in Comunità Alloggio raggiungendo un buon compenso psichico sia in grazia della terapia farmacologica, sia tramite le relazioni molto importanti e positive che man mano è stato in grado di costruire e sia anche per le diverse esperienze lavorative fatte in questi anni. Rientra periodicamente presso l'abitazione della madre, cui è legato, ha ricostruito dei rapporti validi con i fratelli, ma nessuna prospettiva esistenziale e sociale si porge a lui nell'ambiente da cui proviene. Ha iniziato una relazione sentimentale che è durata circa un anno con una donna del calatino. Le sue capacità sociali sono diventate tali da consentirgli di essere un riferimento e un supporto agli altri ospiti della cooperativa. Giacché non può rientrare in famiglia per le gravi situazioni di disagio che la stessa presenta, si decise insieme che la Comunità Alloggio rappresentava ormai un'esperienza superata che non poteva più dargli altro. Con l'appoggio della cooperativa è iniziata una nuova esperienza di Gruppo Appartamento che condivide con altri 4 utenti.

Lavora come stalliere, vive in Gruppo Appartamento e si ritiene a tutti gli effetti un cittadino calatino.

Ho voluto riportare questi 4 casi perché possono riassumere la condizione della residenzialità in Sicilia. Nella nostra regione, infatti, le tipologie prevalenti di strutture residenziali possono essere così riassunte:

Residenze Sanitarie, regolamentate dal Decreto Assessoriale 13 ottobre 1997 pubblicato nella GURS del 13.12.1997

- CTA private convenzionate; nel catanese ci sono 16 CTA private convenzionate, sono tutte a **40 PL**, per un totale di 640 PL, in contrasto con la normativa nazionale che prevede un massimo di **20 PL**, per ogni Comunità a fini riabilitativi; solo a Caltagirone c'è una CTA pubblica con 20 PL gestita dal modulo DSM Caltagirone-Palagonia. In altre province ne esistono pure a 20 PL;
- CTA pubbliche delle ASL, tutte a 20 PL. ;

Residenze Socio-Sanitarie, di competenza dei Comuni per l'aspetto assistenziale, di competenza dei DSM per l'aspetto sanitario, previste dalla legge regionale 22 Maggio 1986 e regolamentate dal Decreto Presidenziale n. 40 del 4 giugno 1996, pubblicato nella GURS del 10 agosto 1996. Tali normative legislative sono state recepite dalla legge n.328 2000, legge in cui è previsto anche il Gruppo Appartamento.

- Comunità Alloggio, con 8/10 PL;
- Gruppo Appartamento, con 3/ 5 PL.
- Casa Protetta, per pazienti non autosufficienti con un massimo di 10 PL per modulo.

La via che si è percorsa per arrivare dall'Ospedale psichiatrico a queste alternative residenziali territoriali è stata lunga, in gran parte correlata ai cambiamenti culturali, legislativi e terapeutici nei confronti della malattia mentale.

Il 1978 è stato l'anno di svolta che chiude una fase dell'assistenza psichiatrica nel nostro paese, con la chiusura dei manicomi e l'organizzazione di una rete assistenziale sostitutiva degli stessi.

C'è da sottolineare come nel 1978 ancora la stessa legge del 1904 non avesse trovato se non una parziale attuazione: infatti a 74 anni di distanza, in Sicilia, ancora non era stato realizzato il decentramento per territorio provinciale dell'assistenza psichiatrica, era previsto infatti un OP per provincia, in quanto in 4 Province siciliane non erano stati costruiti gli Ospedali psichiatrici per cui l'assistenza a tutta l'isola era garantita solo da 5 ospedali psichiatrici che erano sovraffollati con migliaia di ricoverati, nonostante la piccola riforma legislativa n. 431 del 1968, nota come legge Mariotti, avesse posto un tetto massimo di 500 posti letto per ospedale psichiatrico.

Gli Ospedali psichiatrici furono chiusi perché erano diventati strutture di segregazione, di violenza, veri e propri cronici, antiterapeutici per eccellenza (La sindrome da istituzionalizzazione è causata dal prolungato ricovero). I tre dogmi della cultura manicomiale, però, relativi alla incomprendibilità della malattia mentale, alla sua incurabilità e all'inesorabile esito peggiorativo verso l'indementimento, ancora non sono stati del tutto superati e persistono in varie forme a distanza di circa 30 anni nella nostra cultura.

Tra la rete di strutture sostitutive dell'Ospedale psichiatrico ci sono le strutture residenziali.

Il Progetto Obiettivo nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000", pubblicato nella GURI n. 274 del 22.11.99, definisce l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale, gli obiettivi, la funzionalità e i diversi presidi e servizi che lo costituiscono. Tra questi le strutture psichiatriche residenziali. In merito a queste ne definisce le finalità: "... struttura extraospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica....pertanto, **non va intesa come soluzione abitativa**....saranno, quindi differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e **non avranno più di 20 Posti**....le strutture residenziali vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili....possono essere realizzate e gestite dal DSM, dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso i rapporti con il DSM sono regolati da appositi accordi...l'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in conformità ad un programma personalizzato concordato e periodicamente verificato tra operatori del DSM, operatori della struttura residenziale, pazienti ed eventuali persone di riferimento."

Ogni residenzialità, in una prospettiva squisitamente terapeutico-riabilitativa dovrebbe avere **carattere provvisorio** e dovrebbe essere definita all'interno di un programma personalizzato. Il rischio di ricreare le condizioni tipiche della istituzione manicomiale esiste in ogni programma residenziale ed è tanto più alto quanto più sono presenti due caratteristiche:

- a. Comunità di grandi dimensioni, sopra i 20 ospiti;
- b. Prolungarsi della permanenza in residenza per più di un anno senza interruzione.

L'obiettivo comune di ogni progetto residenziale è il reinserimento sociale visto come uscita dal circuito esclusivamente psichiatrico.

Il tempo costituisce uno dei punti-forza del contratto con l'utente e con la sua famiglia e il definirne la durata nel progetto restituisce all'utente la capacità di programmare la propria vita all'interno della dimensione spazio-tempo.

Pur nelle varie tipologie, tutte le strutture residenziali condividono quattro elementi:

- l'Abitare;
- la Relazione di gruppo;
- il rapporto col sociale
- La Formazione e l'avviamento al lavoro

La **funzione dell'abitare** rappresenta il cambiamento di prospettiva dallo "stare" (in ospedale, a scuola, in carcere ecc.) all'"abitare" nel senso di vivere in un habitat (spazio di vita quotidiano sul quale si esercita il proprio potere materiale e simbolico). Comporta nelle sue molteplici espressioni tutte le abilità che sono tipiche della gestione del quotidiano. Tutti gli atti relativi alla cura del Sé, dell'ambiente di vita, degli spazi condivisi, rappresentano una funzione basilare del progetto residenziale (favorire la personalizzazione degli spazi attraverso l'autogestione degli stessi, come pulizia e ordine della stanza, cura della biancheria personale, preparazione dei pasti, fare la spesa, ecc.).

La **relazione di gruppo** rappresenta un motore affettivo della situazione residenziale, i sentimenti di appartenenza ad un sociale che favorisce processi di crescita emotivo-affettiva, di differenziazione e funge da contenitore dall'angoscia.

Il cardine di ogni progetto residenziale è costituito dal **rapporto col sociale**. Pertanto le strutture residenziali devono essere vere e proprie situazioni di intermediarietà sociale, quindi vanno ubicate nel contesto cittadino e la vita della residenza deve essere costantemente interfacciata alla vita della comunità tutta.

Il diritto di cittadinanza viene sancito dalla capacità di svolgere delle attività lavorative.

Una struttura residenziale dovrebbe garantire il mantenimento o la riacquisizione di una **attività lavorativa** già espletata anche se con diversi livelli di responsabilità, l'acquisizione di nuove capacità e di nuovi ruoli lavorativi tramite abilitazione-formazione al lavoro, con l'utilizzazione delle scuole di formazione professionale appositamente previste, inserimento lavorativo in situazioni di protezione via via meno intensa, attività lavorativa in cooperative di tipo B, borsa lavoro (diversi comuni del catanino assicurano annualmente borse lavoro per circa trenta utenti).

La confusione che spesso si fa è quella di **confondere la riabilitazione con la struttura residenziale**. Sono realtà totalmente diverse. La riabilitazione è un processo che si svolge principalmente nel sociale, partecipando alla vita collettiva.

Un cambiamento culturale importante ormai maturato e condiviso nelle esperienze di lavoro riabilitativo avanzate è costituito dal **passaggio dal finanziamento del Posto Letto al finanziamento del Progetto terapeutico-riabilitativo**, in quanto il progetto ha degli obiettivi da raggiungere in un tempo definito con un percorso che coinvolge altri soggetti posti fuori dalla struttura residenziale, ed è possibile quantizzare il costo e verificarne l'esito.

I casi clinici citati all'inizio riguardanti le CTA private convenzionate ci riportano però a una cultura psichiatrica manicomiale. Se ciò tuttora avviene e perché c'è qualcosa che non va nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica. C'è una discontinuità con il DSM che, anziché delegare un momento della riabilitazione, delega tutta la riabilitazione a una residenza e spesso si ricorda del paziente solo al momento di scadenza della proroga, deresponsabilizzandosi.

La Cta privata a sua volta, lasciata sola e spesso senza un progetto, si gestisce l'utente senza un limite temporale e senza una prospettiva di reinserimento. Questo equivoco di fondo si è realizzato soprattutto nel catanese in seguito alla "trasformazione in corso d'opera" di strutture nate come case di riposo e successivamente riconvertite in Comunità terapeutiche senza che si facessero contratti a termine con i dipartimenti e gli stessi ospiti. La perdita della dimensione temporale o la sua non acquisizione assieme all'elevato numero di ospiti fa fallire tout-court l'ipotesi di un progetto

residenziale che possa definirsi riabilitativo, nonostante la buona volontà e la professionalità degli operatori che vi lavorano e dei DSM.

Le comunità alloggio, che si situano nell'universo del sociale dipendendo dai Comuni, presentano dei vantaggi:

- rispondono all'esigenza dell'abitare, del gruppo e della dimensione sociale, esigenze a cui provvede una cooperativa sociale no-profit secondo standard di personale definito dalla regione; contrariamente alle residenze sanitarie esse possono rispondere a bisogni abitativi anche a tempo indeterminato;
- sono di dimensioni piccole 8-10 posti;
- sono appartamenti di civile abitazione ubicate nel tessuto urbano;
- il DSM, responsabile della cura e del progetto terapeutico-riabilitativo, mantiene la continuità terapeutica durante la permanenza, senza interruzioni.

Queste caratteristiche possono garantire il successo di un progetto riabilitativo condiviso tra l'utente, il DSM, l'Ente Locale.

L'aspetto lavorativo nel senso di formazione e inserimento diventa più facile e può permettere il rientro in famiglia o il passaggio in condizioni abitative più autogestite quali il Gruppo Appartamento.

La organizzazione dei DSM e le risorse di cui dispongono sono importanti onde garantire l'appropriatezza dei trattamenti e il buon esito degli stessi. **DSM organizzati male, frammentati e compartimentalizzati, i cui servizi e presidi sono scollegati tra loro e con le altre agenzie socio-sanitarie del territorio, generano cronicità e quindi la necessità di ricoveri prolungati.**

Se i DSM hanno una buona compenetrazione nel sociale e sono in grado di sfruttare le risorse che il territorio può offrire, saranno in grado di progettare insieme all'utente e ai suoi familiari dei percorsi in cui il ricorso alla residenzialità si riduce e si limita solo a casi molto specifici.

Infatti il Progetto Obiettivo 1998-2000 indica come fabbisogno di posti letto residenziali 1 ogni 10.000 abitanti.

Tale fabbisogno non è sottostimato, ma affinché ciò si realizzi occorre che i trattamenti residenziali non vengano proposti in alternativa di altri trattamenti più opportuni e meno onerosi.

L'interfaccia residenzialità /semiresidenzialità e quella semiresidenzialità/territorialità/domiciliarità non sempre è possibile a causa della carenza di Centri diurni, di una organizzazione territoriale che si struttura sulla dicotomia SPDC-Ambulatori e non riesce a garantire un'assistenza domiciliare personalizzata, e di un scarso coinvolgimento delle altre istituzioni sanitarie e sociali del territorio (medici di base, ADI, associazioni di volontariato, enti, imprenditoria, ecc.).

Gli utenti restano pertanto agganciati esclusivamente alle strutture psichiatriche solo in assenza di alternative più adeguate.

La residenzialità dunque non rappresenta la panacea ai problemi complessi delle psicosi gravi, ma dovrebbe essere una risorsa da utilizzare per periodi di tempo limitato, in genere non superiore ai due anni, all'interno di un progetto articolato e condiviso tra tutti gli attori coinvolti di cui il DSM e l'utente sono i titolari.

Oggi la risposta al cronico si sta modificando in medicina e nella società, la tendenza è di portare l'assistenza a casa, potenziare l'assistenza ambulatoriale e domiciliare (ADI) e i Day Hospital e ridurre il ricorso ai ricoveri solo nei casi realmente necessari.

Il concetto base portante è quello della Qualità, qualità della vita per l'utente, per la famiglia, qualità dell'assistenza, e qualità dell'esito; e certamente ricoveri della durata di 25 anni e a vita, ricoveri non rari ma usuali nelle CTA del catanese, non solo non rappresentano un buon esito e non sono più compatibili con le nuove normative e con la nuova sensibilità di cui le nuove norme sono espressione, ma richiamano in mente luoghi tristi di segregazione. Ci si chiede solo come mai ciò possa ancora avvenire.