

## **Drop in: accessibilità dei servizi 24 ore. Un'esperienza adottata in Gran Bretagna**

*Roberto Mezzina*  
*Psichiatra, DSM Trieste*

(tratto da: "Salute e Territorio" n. 153, novembre / dicembre 2005 )

### **Introduzione**

Negli ultimi anni si registra un crescente interesse da parte dei paesi del Nord Europa verso una salute mentale comunitaria diversa, che impieghi modelli di servizio capaci esprimere una strategia di integrazione delle persone con disturbo mentale e non solo una pratica di gestione della malattia. Nella persistenza di manicomi vecchi e nuovi (la percentuale di posti letto in Europa è in media di 10/10.000 abitanti, dei quali più del 60% sono in ospedali psichiatrici - WHO, 2005), la frammentazione delle strutture territoriali è un dato tipico di quasi tutti i modelli di servizio, che finiscono per confermare al ricovero ed a modalità parziali o persino ancora totali di istituzionalizzazione una centralità nel sistema.

L'approccio all'intera esistenza ("whole life approach", Jenkins, 2002), intende sottolineare che i servizi debbano orientarsi sul percorso di ripresa e di emancipazione delle persone, il che comporta un'enfasi sulla lotta all'esclusione sociale, per la cittadinanza come ricerca di opportunità e rimozione delle barriere. Tutto ciò è stato riconosciuto appunto dalla Dichiarazione di Helsinki sulla salute mentale ("...il legame pregiudiziale esistente tra i problemi di salute mentale e l'emarginazione sociale, la disoccupazione, l'assenza di domicilio fisso ed i disturbi legati all'utilizzo d'alcool ed altre sostanze").

Il Piano d'Azione della Dichiarazione di Helsinki sottolinea che l'offerta di cure efficaci, attraverso servizi aperti nella comunità alle persone con problemi severi di salute mentale deve coinvolgere tutti i sistemi sanitari nazionali e locali, lasciando al ricovero ospedaliero un ruolo assai marginale, limitato al trattamento di situazioni di rischio e di particolare gravità. Si dichiara esplicitamente che "non v'è più spazio per grandi istituzioni" che escludano ed isolino le persone sofferenti o per interventi antiterapeutici o dannosi. L'eliminazione di tutte le pratiche di questo tipo prevederebbe anche ispezioni per far cessare incurie ed abusi nei trattamenti. Si afferma altresì che i servizi comunitari debbano essere offerti nei luoghi di vita delle persone (compresi gli interventi sulla crisi), essere basati sui loro desideri e bisogni e tenere conto della loro cultura, religione, genere ed aspirazioni, esponendole altresì al più basso livello possibile di rischio ("ciò di cui hanno bisogno, quando e dove lo necessitano"). Essi devono essere accessibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, integrati, "comprehensive" ed efficienti, capaci di coprire dalla promozione alla prevenzione, alla cura ed al recupero ("recovery").

In questo quadro, l'esperienza di Trieste è stata ufficialmente nominata dall'OMS quale leader della tematica "Services Development" in Europa. Peraltro si sono stabiliti negli anni una serie di rapporti di scambio e collaborazione con esperienze, in Italia ed in Europa, che si muovono su principi e criteri operativi comuni; prima tra tutte, l'idea che i servizi debbano essere responsabili di un territorio e contemporaneamente centrati sulle persone. Una rete di esperienze-guida in salute mentale comunitaria (International Mental Health Collaborating Network ([www.IMHCN.org](http://www.IMHCN.org)), che copre già vari paesi europei, si è costituita sotto l'auspicio dell'OMS nel 2001 sulla base di principi e criteri condivisi. In particolare:

- ❑ la diffusione delle pratiche antimanicomiali, per la chiusura degli OP che ancora persistono in Europa
- ❑ il principio del servizio sulle 24 ore in alternativa al ricovero
- ❑ la continuità di cura

- ❑ l'integrazione del servizio, la sua mobilità e flessibilità
- ❑ la non selezione dell'utenza
- ❑ la partecipazione ed il coinvolgimento attivo degli utenti
- ❑ la partnership con agenzie della comunità per la risposta ai bisogni
- ❑ un adeguato investimento di risorse economiche per la salute mentale.

## **Le questioni da affrontare**

Sistemi integrati, coerenti, di servizi nella comunità/territorio, devono essere capaci di sviluppare una strategia che risponda ai bisogni di salute mentale di una determinata area territoriale. Ciò implica, ancora una volta, un'ottica ed una pratica di deistituzionalizzazione che sia volta al superamento non solo dei manicomi, ma della pratica psichiatrica corrente di "trattamento della malattia".

### **Accessibilità, o dell' "andare verso" la domanda**

La scelta del singolo punto d'accesso alla rete dei servizi, dal quale essere indirizzati poi a tutte le opportune risposte (c.d. "one-stop shop"), è senz'altro strategica; insieme ad essa, la bassa soglia alle cure (o al servizio). Entrambe tuttavia non garantiscono di per sé l'integrazione comunitaria del servizio stesso, né dei suoi fruitori. Il suo spazio operativo, sociale e perfino simbolico può infatti restare un altrove, separato dalla comunità reale. L'integrazione allora richiede altre strade: innanzitutto la ripresa di un collegamento con il non-specifico, con le pratiche sociali di individui e gruppi, con il territorio – reale o virtuale – nelle sue istanze associative, nei suoi momenti di rispecchiamento e iniziativa culturale, nelle sue "intraprese" ad alto valore sociale.

Un servizio territoriale deve dunque essere facilmente accessibile (sia fisicamente, che formalmente-burocraticamente), e rappresentare un punto di riferimento per la sua area territoriale, il che implica il suo legittimarsi in base a ciò che offre alle persone - oggi diremmo all' "utenza complessiva" (utenti primari, familiari, comunità).

Per attuare questa impostazione occorre:

a) disporre di una modalità flessibile di erogazione dei servizi stessi e di comunicazione verso l'interno e verso l'esterno, con l'utenza e col territorio. Sarà necessario quindi sviluppare uno "stile comunitario" all'interno del servizio. Ciò è possibile soltanto attraverso un'organizzazione collettiva che sviluppi in senso orizzontale le relazioni tra gli operatori, tra essi e l'utenza complessiva, ed anche all'interno di quest'ultimo gruppo;

b) tendere ad integrare le risposte sociali e sanitarie, specifiche psichiatriche e non specifiche (tutto quanto può essere utile a rinsaldare e sviluppare i legami col territorio e con la sua cultura), contaminandole assieme;

c) sviluppare all'interno del servizio una molteplicità di "recettori" per la domanda in rapporto all'ampia differenziazione che oramai oggi essa presenta: nuova e vecchia utenza, domanda di cura e di emancipazione sociale, bisogni di identità e di soggettivazione, necessità di sostegno e di assistenza, di informazione e di educazione sanitaria. Ciò richiederà differenziare funzioni del servizio e abilità in senso lato degli operatori (non solo professionalità e ruolo istituzionale) preposti a fungere da "recettori" per la domanda. Non soltanto si dovrà prevedere un ingresso specifico della domanda psichiatrica nel servizio, ma aprire possibilità di approdo a tutti quei problemi e bisogni che inevitabilmente arrivano allo stesso in quanto agenzia situata allo snodo di contraddizioni del vivere sociale.

Intendiamo pertanto il servizio territoriale come luogo non solo accessibile ma anche "attraversabile", non compartimentato nella sua fisicità e nella sua cultura istituzionale; luogo ove la "porta aperta" non è soltanto l'esito di un processo storico, ma allude ad un paradigma che sfida continuamente a lavorare in una dialettica di poteri con l'utenza, aperta

sul reale-sociale. Esso dunque si delinea contemporaneamente come spazio di accoglienza temporanea (con dotazione di letti, apertura 24 ore su 24) e come luogo di aggregazione di soggetti (l'utenza nel rapporto con gli operatori, nel rapporto e nell'integrazione con il territorio e con altri soggetti).

Un'altra componente che viene sempre più identificata come qualificante è **l'integrazione del contributo degli utenti primari e dei loro familiari nel servizio**, ad esempio nella gestione di alcuni aspetti (accoglienza, segreteria, servizi di sostegno, trasporti, anche tramite associazioni o cooperative sociali, oltre ai lavori di pulizia, manutenzione, cucina o catering assegnati tramite appalti pubblici) o addirittura come operatori tout-court (gli americani hanno coniato a questo proposito il termine "prosumer", cioè "consumer as provider") nell'area del "recovery", del self-help o per la gestione di case di crisi.

Tutto ciò si sviluppa soprattutto laddove esistono forme di partecipazione attiva e collettiva, canalizzate ad esempio in gruppi di discussione e di mutuo supporto (coi genitori, coi giovani) che stimolino ad un coinvolgimento diverso, più avanzato e responsabile, fino alla costituzione di comitati formali.

A partire da questa situazione, alcune domande "forti" che si pongono sono:

- E' possibile una cura "tutta nella comunità, in un ambiente normale di vita, dove la persona non venga estraniata da sé e dalla comunità e dunque ricondotta alla malattia, ma resti dentro la sua esperienza? I servizi sono disegnati attorno alla gestione della malattia, o meglio del comportamento sociale, o attorno alla persona e alle sue esperienze?
- E' possibile fare a meno dei letti ospedalieri attraverso servizi operanti sulle 24 ore?
- Che cosa vuol dire "servizio 24 ore"? Se è un postulato della precedente, ne devono derivare delle ipotesi di lavoro. Quali sono le più efficaci? Ad esempio Centri di Salute Mentale, o team mobili, con o senza case di crisi e family sponsor homes.

Il problema centrale non è dunque rappresentato soltanto dalla riduzione dell'uso dei letti ospedalieri, o da un'antinomia ideologica tra ricovero e trattamenti territoriali.

Le questioni concrete, per provare ad articolare le domande di cui sopra, possono essere forse indicate tra le seguenti.

1) Come costruire:

- una relazione di fiducia capace di favorire laddove necessaria la continuità terapeutica;
- una modalità di conoscenza e di relazione estensiva, nel tempo, oltre che (o più che) intensiva;
- un approccio alle persone in crisi come competenza degli operatori e come funzione di un servizio integrato piuttosto che di un solo specifico gruppo di lavoro, o comunque un legame stretto tra la gestione della crisi ed la prosecuzione del programma;
- uno stile di lavoro che si riallacci a quanto di positivo provenga dalla deistituzionalizzazione (il superamento delle barriere di ruolo, lo stare con- e l'essere con- piuttosto che la sola efficienza di azioni tecniche).

2) Come superare lo scoglio dell'ospedalizzazione nell'esperienza dell'utente disponendo di alternative che siano insieme:

- un luogo "sicuro" di riposo ("respite"), il più possibile "familiare", non situato in ambito ospedaliero, capace di alleviare il carico familiare in un modo che sia accettabile e che non risulti dannoso per l'utente primario;

- un luogo nel quale e dal quale si attuano le pratiche terapeutiche, attraverso l'integrazione dello staff di cura e nella prospettiva di meglio integrare il sé del paziente.

I risultati di una ricerca italiana multicentrica (Mezzina et al., 2001, 2005) paiono confermare l'ipotesi iniziale che i trattamenti sulle crisi acute e gravi producano esiti migliori se basati su caratteristiche strutturali e di processo quali quelle di un servizio comprensivo, integrato ed organizzato a coprire la più ampia fascia oraria. Ovvero:

1. accessibilità e flessibilità;
2. accettabilità dei trattamenti, in rapporto a stili operativi che favoriscano la fiducia dell'utente (ed importante indicatore di processo è la qualità del rapporto che si è stabilito col servizio);
3. impiego di un ampio ventaglio di risorse integrate, sociosanitarie e di rete.

Inoltre:

4. Le modalità di accoglimento alternative al ricovero ospedaliero possono essere ritenute accettabili ed efficaci, a condizione che siano inserite in servizi territoriali integrati, dotati delle caratteristiche di cui sopra, operanti sulle 24 ore.
5. La continuità di cura, per dare esiti migliori, non va disgiunta dal rapporto fiduciario e da una flessibilità della risposta in relazione alla persistenza e modificazione dei bisogni di cura nel tempo.

## Sperimentazioni

Nell'agosto 2005 un gruppo di 18 direttori di Trust inglesi (aziende sanitarie per la salute mentale) si è recato in visita a Trieste nell'ambito di un programma denominato "Whole Life" (promosso dal NIMHE East Region) che intende sviluppare un approccio alla vita della persona nella sua interezza. Il programma comprende una serie di visite ad esperienze esemplari europee e l'esperienza triestina ne è il punto focale. Nei primi mesi del 2006 si realizzeranno passaggi ulteriori in senso ancora più ufficiale con la prevista visita del Direttore Nazionale della Salute Mentale.

Ancora, rappresentanti istituzionali e delegazioni tecniche sono state ultimamente inviate a più riprese dalla Norvegia, dalla Svezia, dalla Scozia, oltre che dall'Australia, dal Giappone e molti da altri paesi.

L'interesse britannico in particolare deriva anche dalla ricerca di una nuova strada nelle politiche sanitarie che preveda modalità diverse dall'organizzazione di servizi comunitari per lo più concepiti come specialistici, e che mirano a contenere il ricorso all'ospedalizzazione senza peraltro risucirvi ed a costi non agevolmente sostenibili neppure da un budget che è da tre a cinque volte superiore a quanto si spende in Italia per la salute mentale, e che neppure comprende le spese per bisogni sociali che pure hanno in questo campo rilevanza sanitaria. In particolare la Gran Bretagna presenta, nonostante la chiusura di 116 dei 130 ospedali psichiatrici, ancora 34.000 posti letto in maggior parte per acuti (a fronte dei circa 7000 italiani tra pubblici e privati).

L'organizzazione basata su più team "specializzati", collegati funzionalmente ma dedicati ciascuno a target di utenza, identificati a seconda dei bisogni di cura (c.d. "functional approach"), è un elemento di innovazione che alcuni sistemi di salute mentale nordeuropei, ed in particolare quelli dei paesi anglosassoni, hanno fatto negli ultimi anni. L'impostazione deriva dall'osservazione di alcune esperienze americane pionieristiche (in particolare a Madison, Wisconsin - Stein e Test, 1978). La scelta è stata motivata da una valutazione di insufficienza di un approccio "generalista" (c.d. "generic teams"), in cui dei team di salute mentale comunitari non riuscivano appieno ad affrontare la domanda acuta ed a contrastare i

ricoveri. I due assi portanti di tale organizzazione sono lo sviluppo di team di trattamento domiciliare che affrontano le situazioni di crisi fino alla loro risoluzione e controllano l'accesso alle strutture di ricovero; e la definizione di team per le cure sul lungo periodo, all'interno delle quali si differenziano altri team specifici per l'affrontamento del problema del revolving door – i casi difficili e complessi che non accettano le regole del sistema e circolano costantemente all'interno di un circuito che comprende le istituzioni del controllo sociale e della sanzione (carceri, ospedali speciali giudiziari, servizi “forensic”).

La coerenza complessiva di tale sistema è affidata ad un sistema di case management che dovrebbe assicurare le transizioni tra i vari aspetti e fasi della cura, ognuna gestite da team differenti. Ciò sta comportando una serie di problemi di integrazione che verranno di seguito discussi, il cui rischio principale è rappresentato dalla perdita di visione della continuità di cura e contemporaneamente della esistenza complessiva, in quanto storia e situazione sociale e personale, dell'utente del servizio. Ciò in un orizzonte in cui la spinta dell'utenza ad essere sostenuta nella propria “recovery” ed emancipazione / cittadinanza, viene posta ormai come un diritto inalienabile.

La situazione attuale vede dunque in Gran Bretagna servizi comunitari concepiti come uffici, sedi per vari team che operano sul territorio su popolazioni-target differenti, e che non sono solitamente accessibili all'utenza (persino l'accesso fisico dall'esterno è regolato da codici di apertura delle porte). I team talvolta, in alcune esperienze avanzate come ad esempio a Birmingham negli anni '90, possono utilizzare alternative residenziali all'ospedale come piccole case di crisi, gestite da personale del servizio o da associazioni, oppure famiglie che offrono ospitalità (a pagamento del Trust) per alcuni giorni. La possibilità di utilizzare tali alternative è offerta all'utente solo dopo attenta selezione e valutazione di condizioni di rischio.

Persiste tuttavia, nonostante lo sforzo di gestione operato dai team di trattamento domiciliare o di risoluzione della crisi (vedi oltre), la difficoltà di confronto con le situazioni più complesse o che tendono a rifiutare il trattamento. Uno degli esiti inevitabili è quindi l'impiego elevato di trattamenti coatti (le varie “Sections” previste dal Mental Health Act) in condizione di ricovero, che peraltro tendono ad innescare carriere istituzionali in quanto possono durare periodi lunghi.

L'invio è sempre mediato dal medico di base (general practitioner) se si escludono le urgenze, che vedono invece le agenzie dell'emergenza, siano esse di ordine pubblico che sanitarie, come principali referenti. Il team di crisi, che agisce da filtro ad eventuali ricoveri, ricevuta la chiamata, si muove rapidamente e di solito interviene entro un'ora. La sua mission è di fare una prima valutazione (assessment) e concordare il programma, tentando ove possibile una gestione domiciliare anche con modalità intensive (fino a 3 contatti al giorno).

Non esiste dunque alcuna possibilità di accesso informale, “drop-in” appunto, che incoraggi la persona ed i referenti del suo contesto (raramente presenti o ricercati dal servizio) a rivolgersi al servizio direttamente, semplicemente ed in modo non stigmatizzante, andando ad incontrare un'équipe che prenderà in carico il problema per tutto il tempo necessario, andando a costituirsi come polo di responsabilità e di riferimento. E' peraltro degno di nota che proprio uno dei pionieri dell'approccio di crisi a domicilio, l'australiano John Hoult, che ha da 9 anni operato prima a Birmingham, a Londra ed ora nel North Essex, andando ad influenzare la modellistica prescelta dal governo inglese, abbia stimolato una sperimentazione come esito di una profonda riflessione sulle insufficienze di un approccio che non preveda alternative di accoglienza per cure intensive residenziali in ambito non ospedaliero.

Come sbocco pratico di questi scambi, in una zona a nord di Londra, nel North Essex, e successivamente anche a Cambridge, è stato richiesto il supporto di operatori di Trieste per sviluppare dei servizi sul modello del CSM 24 ore.

Piani di sviluppo in questo senso sono già in stato avanzato di realizzazione, con la definizione di una prima sede sperimentale nella zona di Epping, che ha un bacino d'utenza di circa 120.000 abitanti attualmente servito da due team di salute mentale di comunità di circa 25 operatori ciascuno, da un day unit con circa 8 operatori, e da 16 posti letto per acuti in un ospedale generale con circa 25 operatori.

Anziché puntare all'implementazione di un approccio a team come previsto dal modello di servizi del National Service Framework britannico, il progetto intende costruire un luogo immediatamente accessibile, "drop-in" (laddove questa definizione è stata utilizzata solo da parte di agenzie non governative per la gestione di programmi nella comunità a tipo club o centro diurno), un "resource centre", dotato anche di alcuni (8-10) letti, alternativo all'ospedale dove sia possibile offrire cure a persone in condizione di crisi ma anche rappresentare un riferimento stabile e quotidiano per una serie di utenti lungoassistiti. Il progetto prevede la chiusura dell'acute unit ospedaliera e l'assorbimento del day unit come funzione del "resource centre"; gli operatori vengono così reimpiegati sul territorio, andando a costituire con i team comunitari un'équipe integrata, organizzata secondo funzioni ma unitaria.

Contemporaneamente, la Scozia sta studiando il modello 24 ore ed una prima sperimentazione sarà condotta da un ONG (SAMH, Scottish Association for Mental Health) con un progetto che, "offrendo uno spettro di servizi nella comunità con interventi di vario livello e durata può permettere agli utenti un approccio non stigmatizzante alle loro crisi". Esso intende migliorare l'autogestione e la ripresa (self-management and recovery) favorendo la cooperazione dell'individuo in tutte le fasi del processo di cura come fondamentale nell'ottenere un esito favorevole. Le caratteristiche di questo "centro di salute mentale di comunità" sono:

- un centro residenziale non ospedaliero per persone con problemi di salute mentale di vario grado;
- un approccio 'open-door' alle richieste (sia dirette, da parte dell'utenza, che da parte di agenzie);
- l'offerta di diversi punti d'accesso a differenti livelli di servizio;
- l'incoraggiamento e la promozione per gli abitanti della comunità ad usare la struttura e pertanto far decrescere le questioni legate allo stigma ed all'istituzionalizzazione spesso associate con la cura del paziente acuto (la struttura dovrebbe essere indistinguibile da altre residenze nella comunità);
- l'offerta di risorse ed informazioni, gestita da utenti del servizio insieme con lo staff ("user led drop in centre");
- l'accoglienza di persona o telefonica 24/7;
- la risposta del servizio sulle 24 ore;
- l'accoglienza notturna tramite 8 posti letto (fino ad un massimo di 30 giorni);
- un servizio esterno (oureach) offerto in parallelo per supporto a casa, anche in alternativa alla permanenza sulle 24 ore e dopo la dimissione da essa.

Le differenze principali possono essere spiegate dal diverso contesto sociale, culturale e legislativo (ad esempio per quanto riguarda la questione del risk assessment), e dal concetto

di base di responsabilità verso l'area territoriale che viene assunto a Trieste ed in altre parti d'Italia da parte del servizio pubblico. Il CSM 24 ore in tal caso diventa l'unico referente per la comunità e pertanto deve far fronte a tutte le domande senza selezioni. L'uso di alcuni posti letto ospedalieri resta eccezionale. Per di più esso non rappresenta un'alternativa ma la norma della risposta in quell'area, e la sua centralità è quindi richiesta ed attivamente perseguita. Ciò può comprendere l'assunzione di alcune contraddizioni, come ad esempio il compromesso tra libertà e controllo, ma anche una serie di vantaggi, come la continuità di cura a persone che non sono disperse in altri canali del sistema, da cui poi ritornano e ricircolano.

### **L'esempio di Trieste**

A Trieste, dalla chiusura del manicomio avvenuta nel 1980, i risultati più eclatanti, già riportati dal documento dell'OMS del 2001 ("Stop exclusion - Dare to care"), hanno visto la costruzione di un sistema di servizi territoriali totalmente sostitutivi, dove è investito il 94% della spesa a fronte del solo 6% del piccolo servizio ospedaliero, con un ampio ventaglio di risposte ai bisogni, da soluzioni abitative in normali appartamenti per oltre settanta persone, ad inserimenti lavorativi (ogni anno oltre centocinquanta in formazione, di cui trenta assunti).

Negli ultimi dieci anni si è sviluppato in parallelo il sistema integrato di cure sul territorio con i Distretti Sanitari, nell'ottica dell'implementazione di progetti territoriali che realizzino sempre più tale integrazione, attraverso un'azione di indirizzo delle politiche socio-sanitarie. E' stato possibile mantenere un numero minimo di trattamenti sanitari obbligatori (uno all'anno ogni diecimila abitanti), operando costantemente per evitare l'invio delle persone negli ospedali psichiatrici giudiziari e facilitarne il rientro delle (poche) presenti. Tra i fatti più rilevanti, si segnala che un progetto di prevenzione del suicidio, iniziato da otto anni, ha contribuito ad un dimezzamento del tasso suicidario, portandolo da valori mitteleuropei a valori mediterranei (da 25 a 12 per 100.000).

Il Dipartimento di Salute Mentale garantisce che i servizi e presidi psichiatrici operanti nel territorio costituiscano un complesso organizzativo unico, evitando frammentarietà e carenze, ed assicurando lo stretto coordinamento tra i servizi stessi e il raccordo con la comunità e le sue istituzioni".

Il DSM è costituito dai seguenti servizi:

- 1) Servizi di Salute Mentale Territoriali, denominati Centri di Salute Mentale.
- 2) Servizio Ospedaliero di diagnosi e cura.
- 3) Servizio di Abilitazione e Residenze.

E' inclusa nel DSM, per le funzioni assistenziali, anche la Clinica Psichiatrica Universitaria. Lo staff è attualmente composto da 28 medici psichiatri, 10 psicologi, 9 assistenti sociali, 7 tecnici della riabilitazione psichiatrica, 170 infermieri. Tenuto conto che il bacino d'utenza della provincia di Trieste è di circa 250.000 abitanti, si configura un rapporto di circa 1 medico / 9.000 abitanti e di 1 infermiere / 1.500 abitanti. Il DSM dispone di apposito budget annualmente stabilito. Il costo dell'attuale servizio è di 15 milioni di euro annui contro (secondo alcuni calcoli, in rapporto al costo del denaro, ciò configura una spesa che si è ridotta di oltre il 50% rispetto ai 5 miliardi di lire che spendeva l'Ospedale Psichiatrico nel 1971). I Servizi di Salute Mentale Territoriali, denominati Centri di Salute Mentale, sono i servizi titolari della responsabilità dell'assistenza psichiatrica, ciascuno per un bacino d'utenza determinato. Vi sono attualmente quattro CSM per altrettante zone territoriali, ciascuna di circa 65-70.000 abitanti. In ognuna vi è almeno una sede atta ad ospitalità sanitaria diurna e notturna sulle 24 ore, con 8 letti ciascuna; una sede funzionante sulle 12 ore; ambulatori nel distretto; un certo numero di residenze collegate.

Il CSM coordina la propria azione sul territorio con i servizi sanitari pubblici, coi quali sviluppa rapporti di collaborazione, consultazione e orientamento, nell'ambito dei distretti sanitari e negli ospedali. Collabora inoltre con i servizi sociali, ed effettua interventi di consulenza nelle istituzioni giudiziarie. Il gruppo di lavoro del centro di salute mentale é composto da infermieri, assistenti sociali, psicologi e psichiatri. Ogni C.S.M. ha, tra le proprie risorse, la possibilità di erogare pasti all'utenza, presso la propria sede o in locali pubblici convenzionati.

L'attività del CSM si svolge nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7. Nelle ore notturne gli operatori assistono le persone in condizioni di crisi ivi ospitate.

I Centri di Salute Mentale hanno come compito la tutela della salute mentale dei cittadini. Rappresentano concrete alternative all'ospedalizzazione, evitando anche il ricorso al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura presso l'ospedale generale.

Il servizio di emergenza psichiatrica (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), con 8 posti letto, assolve funzioni di pronto soccorso psichiatrico, di consulenza presso i reparti ospedalieri, di filtro per le domande in arrivo al pronto soccorso dell'O. G. e, se necessaria la presa in carico, di avvio ai servizi di salute mentale territoriali. Se il paziente arriva di notte, può essere tenuto in osservazione ed all'indomani messo in contatto, od inviato, al CSM di competenza.

I Centri di Salute Mentale gestiscono e controllano direttamente l'attività dell'SPDC e si fanno carico di attivare le risposte territoriali nei tempi più rapidi possibili. L'eventuale ricovero ospedaliero, quando raramente viene attivato, va inquadrato sempre in una continuità di interventi territoriali effettuati dal Centro di Salute Mentale di competenza in modo da evitare che esso risulti separato o peggio alternativo ad essi. Anche i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) non sono prioritariamente espletati presso il servizio ospedaliero ma presso il centro di salute mentale.

### **Apertura, accessibilità, “attraversabilità”**

*Risultato importante per noi é che i Centri territoriali, non esorcizzando il livello talora precario delle loro pratiche, diventano sempre più dei luoghi di incontro di ex-internati, nuova utenza e di cittadini altri: figure che, se non hanno d'acchito un comune codice di riferimento, scoprono progressivamente il terreno della loro alleanza sostanziale, nell'emergere di bisogni e oppressioni comuni. L'altro fatto importante é che la cosiddetta 'gestione del malato', sembra uscire dal significato totalizzante che ricopriva dentro l'ospedale: l'assunzione totale della persona, l'amministrazione completa della sua vita. La fine della 'tutela', l'inizio del 'contratto', significa anche la fine di questo tipo di gestione: l'avvio della reciprocità del discorso, la possibilità di opporsi. (F. Basaglia, 1976)*

Il CSM 24 ore è dunque il dispositivo unitario, centrale, di questa organizzazione dipartimentale, che così ovvia alla consueta frammentazione dei sistemi di salute mentale comunitari e che intende dare strutturazione al lavoro terapeutico, nella consapevolezza che la terapeuticità deriva dall'insieme degli atti di un servizio; il quale si traduce, caso per caso, in un programma terapeutico personalizzato.

In quanto osservatorio che raccoglie le domande e ne riduce la frammentazione, il CSM é in grado di operare poi un decentramento progressivo delle risposte verso la comunità. Esso è, per altri versi, uno scenario per interazioni sociali complesse, e quindi deve possedere una sua intrinseca qualità comunitaria, aperta sul fuori.

Elementi preziosi del CSM 24 ore, nella loro peculiarità, ci sembrano:

1) l'ambiente terapeutico unico nel suo genere, accogliente e familiare, non medicalizzato né freddo, non troppo distante dalla quotidianità di ciascuno, che favorisce le relazioni di cura e



di scambio tra pari, e per questo utile sia nella crisi che nel dopo-crisi; sul medio periodo, in quanto favorisce la continuità di cura. Ad esempio, la gestione di una fase “subacuta” avviene spesso con l’impiego della risorsa CSM come “day-hospital” per alcune settimane. Questo tende a consolidare la relazione terapeutica e l’adesione al programma concordato, e promuove la continuità di cura successiva, aprendo ad una graduale elaborazione di fuoriuscite riabilitative utili alla ripresa ed alla guarigione. Per le strategie riabilitative, sottolineiamo l’immediato avvio di occasioni naturali di aggregazione, che possono poi rappresentare i germi di vari programmi di uscita dal Centro stesso. In definitiva, la presenza dei CSM, che sono ben accettati dall’utenza di lungo periodo, e che vanno bene anche per la crisi, specie se confrontati con gli SPDC, riduce il bisogno di programmi intensivi basati su équipe speciali perché riduce la quota di pazienti “difficili”, offrendo tra l’altro uno spazio di socializzazione che risulta strategico per prevenire la disabilità (v. ricerca CNR anni ‘80) e per facilitare l’accesso ad ulteriori programmi riabilitativi.

2) il suo rappresentare un dispositivo strategico e di formazione continua sul campo anche per l’équipe, che si ritrova tutta assieme e si integra notevolmente. Nel “luogo stesso” essa impara a praticare uno stile informale di relazione ed una modalità di lavoro flessibile; a condividere informazioni e problemi; a scambiare – in questo senso il CSM 24 ore sviluppa la relazionalità dell’équipe. Ci si addestra anche ad affrontare tutti i tipi di utenza e di situazione; a confrontare linguaggi, saperi e professionalità differenti allo scopo finale di produrre programmi efficaci, che possibilmente “risolvano” e non portino ad un revolving door, alla cronicizzazione dell’utente ed al fallimento complessivo, con successiva delega a luoghi di contenimento. Il CSM é utile per contrastare i consueti rischi di frammentazione e di separatezza, e per produrre uno stile di lavoro, una cultura terapeutica condivisa, di tipo nuovo. Lo stile di confronto continuo insegna ad avere una visione unitaria dei problemi, storico-longitudinale e prospettica, di cui l’équipe si assume la responsabilità attiva.

### **Vantaggi del CSM 24 ore**

■ **Punto di riferimento aperto 24 /24**

■ **Il personale può essere impiegato in modo elastico**

■ **Gli utenti possono ricevere un’ampia gamma di risposte**

■ **La crisi entra in contatto immediato con un sistema di risorse / opzioni anche di riabilitazione**

■ **Un’unica équipe assiste sempre l’utente e contratta con lui**

■ **Il “ricovero” può essere deciso e concordato immediatamente, senza burocrazie e rinvii, così come la dimissione**

■ **Evita la perdita immediata di contatto con la rete ed il contesto di vita**

■ **Evita la perdita di ruolo e di abilità**

■ **Riduce lo stigma del ricovero**

## **Procedure di base del CSM a 24 ore**

### **“A priori” etici**

- Porta aperta, anche col TSO
- Non sistemi di contenzione
- Con-dividere, con-vivere
- Negoziare tutto, rendere conto di tutto.

### **Spazi e relazioni**

- Minimizzare le barriere operatori / utenti
- Ridurre la compartimentazione / la proprietà dei luoghi (no al nesso ruoli / spazi)
- Fare cose normali in un ambiente normale
- Inserimento degli utenti in crisi in attività strutturate e non
- Coinvolgimento degli utenti nella gestione del Centro (telefono, attenzione alla casa, alla cucina, accompagnamento e supporto all'altro in crisi).
- Non separare i ricoverati dagli altri (sciogliere la crisi nella quotidianità)
- Personalizzare il “controllo” sull'utente problematico, fino all'assistenza personalizzata a letto.

### **Apertura comunicativa**

- Gestione collettiva delle informazioni e della comunicazione
- Case notes e lavoro d'équipe: riportate alle storie, alla discussione comune, al senso di comunità del gruppo.

### **Negoziiazione e diritti**

- Status di “ospitalità sanitaria”
- Contrattare le modalità di accoglienza, dal DH all'ospitalità diurno-notturna (ricovero)
- Ricerca continua di adesione al trattamento attraverso la relazione di fiducia

## Un confronto tra due ipotesi: servizi specializzati o integrati?

Avendo attraversato in dettaglio alcune ipotesi operative di servizio comunitario, cerchiamo ora di mettere a confronto in modo sistematico quello che possiamo definire un modello di servizio integrato e “**comprehensive**” (1) con l’approccio **specializzato** (c.d. funzionale) (2) all’organizzazione dei servizi, che è invece basato sul team. Consideriamoli rispetto a vari aspetti del processo di cura.

- (1) L’**unicità dell’équipe** è il presupposto del servizio “comprehensive”. L’équipe del CSM gestisce anche il momento del ricovero e della crisi; ogni operatore è inserito nello stesso tipo di lavoro, senza distinzioni tra lavoro “bello” e lavoro “brutto”, leggero o pesante, ecc. (2) Il servizio s. è invece basato su una divisione del lavoro tra differenti teams, ognuno dedicato ad una popolazione definita o ad un momento definito del processo di cura.
- (1) Per quanto riguarda la **direzione delle azioni** (“centrifuga” o “centripeta”), il servizio c. è basato su un luogo, il CSM, che è punto di riferimento e di aggregazione per gli utenti allo stesso modo di come lo è per gli operatori. In questo senso non è un punto di trattenimento, di contenimento, ma di attrazione perché rappresenta un momento di sostegno alla vita quotidiana e ai bisogni degli utenti stessi. (2) La direzione del servizio s. è invece verso il fuori, esso non ha un luogo ma il suo luogo è per definizione la comunità, che è il luogo dove si svolgono la maggior parte degli interventi, ad eccezione di una quota di lavoro ambulatoriale.
- (1) L’**accessibilità** è intesa dal servizio c. nel senso che la struttura, il luogo ed anche gli operatori sono immediatamente accessibili, senza filtri né agenti di invio istituzionali obbligati. Il servizio è walk-in, drop-in; allo stesso modo l’afflusso delle domande e delle richieste di intervento e di cure è diretto; ciò non vuol dire che il servizio non si muova verso, non abbia attività domiciliare, interventi di rete ed anche interventi di crisi. (2) L’accessibilità nel caso del servizio s. è più riferita al team, ossia legata alla mobilità effettiva dello staff, dal momento che non c’è di solito un luogo di approdo.
- L’**accuratezza delle cure** è probabilmente maggiore nel caso del servizio s., dove la divisione del lavoro porta a costruire procedure più automatiche ed a ridurre i argini di incertezza e di indefinitezza. Ciò rischia tuttavia di accentuare anche il rischio di istituzionalizzarsi.
- (1) La **conoscenza di un caso** del servizio c. si estende potenzialmente sull’arco della vita di quel determinato utente, dal momento che la relazione terapeutica che si stabilisce col servizio è tendenzialmente continua. (2) Nel servizio s. tale conoscenza è probabilmente più intensiva, dettagliata, ma sul tempo di vita tende a rischi di discontinuità, dal momento che ogni team non gestisce tutti i momenti del ciclo di cura.
- (1) La **continuità di cura** è basilare nel modello c. e può essere mantenuta abbastanza agevolmente, mentre per (2), pur essendo ottima all’interno del trattamento di un singolo team, può diventare problematica quando e se l’utente viene “passato” da un team all’altro, ad esempio in una fase di crisi.
- (1) Rispetto all’**efficacia nel contrastare il ricovero**, il servizio c. gestisce ogni passaggio, inclusa l’accoglienza diurno-notturna nel CSM 24 ore, mentre (2) il servizio s. è costretto a delegare poi allo staff del reparto di ricovero e dunque la sua efficacia nel ridurre i ricoveri appare soggetta spesso a decisioni cruciali (dentro fuori, tutto o nulla). Vi è quindi un rischio di “manicomio”.

- (1) La **cultura terapeutica** nel primo modello é fondata sulla risposta ai bisogni quotidiani e primari, essendo improntata ad una visione psichiatrizzante e “globale” della cura. (2) Nel secondo, la risposta ai sintomi appare ancora dominante, v’è il rischio di psichiatrizzare ossia di estendere le aree di controllo dei comportamenti; la cultura terapeutica è più multidisciplinare, eclettica, che unitaria.
- (1) La **relazione terapeutica** del modello c. é improntata alla massima “normalità” possibile dei rapporti tra operatori ed utenti, e dunque si muove in un’area tendenzialmente deistituzionalizzata o almeno influenzata dalla cultura della deistituzionalizzazione. (2) Nel modello s., essa appare più professionalizzata, ispirata maggiormente ad un’ottica di “servizio”, alla prestazione corretta da fornire all’utente.
- Il **carico di lavoro** sugli operatori é difficile da quantificare in misura differenziata nei due modelli, ed appare comunque come un’area a indagare. L’équipe sostiene maggiormente il singolo, ma l’assunzione di responsabilità individuali in un lavoro definito da “a” a “b” è perciò forse più lieve.
- L’**uso delle risorse umane** appare maggiore nel servizio c. perché il potenziale degli operatori viene maggiormente messo in circolo.
- La **flessibilità del servizio** nel suo insieme, quindi non per ciascuno dei team, è maggiore nel primo tipo di servizio, laddove ciascun operatore può essere chiamato a fare qualsiasi atto o gesto terapeutico od assistenziale; e così è pure più facile spostare risorse umane da un aspetto all’altro, da un programma all’altro. La flessibilità non sempre garantisce di tradursi in un adeguamento costante delle cure ai bisogni (modello non preformato).
- (1) I **residui operativi** non sono previsti nel servizio c.: bisogna affrontare i fallimenti, cambiando i programmi individuali in corso, fino a prevedere situazioni di cura di lungo termine senza ricorrere all’istituzionalizzazione (es. gruppi-appartamento). (2) Nel modello s., il rischio di delegare i casi difficili all’ospedalizzazione, e quindi al manicomio vecchio e nuovo, è alto, proprio perché il sistema difetta in flessibilità complessiva.
- (1) L’**integrazione con i programmi e le attività a carattere riabilitativo** é massima nel primo modello, dal momento che esse sono gestite dalla stessa équipe in collaborazione con chi gestisce gli specifici programmi, mentre non vi sono luoghi separati o tipologie di utenti separate.
- (1) La **creazione di reti**, il fare comunità” per gli utenti prevede nel modello c. che si operi per la costruzione di nuove reti, promosse dal servizio stesso; (2) nel secondo si preferisce l’utilizzo di reti comunitarie esistenti o fornite da organizzazioni di volontariato.

## Conclusione

Un servizio “drop-in”, accessibile sulle 24 ore opera una scelta forte e significativa che determina una trasformazione profonda dell’operatività e della filosofia del servizio territoriale, che, ponendo al centro la crisi dell’utente, opera funzioni di asilo, di protezione e di recupero.

Possiamo definire questo servizio come spazio di transizione e di mediazione, ma saldamente radicato nella realtà dell’esperienza sociale delle persone; come luogo di mediazione, di recupero e di riposo, ma in netta alternativa al ricovero ospedaliero e alla sua pratica di decontestualizzazione sociale delle persone che attraversano l’esperienza,

omologandone le singolarità e comprimendone le soggettività diverse in un sistema di regole e codifiche.

Il servizio “aperto ed attraversabile” diventa così uno strumento formidabile di risposta alla crisi, proprio poiché può attivare immediatamente una serie di risorse, favorire una vicinanza con la persona, produrre una rete immediata di relazioni che è importante per essa. L’assunzione della contraddizione del ricovero all’interno di un servizio siffatto, grazie alla scelta delle 24 ore, permette così soprattutto la scomposizione dei bisogni che sottostanno alla forma-ricovero in salute mentale, e quindi una loro visibilità.

Inoltre tale servizio può moltiplicare le possibilità di offerta terapeutica e le risorse fruibili, se opera attraverso la flessibilità delle risposte, il coinvolgimento di una pluralità di soggetti nell’operatività quotidiana, l’utilizzo di risorse plurime. In altre parole, servizi territoriali concepiti in questo modo permettono tendenzialmente di vedere in modo articolato i bisogni, riportandoli immediatamente alle situazioni di vita, e di ridiscutere continuamente i rischi di meccanicità nelle risposte terapeutiche, di induzione di percorsi terapeutici frammentati e di deriva sociale.

In questo senso vanno viste le possibilità di uso quotidiano del servizio come area sociale di scambio, l’elaborazione di programmi personalizzati, l’identificazione di soluzioni - mai definitive - di vita e di convivenza, l’accesso a progetti formativi e a stimoli di socialità. Tutto ciò sarà il fulcro allora di un programma riabilitativo per contrastare le forme di cronicizzazione e favorire i percorsi di ripresa.

Attraverso questi passaggi si arriva dunque alle possibilità di incidere sulla costituzione stessa della domanda psichiatrica, e perfino sulle stesse modalità di presentazione e di espressione della sofferenza psichica. Essa tende sempre più a modularsi su questa disponibilità a fornire aiuto, e la paura associata allo stigma della psichiatrizzazione, della coazione, dell’invalidazione, può allora assottigliarsi ed a scomparire.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Basaglia F. (1977) La chiusura dell’ospedale psichiatrico. Conferenza stampa. Archivio Centro Studi Regionale Salute Mentale – Friuli Venezia Giulia.

Dell’Acqua G., Mezzina R. (1988) Risposta alla crisi. Strategie e intenzionalità dell’intervento nel servizio psichiatrico territoriale, in *Per la salute mentale*, 1/88.

Dell’Acqua G., Mezzina R. (1991) Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa, in *Riabilitazione Psicosociale in Psichiatria*, Atti del II Congresso Nazionale della S.I.R.P., Idelson, Napoli,.

Gallio G., Mezzina R. (1988) Il funzionamento del servizio psichiatrico territoriale nelle 24 ore, in *La questione psichiatrica*, Atti del Convegno di Pordenone, Centro Studi Regionale Friuli-Venezia Giulia.

Hoult J. (1986) The community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149: 137-144.

Hoult J., Rosen A. & Reynolds I. (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science and Medicine*, 11: 1005-1010.

Jenkins J. (2002) The whole life programme. NIMHE East Region, Colchester (draft paper).

Mental Health Policy Implementation Guide (2001). UK Department of Health, London.

Mezzina R.: La globalizzazione e la sfida per i servizi di salute mentale. La strategia della Rete Internazionale". In Fogli d'Informazione 197, "Psichiatria Democratica trent'anni", novembre 2003.

Mezzina R., Vidoni D., Miceli M., Interlandi G., Accetta A., Crusiz C., Sindici C. (2001) Crisi e presa in carico territoriale: studio multicentrico longitudinale di processo e di esito. In: Progetto Nazionale Salute Mentale, Rapporto Conclusivo. Rapporto ISTISAN, 01/27, Istituto Superiore di Sanità, 162-168.

Mezzina R. (a cura di) (2005) Crisi psichiatrica e sistemi sanitari. Una ricerca italiana. Asterios ed., Trieste.

Minghella E., Ford R., Freeman T., Hoult J., McGlynn P.E., O'Halloran P. (1998): Open all hours. 24-hour response for people with mental health emergencies. The Sainsbury Centre for Mental Health.

Rotelli F., DeLeonardis O., Mauri D.: "Deistituzionalizzazione, un'altra via", in Venti anni di Fogli d'Informazione, a cura di Tranchina P. e Pirella A., Centro di documentazione Pistoia, 1992.

Rotelli F., Dell'Acqua G. (1994): Trieste venti anni dopo: dalla critica delle istituzioni della psichiatria alle istituzioni della salute mentale. Psychopathologia, vol XII, 2-3, 1-13.  
Weick, K. E. (1997) Senso e significato nell'organizzazione. Cortina, Milano.

Stein L. I. & Test M. A. (1978) An alternative to mental hospital treatment. In Alternatives to mental hospital treatment (eds. Stein L.I., Test, M.A.M.A.). New York: Plenum Press.

WHO (2005) Mental Health Atlas 2005 ([www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/))

WHO (2005) Mental Health Declaration for Europe: facing the challenges, building solutions. EUR/04/5047810/6.

WHO (2005) Mental Health Action Plan for Europe: facing the challenges, building solutions. EUR/04/5047810/7