

Specificità della comunità terapeutica come percorso di cura . Ovvero :

LA COMUNITA' TERAPEUTICA CHE CURA DAVVERO.

DERIVE ED ANCORAGGI

Stefania Borghetti

Milano , 27 settembre 2019

1. PREMESSA

“Tutto (o quasi) ciò che ci circonda è complesso. Nuotiamo in un mare di complessità e non ce ne rendiamo conto. La complessità è ovunque ... Dal bosco di castagno dietro casa alla cultura di un popolo . Noi stessi siamo sistemi complessi , lo sono i nostri organi , le nostre cellule . Ci portiamo addosso per tutta la vita il sistema più complesso e più meraviglioso che si conosca ... ”

(A.Gandolfi,Formicai, imperi e cervelli. Introduzione alla scienza della complessità . Bollati Boringhieri Ed , 1999

E' evenienza ormai tutt' altro che rara sentire alludere alla psichiatria , alla salute mentale , alle pratiche di cura ed ai servizi con quella tendenza alla **dicotomizzazione** ed alla **semplificazione** a cui ci hanno abituato gli slogan e le comunicazioni politiche e mediatiche dei nostri tempi .

Ora, riferirsi alla psichiatria ed ai sistemi di cura con tale approccio - gli psicofarmaci sono un bene o un male , gli SPDC sono luoghi necessari o superflui, taluni servizi sono terapeutici o dannosi - è ancora tanto più **lontano dal vero e controproducente** quando l' oggetto della riflessione sia proprio quella entità che della **complessità** si sostanzia: la **salute mentale** ovvero la sua complessa declinazione nella **sfaccettata capacità di “ amare e lavorare”** che non può essere descritta da un “ bianco o nero”, da un “tutto o nulla”.

Rendere ragione di tale complessità significa sapere interpretare le dimensioni della salute mentale e dei dispositivi terapeutici e sociali ,nonché il piano dei diritti dei pazienti e delle competenze tecniche ed umane degli operatori in una **modalità di interconnessione continua e costantemente attiva tra tali differenti livelli.**

Interconnessione così articolata e complessa da disegnare **percorsi di cura e di inclusione sociale** mai riducibili ad un solo modello , un solo strumento , un solo approccio .

Inoltre , considerare la **complessità** nei sistemi di cura comporta anche includere nella riflessione quelle dimensioni più concrete – **lo spazio , il tempo, i costi in relazione all'intero sistema , il monitoraggio sulla qualità e sugli esiti** – che proprio in psichiatria vengono spesso trascurate , rendendo i sofferenti psichici “ gli ultimi della fila” nell' ambito della ricerca scientifica e delle politiche sanitarie .

Dunque, anche la riflessione sulla **efficacia e sulla ragione d' essere - oggi – delle comunità terapeutiche** non può che partire da un approccio improntato alla “**complessità**” e rifuggire da ogni **semplificazione e tentazione ideologica** .

L'intervento che segue intende pertanto partire da inevitabili **considerazioni di tipo qualitativo** e dalla esplicitazione di alcune **derive “neo-istituzionalizzanti”** della residenzialità psichiatrica per poi passare - proprio in forza di tali considerazioni - alla riflessione su quali siano **le specificità delle comunità terapeutiche** che le rendono utili e necessarie.

La riflessione , infine , tenta di delineare alcuni **antidoti alla derive** sopra citate , certamente esistenti e per nulla lontane da ciò che Basaglia ha e avrebbe voluto anche oggi combattere .

2. UNA LETTURA QUANTITATIVA E QUALITATIVA DELLA RESIDENZIALITÀ PSICHIATRICA IN LOMBARDIA

Dare il giusto peso ad un modello di cura che si è ormai finalmente scostato - e mai a sufficienza - dalla “**centralità del posto letto**” e al tempo stesso considerare i costi della psichiatria correlati a tale modello, impone una riflessione sui dati sotto riportati - a titolo esemplificativo - in merito ai costi ed ai “**numeri**” delle strutture residenziali (SR) in Lombardia.

Numero posti letto in psichiatria in Lombardia al maggio 2016 (Dati forniti da Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

- **47 SPDC lombardi (media di 14 letti x 47) : 658 posti letto**
 - **SR psichiatriche private a contratto : 2276 posti letto**
 - **SR psichiatriche private (accreditate) non a contratto : 362 posti letto**
 - **SR pubbliche a contratto : 1647 posti letto**
 - **Residenzialita' leggera : 589 posti letto**
- Totale posti letto : 5532 (di cui 4874 in SR)**

Qualche altro numero per il confronto con il passato :
Pazienti presenti nei 12 ospedali psichiatrici pubblici lombardi al 31.12.1996

(Dati forniti dalla Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

• Bergamo	155
• Brescia	237
• Castiglione	135
• Codogno	159
• Como	415
• Cremona	92
• Limbiate	321
• Mantova	154
• Milano	127
• Sondrio	83
• Varese	290
• Voghera	147
Totale Posti Letto : 2315	

Anche una visione dei **costi della residenzialità** in relazione all'intero sistema di cura della salute mentale è necessaria alla riflessione.

I costi della residenzialità all'interno del sistema "salute mentale" lombardo :

Oltre 218 milioni di euro per SR + Residenzialità leggera (2016)

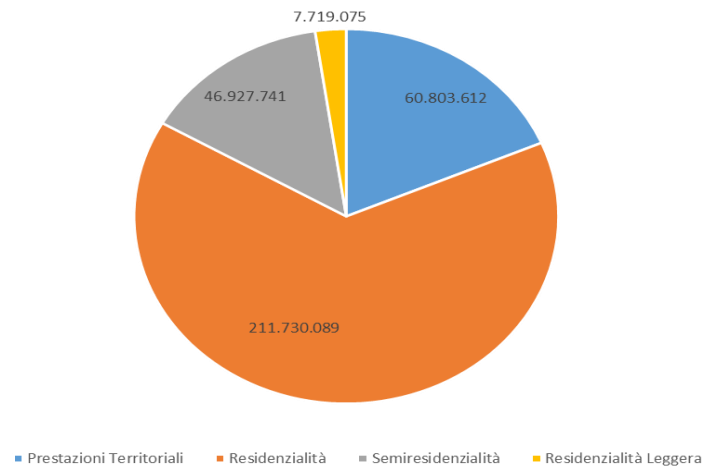
Circa 61 milioni di euro per le prestazioni territoriali (2016)

(Vedi grafico seguente)

SPESA 46/SAN 2016

(Dati forniti dalla Direz . Gen. Welfare , Struttura Salute Mentale e Penitenziaria e interventi socio-sanitari - Regione Lombardia)

Regione Lombardia - Prestazioni Psichiatriche erogate nel 2016



I dati sopra riportati - unitamente ad altre considerazioni - evidenziano alcuni problemi così sintetizzabili :

- Il numero di “posti letto” nella psichiatria lombarda in vent’anni (1996-2016) è più che raddoppiato
- Circa i 2/3 della spesa sanitaria per la psichiatria sono dedicati al “**posto letto**”
- Dal 2007 al 2016 in Lombardia si è osservato incremento dei posti letto “residenziali” da 35.9/100.000 a 47.8/100.00. **Il 66% dei letti sono collocati in comunità ad alta protezione** (A.Barbato,G. Civenti, B.D’avanzo : *Community residential facilities: . A ten Year comparison in Lumbardy , Health Policy 121, 2017*)
- La **spesa sanitaria per la psichiatria** rispetto alla spesa sanitaria complessiva è sottodimensionata se comparata alla media di altri paesi europei ed extra-europei (in Italia rappresenta il 3,5% della spesa sanitaria globale , in Europa fino al 6-7% , in Quebec il 9%)
- I servizi territoriali non residenziali sono spesso allo stremo (uno psichiatra in un CPS lombardo può dover seguire anche più di 400 pazienti)
- Nei servizi territoriali non residenziali la **psicoterapia** (individuale, di gruppo, familiare) non è praticata a sufficienza rispetto al fabbisogno
- I **tempi** di permanenza nelle SR spesso vanno oltre i tempi stabiliti dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del gennaio 2017 in merito alla assistenza residenziale
- Gli **esiti** degli interventi residenziali e territoriali vengono **scarsamente considerati** né tantomeno misurati mentre “ measuring outcomes would seem a key part of ensuring that services are doing their job.” (G.Lewis, H.Killapsy,*Getting the measure of outcomes inn clinical practice” , Advances in psychiatric treatment , vol 20, 2014*)

Oltre ai dati quantitativi sopra riportati , è necessario anche esplicitare **alcuni indicatori qualitativi** che devono fare riflettere sulla possibile deriva neo-istituzionalizzante della residenzialità psichiatrica . Ad esempio :

- **Tempi** di permanenza in comunità indefiniti , infiniti o non condivisi
- **Chiusura** delle comunità al “fuori”
- Scollamento tra percorsi in SR e percorsi territoriali
- Non curanza delle **dimensioni soggettive** ed intime dei pazienti
- **Incuria** dei luoghi
- **Spersonalizzazione** dello “stare” in comunità a svantaggio dell’ “abitare”(“Fra stare ed abitare c’è una grande differenza ... l’abitare ha a che fare con un grado di contrattualità elevato rispetto alla organizzazione materiale e simbolica degli spazi, alla loro condivisione affettiva con gli altri”) (*B.Saraceno , La Fine dell’intrattenimento, ETASLIBRI, 1995*)
- **Non formazione**, autoreferenzialità e burn-out degli operatori
- Mancanza di **obiettivi specifici** condivisi e di monitoraggio sulla qualità dei percorsi residenziali e sui loro esiti
- Scarsa/nulla **democraticità** nella organizzazione della comunità terapeutica
- Mancanza di formazione su specifiche **tecniche riabilitative**
- Scarso utilizzo di **approcci psicoterapici e psicoterapia all’interno delle SR**

3. LA RAGIONE D’ ESSERE DELLE “COMUNITA’ CHE CURANO”

Ma basta una lettura quantitativa della residenzialità e la esplicitazione delle derive neo-istituzionalizzanti a permettere una sintesi finale sul senso ed utilità delle SR?

Appellandosi al concetto di **complessità** della premessa, certamente no .

Per rifuggire da ogni semplificazione e riduzionismo dicotomico (le SR sono “buone o cattive ? ”) e’ necessario :

a) ri-partire dai bisogni dei pazienti

Esistono pazienti dai **bisogni complessi** che presentano la necessità terapeutico-riabilitativa di usufruire di **percorsi intensivi , complessi ed integrati** espletabili **solo** nell’ ambito intensivo, complesso ed integrato della residenzialità , per un dato tempo. Esempi :

1. esistono pazienti con **disturbi di personalità** che devono **uscire dal loro “contesto” ordinario** per lavorare terapeuticamente su difficoltà relazionali attraverso il rapporto con operatori e “terzi” in modalità differenti da quelle del proprio usuale ambiente relazionale

2. esistono pazienti che necessitano di **percorsi terapeutico-riabilitativi intensivi ed integrati** che si inscrivono specificamente in una **quotidianità relazionale e riabilitativa** possibile solo in SR

b) chiedersi : “quali sono le cause della deriva”?

Alcune delle principali cause della deriva neo-istituzionalizzante possono così essere sintetizzate :

1. **Povertà delle risorse** e scarsa qualità/monitoraggio dei percorsi di cura nei **servizi “ non residenziali”** che inducono al ricorso alla SR in modo aspecifico ed inappropriato
2. **Scarsa qualità e scarso monitoraggio** dei percorsi terapeutico-riabilitativi nelle SR
3. **Scarsità delle risorse per inserimenti lavorativi ed *housing* sociale**
4. **Scollamento** tra SR e territorio
5. **Non vigilanza sui tempi di permanenza** (oltre un tempo massimo , l’utente è “fuori” dalla sua vita e dalla sua vitalità)
6. **Redditività** del posto letto
7. **Sovrapposizione** tra residenzialità intesa come **luogo di vita “ a lungo termine”** o a tempo indeterminato (diritto/bisogno innegabile di alcuni pazienti) e residenzialità intesa come **“ luogo terapeutico”** a tempo determinato

4. I FATTORI SPECIFICI DELLE COMUNITA’ CHE CURANO E GLI ANTIDOTI ALLA NEO-ISTITUZIONALIZZAZIONE

Richiamate la ragione d’ essere delle SR e gli interrogativi che possono riportare alla loro *mission* , è dunque possibile fare cenno ad alcune delle caratteristiche terapeutiche delle SR riprendendo alcune indicazioni documento “Comunità terapeutiche e residenziali per adulti . Indicazioni di Buone Prassi e Linee di Indirizzo” (Mito & Realtà , 2019) :

- Le SR costituiscono un **dispositivo terapeutico integrato** (dimensioni bio-psico-sociali) amplificato dalla presenza ed azione continua della equipe multidisciplinare e dei corrispettivi interventi personalizzati (psicologico, psicoterapico, riabilitativo, farmacologico , sociale)
- Le SR offrono una **dimensione ambientale e temporale definita** con una architettura terapeutica ed organizzativa specifica diversa dall’ ospedale e dalla casa
- Il progetto riabilitativo-terapeutico individualizzato viene formulato in base ad una **osservazione continuativa e diretta** della persona che permette la formulazione di **obiettivi realistici** proprio in forza di tale osservazione
- L’**esperienza grupale** - metodo di lavoro fondamentale per attivare la vita psichica dei pazienti e per apprendere dall’esperienza - trova nelle SR una naturale predominanza e forza

- **Il metodo comunitario** favorisce la costruzione della **soggettività** tramite una continua condivisione della **quotidianità** che coinvolge diversi livelli (psicologico, corporeo , ambientale)
- La comunità può costituire un ambiente in cui i pazienti - soprattutto i più fragili - possono sperimentare **sicurezza e contenimento** non sperimentabili “fuori”
- L’impostazione organizzativa della comunità è basata **sulla partecipazione e collaborazione di tutti i membri**, operatori e pazienti , coinvolti in prima persona ed ingaggiati in un esercizio evolutivo della corresponsabilità

Alcuni **antidoti** alla neo-istituzionalizzazione poi vanno messi a fuoco e derivano dalla considerazioni fatte fino a qui :

- **Monitoraggio** dei tempi di permanenza
- **Condivisione** di progetti terapeutico-riabilitativi integrati e in **continuità** con servizi territoriali e “comunità umana”
- **Permeabilità** al “fuori” (il mondo, la “comunità umana”)
- Obiettivi stabiliti e condivisi con il paziente ed i **famigliari**
- **Continuità** del percorso terapeutico con i servizi territoriali
- Rispetto della **soggettività** ed **intimità**
- Cura dei **luoghi**
- **Collaborazione** e **partecipazione** alla vita comunitaria (utenti , operatori e famigliari)
- **Formazione** , **supervisione** , **manutenzione** dei gruppi curanti e del loro benessere
- **Distinzione** tra comunità come luogo di vita e comunità come luogo di cura

CONCLUSIONE

Dunque , quando si riflette sulle SR (derive e caratteristiche) il problema non è solo – o tanto – rincorrere la riduzione *tout court* dei posti letto una volta considerate le degenerazioni e i costi della residenzialità, quanto – appunto interrogarsi su :

- Quali sono i **bisogni** specifici dei pazienti che possono essere soddisfatti **solo** in residenzialità
- Attraverso quali **fattori terapeutici specifici** ed esclusivi della residenzialità ?
- Per quali **tempi minimi** ? (concetto di “dose minima efficace”)
- Quali possono essere gli **effetti iatrogeni** le **derive** delle SR ?
- Quali gli **antidoti**?
- Come garantire che il percorso in comunità sia **solo una parte** – efficace – dei percorsi di cura delle persone all’interno dei servizi e della comunità in senso lato?
- **“Che fare”** delle strutture residenziali non terapeutiche ?

In altre parole , non si tratta tanto di cercare “alternative” alla comunità terapeutica o ipotizzare sistemi cura che ne prevedano l’ assenza , quanto di utilizzare la residenzialità :

- unicamente per le sue **specificità e funzioni terapeutiche**
- unicamente per gli **utenti** che presentano bisogni specifici “ da residenzialità” (esistono)
- unicamente per i **tempi minimi** necessari
- unicamente in **raccordo costante** con i servizi territoriali
- unicamente come parte – a tempo determinato - di un **percorso “di comunità” che esiste prima, durante e dopo la permanenza in struttura residenziale**
- unicamente **per mettere in atto progetti terapeutico-riabilitativi senza separazioni dal “fuori”**
- primariamente per **aumentare il potere/possibilità di contrattazione** dei più **deboli** all’interno del sistema dei più **forti** tramite la tessitura di “reti di negoziazione” dentro e fuori la comunità : *“Ebbene, le reti di negoziazione ... aumentano la partecipazione e la contrattualità reale dei soggetti deboli di una società”* . (B. Saraceno , La povertà della psichiatria derive ed approdi, 2017)

In conclusione, richiamando il concetto di **complessità** nominato nella introduzione, ad esso si vogliono affiancare i concetti di “ **sistema aperto**” ed “**incompletezza**” ritenuti “caratteri positivi” generatori di cultura e dello sviluppo dell’individuo (F. Remotti , Cultura , dalla complessità all’impoverimento, Laterza Ed. , 2011) ed altresì considerabili – non a caso - come **potenti ed irrinunciabili ancoraggi delle “comunità che curano” alla loro funzione terapeutica.**

Una comunità “che cura” è una comunità innanzitutto **incompleta, insatura** , in cui non si esaurisce ogni bisogno ed ogni prospettiva dei suoi residenti a loro volta “incompleti ed insaturi”. E’ l’**incompletezza** della comunità – ed anche la tolleranza ed il riconoscimento della incompletezza delle persone che vi transitano ed operano – a generare movimento , evoluzione , benessere, vitalità .

Una comunità “che cura” è altresì un “ **sistema aperto**” che si pone in **scambio attivo** e costante con il mondo esterno di cui continua a fare parte insieme ai membri che la costituiscono . **La permeabilità al fuori** è ciò che garantisce la vita interna del gruppo , degli individui , della comunità umana e naturalmente di ogni comunità che voglia considerarsi ed essere autenticamente terapeutica .

“Troviamo però dei sistemi che per loro stessa definizione o natura non sono affatto sistemi chiusi . Ogni organismo vivente è in sostanza un sistema aperto . Esso si mantiene in uno stato continuo di flusso verso l’interno e verso l’esterno, di costruzione mediante componenti e di disgregazione di tale costruzione senza mai trovarsi, per tutto il tempo in cui vive , in uno stato di equilibrio ... ”

(L.von Bertalanffy , Teoria Generale dei Sistemi, Mondadori 1983)