

I Terna Nord

II Incontro presso la CT “Cascina Cantalupa” di Milano (MI)

09 ottobre 2012

Partecipanti:

Mito & Realtà:

- Marta Vigorelli, presidente dell'associazione
- Paola Cesari verbalizzatrice

Comunità Terapeutica “Il Porto”:

Marta Abbondanza (psicologa, governante della casa)

Matteo Biaggini (psicologo UFA e resp. Attività culturali)

Nicola Pirisino (psicologo UFA)

Giovanna Migliardi (psicologa Unità per disturbi da psicosi)

Luca Freiria (psicologo psicoterapeuta Unità per disturbi da psicosi e membro del gruppo accoglienza)

Marco Lussi (educatore Unità per disturbi da psicosi)

Paola Borgarello (psicologa vice resp dell'unità per disturbi di personalità)

Silvia Cerrone (psicologa unità per disturbi di personalità e membro del gruppo accoglienza)

Patrizia Giannini (psicologa, psicoterapeuta resp del servizio accettazione)

Comunità Protetta “Cascina Cantalupa”:

- Roberta Pierleoni, IP
- Carmine Pasquale Pismataro, psichiatra
- Cecilia Ranieri, educatrice

- Marco Pace, educatore

Comunità Terapeutica “Villa Santa Maria”:

- Giuseppina Contri, direttore sanitario
- Mara Franchini, coordinatore
- Simon Finocchietti, psicologo
- Alessia Romeo, educatrice

Durante l’incontro sono emersi alcuni punti e aree maggiormente degne di riflessione condivisa, molte delle quali influenzate dalla differenza di organizzazione tra comunità private e comunità pubbliche incluse in un Dipartimento di Salute Mentale; con questo tema viene introdotto l’incontro, con il particolare interesse di favorire il confronto costruttivo di realtà diverse sotto molti aspetti.

“Modalità di compilazione del ViVaCOM”

Il manuale è stato presentato in visione a tutti gli operatori a luglio, dopodiché si sono organizzati autonomamente tre gruppi di lavoro che hanno prodotto quattro stesure differenti, che sono state poi ulteriormente elaborate ad un secondo livello con tutta l’equipe; ciò ha permesso la decisione di un punteggio finale condiviso, medio rispetto alle prime stesure, già momento di confronto e mediazione.

“La Comunità tra pubblico e privato”

Come riportato dalla Comunità Cascina Cantalupa, la diversa inclusione delle Comunità pubbliche in una struttura più ampia e in cui è possibile una maggiore differenziazione di ruoli e responsabilità, ha dei risvolti importanti a livello pratico e nella gestione del lavoro comunitario che differenziano le comunità pubbliche da quelle private.

Essa riconosce di avere una quota minore di ansia relativa alla necessità di saturare i posti letto all’interno della struttura e una facilitazione nel contatto con gli invianti che, nella maggior parte dei casi sono rappresentati dai CPS dello stesso Dipartimento di Salute Mentale, cosa che favorisce anche il monitoraggio e l’integrazione dei progetti riabilitativi dei pazienti.

Anche il reperimento del personale viene fatto tramite concorso interno, attraverso una candidatura volontaria e dunque fortemente motivata.

Inoltre non vi è la possibilità di accedere alla struttura direttamente, pagando come privati la quota; infatti in questo caso gli invianti rappresentano anche i finanziatori, nel senso che sono loro stessi ad inoltrare la richiesta per il pagamento della quota all'U.S.S.L..

Questa struttura sovraordinata del DSM, che include a volte anche CPA, CPM e CPB (sulla quale il comune di Milano ha particolarmente investito) permette di mantenere una continuità tra **le attività**, che spesso vengono fatte in collaborazione con la residenzialità leggera del S. Paolo, **le relazioni**, favorendo la relazione ambulatoriale con il Centro territoriale di riferimento di ogni singolo paziente per colloqui psicologici, controllo della terapia e prestazioni socio-assistenziali, e **il territorio**, sul quale si articolano diverse strutture con modalità e fini differenti che si integrano in quello che è il percorso riabilitativo del paziente.

Il Porto sottolinea come spesso “l'isolamento” delle strutture private rischia di rappresentare un ostacolo al percorso riabilitativo stesso; viene riportato come spesso i diversi ruoli e finalità degli interventi si articolino all'interno della stessa struttura, cosa rendendo a volte difficile la distinzione di determinati ruoli e scopi, nonché rischiando di innescare vissuti persecutori da parte dei pazienti.

Ad esempio per quanto riguarda gli *inserimenti lavorativi*, la cascina Cantalupa si avvale di un'agenzia che risulta indipendente dalla CT, ma che fa capo anch'essa all'Azienda Ospedaliera San Paolo, mentre si avvale di un gruppo riabilitativo chiamato “Cantala” della durata di sei mesi (in collegamento con ALA del Comune di Milano), che risulta propedeutico al percorso di inserimento lavorativo. Questo permette ai pazienti di sperimentare e osservare le loro reali risorse e di apprendere di nuove, mettendoli nella condizione di pensare alle indicazioni/controindicazioni di un percorso di inserimento lavorativo, senza che questa venga vissuta come una decisione imposta da chi si trova nella posizione di potere rispetto al loro percorso terapeutico riabilitativo, come sottolinea la Comunità Il Porto.

Anche la *durata dei progetti riabilitativi* risente dell'influenza della differenziazione pubblico/privato; Cascina Cantalupa espone come i progetti riabilitativi siano articolati su 3 anni, rinnovati annualmente e strettamente connessi con la possibilità di reperire risorse esterne e di costruire un futuro fuori dalla comunità. Questa possibilità risulta più facile con

l'inclusione in una struttura più ampia quale il DSM in cui sono presenti servizi diversi e integrati mentre risentono maggiormente dell'isolamento le CT private le quali si trovano spesso esposte ad una più forte contrattazione sul costo del paziente e in cui si riscontrano maggiori difficoltà nel coinvolgere servizi territoriali che mantengano una continuità nel progetto riabilitativo.

Il Porto sottolinea come, nell'ultimo periodo siano stati attivati anche progetti di soli sei mesi, resi ancor più difficili dalla lontananza fisica del territorio di provenienza del paziente, che spesso in comunità si trova ad essere fuori dalla regione o città di provenienza.

Anche la comunità Villa S. Maria riporta queste difficoltà, ritrovandosi ad intraprendere progetti di tre mesi rinnovabili oppure di sei mesi non rinnovabili.

“Protocollo di emergenza e inserimento dei pazienti”

La Comunità Cascina Cantalupa presenta come requisito, in quanto comunità a media intensità, la mancanza di personale notturno e di conseguenza presuppone una certa autonomia da parte dei pazienti rispetto a tematiche quali assunzione della terapia, rispetto delle regole, capacità di fronteggiare situazioni di emergenza.

Questo tema, di rispetto delle regole, già emerso nel primo incontro, porta la discussione sul come la presenza di un protocollo di emergenza e di una discussione costante e condivisa delle regole possa portare, oltre a garantire il rispetto delle stesse, ad una gestione migliore e iniziale di pazienti anche meno autonomi e che quindi non risulterebbero idonei alla permanenza in un centro a media intensità terapeutica.

La prassi negli inserimenti della comunità milanese prevede un invio da parte del CPS di una relazione, discussa poi in una microequipe composta sia da operatori della comunità che del CPS inviante.

Dopo la decisione presa durante la riunione d'equipe parte un periodo di prova di un mese, preceduto da tre giornate di ambientamento del candidato.

Il vincolo dell'autonomia dei pazienti dovuta alla mancanza di personale notturno, la condivisione del protocollo per le emergenze e il lavoro sulla compliance al trattamento farmacologico che diventa parte integrante e fondamentale del percorso terapeutico, intrapreso in collaborazione con il CPS inviante, hanno permesso l'ingresso a pazienti che inizialmente mostravano solo una parziale autonomia nella gestione della terapia,

avvalendosi della collaborazione con il gruppo dei pazienti residenti; questo loro coinvolgimento sembra aver prodotto risultati molto positivi, sia nei nuovi ospiti che nei pazienti alle quali veniva affidata questa responsabilità di condivisione del rispetto delle regole e il fronteggiamento delle emergenze.

Il protocollo delle emergenze viene diffuso ai partecipanti della terna di CT, e riguarda emergenze di tipo strutturale/ambientale, relazionali (comprese le relazioni con il vicinato e il territorio), sanitarie generiche, sanitarie psichiatriche ed eventuali intrusioni.

Una parte riguarda strettamente il personale, mentre una parte è a disposizione dei pazienti insieme ad un numero di telefono di servizio che viene lasciato a loro disposizione durante la notte, assieme ad un cellulare, per eventuali emergenze non gestibili in autonomia.

Inoltre ai residenti è data “la chiave” per entrare e uscire liberamente (ma in modo concordato) dalla CT; questo oggetto concreto-simbolico rappresenta un’azione-parlante che richiama, sia le indicazioni di Racamier che di Sassolas, relativamente alla responsabilizzazione e allo stimolo a usare costruttivamente della libertà.

“Lavoro di rete: responsabilità reali e presunte delle Comunità Terapeutiche”

Questo tema nasce dalle difficoltà riscontrate durante la compilazione del manuale che riguardano principalmente le aree 1 e 8.

Tutti i rappresentanti delle tre comunità riferiscono difficoltà nella gestione dei rapporti con i servizi territoriali, anche se con dei distinguo.

Infatti la ricezione di pazienti da parte di altre regioni, per quanto riguarda il Porto e Villa santa Maria, pone un ulteriore accento sull’impossibilità di incontri di rete frequenti e rimanda alla sottile differenza tra una totale dislocazione del paziente in un territorio diverso da quello originario e un periodo di transizione con l’integrazione dell’intervento comunitario all’interno di un più ampio progetto terapeutico che coinvolge e i servizi territoriali di provenienza.

Questo problema rimane meno evidente, anche se presente, in una comunità che riceve utenti per lo più dal DSM a cui fa riferimento.

In ogni caso tutti sottolineano come sia necessario un ruolo attivo e a volte molto difficoltoso da parte delle comunità nel promuovere e mantenere un lavoro di rete con i servizi.

Questo ruolo da parte delle CT anche se a volte risulta importante per far emergere rigidità e attivare risorse all'interno dei servizi invianti, dall'altro lato risulta molto dispendioso in termini di tempo e risorse.

Viene proposta una modifica dell'item 1.2, ponendo come limite per il punteggio 3 un incontro ogni 3 mesi e per il punteggio 5 un incontro mensile.

Si riflette anche sulla possibilità di includere i colloqui telefonici in un item specifico, che a volte sostituiscono gli incontri, quando questi risultano impossibili.

ITEM NUOVO: promozione attiva dei contatti telefonici con i servizi; aggiornamento telefonico:

3pt per aggiornamenti ogni due mesi

5pt per aggiornamenti mensili o quindicinali

Cascina Cantalupa sottolinea come, nonostante sia stato assunto un ruolo attivo da parte degli operatori nel promuovere i contatti con i servizi, spesso questo risulta difficoltoso, e quindi il risultato è insufficiente.

Quello che sembra emergere dalla discussione è una mancanza di condivisione dei progetti da parte dei servizi, che hanno spesso priorità diverse così come differenti mandati; le difficoltà di elaborare un progetto più ampio insieme alle diverse parti coinvolte rischia di isolare l'intervento terapeutico comunitario. Questo da una parte sembra essere un rischio, mentre dall'altra enfatizza l'importanza che un buon percorso comunitario ha nel promuovere un cambiamento nel paziente che poi si mantiene anche all'interno di un contesto territoriale non sempre integrato nel progetto terapeutico.

Una parte importante del lavoro di rete è quella di trasmettere ai servizi territoriali quali siano i cambiamenti e i progressi raggiunti dal paziente e i risultati del percorso fatto; spesso queste comunicazioni risultano essere, a detta dei rappresentanti delle tre comunità, poco efficaci. Viene riportato come, a fronte di aggiornamenti costanti, i servizi territoriali rimangano legati, per motivi diversi, alla visione del paziente che precede il percorso comunitario.

Ci si interroga dunque su quali siano le modalità da utilizzare nella comunicazione del percorso fatto dal paziente e su come contrastare queste *difficoltà di condivisione del progetto terapeutico*.

Un altro aspetto che viene sottolineato che si collega alle domande rimaste aperte sul coinvolgimento dei servizi esterni alla comunità è quello della tendenza alla delega fatta alla comunità da parte dei servizi, quando questa fornisca al paziente servizi efficaci e diversificati che spesso si sovrappongono, per la loro offerta, a quelli deputati a diversi servizi presenti sul territorio, oppure in caso di decisioni che riguardano ambiti diversi da quelli trattati in comunità ma che spesso risentono dell'influenza della patologia di cui i pazienti soffrono (capacità di guida, pericolosità sociale, tenuta lavorativa, capacità genitoriali).

Viene rimarcato dalla comunità Cascina Cantalupa come sia importante per la comunità promuovere il costante coinvolgimento e ruolo attivo dell'ambiente esterno, e delimitare all'ambiente comunitario solo gli interventi di sua competenza; questo permetterebbe di rimandare anche ai pazienti, i diversi ruoli da loro assunti, non relegandoli a quello di malati, ma anche di cittadini, lavoratori, ecc.

“La ricerca in comunità come elemento di confronto”

Constatate le carenze nell'utilizzo della ricerca come punto di confronto continuo sul lavoro fatto, riportate da Cascina Cantalupa, dal momento della dismissione del nucleo per la valutazione della qualità del servizio offerto, necessaria per l'accreditamento, avviene un fruttuoso confronto sull'iniziativa di ricerca intrapresa recentemente dalla comunità Il Porto; viene enfatizzato il ruolo della ricerca come elemento di feedback sul percorso fatto dal paziente, e di conseguenza dell'efficacia degli interventi, presentando a) uno studio longitudinale che riguarda la valutazione del funzionamento del paziente in diverse aree (livello di funzionamento, coping, consapevolezza) in diversi momenti della permanenza nella struttura, dal momento dell'arrivo ogni sei mesi fino alle dimissioni, che ha avviato una valutazione di routine per ogni ospite. B) e uno studio di follow up di un gruppo di pazienti dimessi con interviste a loro, ai familiari e inviati.

La discussione sottolinea come proprio il Visiting possa promuovere uno scambio non solo di esperienze, ma anche di strumenti di valutazione e pratiche utili per il miglioramento della qualità in modo da creare nel tempo procedure comuni di confronto.