



U.R.A.S.A.M. *Lombardia* - Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale
Corso Garibaldi, 127- 20121 Milano
Tel.: 02-39265792 - Fax: 02-33006364 –e-mail: urasamlombardia@gmail.com
V.Canzian Tel. 347 7035105
C.F. 97263540151

Contributo Urasam per il nuovo CPS di Lecco

CPS luogo di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale

“Come potremmo disegnare i luoghi della cura che negando quotidianamente la loro pretesa sanitaria, diventino luoghi di transito, piazza, mercato? Luoghi intenzionati a favorire lo scambio, l’incontro, il riconoscimento reciproco. Luoghi che vogliono vedersi abitati non (soltanto) dai “pazienti”. Luoghi che progettano, costruiscono e curano un *dentro* senza mai perdere di vista il *fuori*. Anzi è l’attenzione ossessiva al fuori che pretende la cura del dentro. Luoghi, ma anche reti di relazioni, che si collocano tra il *dentro e il fuori* e disegnano *una soglia* in una sorta di contiguità tra la casa delle persone, la città, gli spazi collettivi. Progettare e costruire un servizio di salute mentale (un centro di salute mentale) non può significare altro che rendere visibili, praticabili, abitabili le *soglie*.” (da “aut aut” n. 357/2013, *La diagnosi in psichiatria*.)

Quelle descritte sopra sono caratteristiche che preludono a criteri sociosanitari che dovrebbero governare la salute mentale, in cui non vi è separazione tra il dentro e il fuori. Luoghi con tali caratteristiche *di soglia* e del suo attraversamento prefigurano la costruzione di strumenti di conoscenza, di cura e di supporto alla vita delle persone che vivono una condizione di sofferenza mentale, favorendo un processo di evoluzione soggettiva e collettiva di passaggio dalla “malattia” a una nuova identità personale, professionale e della politica in cui ritrovarsi.

Presuppongono l’uscita dal paradigma in cui l’oggetto della psichiatria sia la pericolosità o la malattia intesa come qualcosa che sta nel corpo o nella psiche della persona, verso un orizzonte in cui l’esistenza e la sofferenza/malattia è in relazione con il corpo sociale. La meta da perseguire non sarà tanto la “guarigione” secondo il paradigma medico/sanitario, bensì “l’emancipazione” del soggetto, lo sviluppo della singolarità a partire dalle difficoltà e impasse personali, dalla relazione con il proprio simile e con il sociale.

La de-istituzionalizzazione è stata negli anni 70 la condizione sine qua non per la riappropriazione delle singolarità delle persone e per l’acquisizione di cittadinanza. Il percorso che via via si è radicato nelle regioni, ad eccezione di pochi esempi meritevoli di imitazione, invece di percorrere la strada di un vero reinserimento sociale ha piuttosto ripercorso a ritroso i sentieri di nuove forme di istituzionalizzazione. Ne sono un esempio le comunità residenziali e semi-residenziali che si configurano più come luoghi di intrattenimento che di interazione con l’esterno; luoghi acceleratori di cronicità, moltiplicatori di stigma, produttori di esclusione e mortificatori della dignità personale. La de-istituzionalizzazione, de-costruendo i vecchi luoghi della malattia (i manicomi) “ha riportato in scena persone e storie, bisogni e relazioni, contesti e quotidianità”.

La contingenza che porta Lecco a confrontarsi con la realizzazione ex novo di un CPS, non può che rappresentare una occasione di una riflessione sullo stato dell’arte e un pensiero lungimirante sul tipo di servizi di salute mentale che si desiderano realizzare.

Le finalità terapeutiche non sono separabili dalle scelte strutturali, edilizie, urbanistiche del luogo, che deve garantire alle persone l’ospitalità, favorirne l’attraversamento e

l'appropriazione, superando la sottomissione e l'assoggettamento cui solitamente inducono i luoghi di cura, le pratiche e il rapporto asimmetrico medico-paziente, cui per la maggior parte ancora oggi assistiamo (camice bianco compreso). Il primo, il medico, avrebbe il sapere cui il secondo è chiamato passivamente alla "compliance", all'aderenza alle cure farmacologiche e non, mentre sarebbe auspicabile arrivare ad una "concordance", ovvero al coinvolgimento della persona nelle decisioni che contemplino spazi di negoziazione, autonomia, co-decisione nella costruzione del Piano di Trattamento Individuale.

Il CPS dovrebbe essere infatti "un luogo dove le persone, senza la paura del confine che si chiude alle loro spalle, possono entrare per dire il proprio male, farlo sentire, dividerlo. Un confine aperto che garantisce sempre il ritorno." (Peppe dell'Acqua, *Non ho l'arma per uccidere il leone*)

Ovvero, un progetto nuovo di CPS, nel vero senso del termine, non può realizzarsi senza comprendere il senso di questa "traversata", di questo "Esodo" verso la nuova "Terra Promessa" su cui fondare il lavoro critico degli psichiatri e degli architetti e degli altri interlocutori quali le persone con esperienza, i familiari, le associazioni ed eventuali altri, intorno ai saperi, alle tecniche, ai contesti in cui si vuole operare.

In particolare tale luogo deve garantire :

- la continuità e l'appropriatezza di "cura" con relativa riduzione il più possibile delle recidive ed i ricoveri in SPDC;
- l'inserimento sociale ed il relativo accompagnamento negli ambiti di vita delle persone con esperienza di disagio psichico e dei loro familiari.

La legislazione nazionale e regionale

A questo proposito vale la pena richiamare alcuni compiti imprescindibili previsti dalle leggi nazionali e regionali.

Per la legislazione nazionale in particolare:

1- Il Progetto Obiettivo 1998-2000 in riferimento al DSM e al CSM (CPS in Lombardia).

Funzioni generali della direzione del DSM

" ... Promuove attività di prevenzione primaria, tramite ricerche ed interventi sulle culture ed i contesti di rischio. Assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, anche al fine di garantire gli interventi di emergenza/urgenza 24 h su 24 in ogni giorno dell'anno. Assicura, inoltre, la prevenzione e la verifica degli interventi preventivi, la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ (Miglioramento del Controllo di Qualità) I DSM adotteranno, ... linee guida e procedure di consenso professionale per un buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi:

- criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO;
- criteri, frequenza e modalità di effettuazione degli interventi domiciliari e negli ambienti di vita e di lavoro dei pazienti;
- riconoscimento e trattamento degli effetti collaterali dei farmaci;
- modalità di coinvolgimento e di sostegno alle famiglie;"

Il Centro di Salute Mentale

" Il CSM è la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e la sede del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di

competenza, tramite anche l'integrazione funzionale con le attività dei distretti.

In particolare il CSM svolge:

- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi personalizzati, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete", **ed eventualmente anche residenziali**, nella strategia della continuità terapeutica;
- esso è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per sei giorni alla settimana. “

2- Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale 30/1/2013

“ Qualora occorresse, potrebbero essere implementati, o istituiti ove non presenti, posti letto accessibili sulle 24 ore nei CSM territoriali, al fine anche di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione in SPDC delle situazioni acute e sub-acute: a tal fine, nei CSM dovrebbero concentrarsi interventi di implementazione del coinvolgimento della rete sociale nel contesto di vita del paziente, il supporto dell'associazionismo no-profit che opera nella salute mentale, e soprattutto l'offerta di opportunità di inserimento lavorativo nelle forme più idonee ai diversi livelli di disabilità psichica.”

Per la legislazione regionale:

Regole regione Lombardia 2015 (DGR 2989/2014)

- ... attuare una revisione dell'attività dei CPS, coerente con i percorsi territoriali di cura, individuando modalità di funzionamento atte a soddisfare le attuali esigenze di accessibilità, specificità e integrazione, in risposta sia ai bisogni delle patologie più severe (mission prioritaria), sia alle nuove domande;
- favorendo la riconversione della spesa dalla residenzialità ad alta protezione verso forme di residenzialità leggera e/o **modelli innovativi e a forte integrazione socio-sanitaria**.

Il PO nazionale assegna dunque al CSM la funzione di operare con approccio corrente all'integrazione socio-sanitaria “tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di “rete”, **ed eventualmente anche residenziali**, nella strategia della continuità terapeutica.

Ugualmente la Commissione parlamentare d'inchiesta del 2013 richiama l'istituzione di posti letto sulle 24h nei CSM.

Le Regole 2015 di RL richiamano a una revisione delle attuali attività del CPS per renderli più coerenti con i percorsi territoriali di cura, a forte integrazione socio-sanitaria e più rispondenti a soddisfare le “ attuali esigenze di accessibilità, specificità e integrazione, in risposta sia ai bisogni delle patologie più severe (mission prioritaria), sia alle nuove domande”.

Le caratteristiche strutturali che si richiedono

Potremmo dire che le caratteristiche richiamate all'inizio quali *soglia, dentro e fuori, luogo di transito, di piazza, di mercato, luogo di cura ma anche di incontro, di possibilità di relazione, di produzione di cultura,...di spazio da attraversare, da vivere e di cui*

appropriarsi, si sposano con quanto previsto e richiesto sia a livello nazionale che regionale in riferimento all'integrazione socio-sanitaria.

Pensare e progettare oggi un CSM (CPS) con tali caratteristiche "significa disarticolare completamente il paradigma della medicalizzazione, interrogarsi sulla natura della malattia, ascoltare le persone che vivono l'esperienza della malattia per scoprire alla fine che i luoghi della cura altro non sono che i luoghi del quotidiano".

Il CPS, oltre a essere per eccellenza un luogo di accoglienza, per l'eterogeneità delle persone che lo frequentano e lo attraversano, persone con esperienza, familiari, medici, infermieri, operatori vari, cittadini, il c.d. buon vicinato, ecc., è soprattutto "un insospettabile campo di contraddizioni (inconciliabili), di ricerca di singolari possibilità, di resistenza. È il luogo della indefinizione, della de-costruzione, dell'incertezza. Ma anche il luogo della rassicurazione, della ricomposizione, della riflessione. La vivibilità del centro deve fare i conti con tutto questo. Garantire l'attraversabilità, la contaminazione e l'uso collettivo degli spazi e la possibilità di un uso riservato, privato, sicuro. Gli infermieri, i medici, i *pazienti*, i familiari giocano su un'immagine di sé, della malattia, del ruolo *inconciliabile* con il progetto di centro di salute mentale. Ognuno fa fatica a condividere la visione dell'altro. Tenere aperto questo campo, garantire la diversità, l'inconciliabilità, l'insieme delle voci diverse – l'eterofonia - costruisce la possibilità concreta di immaginare un centro di salute mentale. ... e tanto più crescono le possibilità di radicamento".

Una delle contraddizioni maggiori che incontriamo in ambito salute mentale è che ci troviamo in mancanza di paradigmi scientifici certi, non lo sono il DSM V, nemmeno la genomica, e le evidenze mediche in ambito mentale non reggono ai criteri di scientificità. Sono piuttosto le evidenze etiche quelle che si attagliano alla persona, che non è mai riducibile alla sua "malattia": i suoi diritti rimangono inalienabili, tra cui quello di non subire alcuna forma di violenza, e i desideri sono incommensurabili, benché non tutti soddisfacibili.

Quello che incontriamo nei servizi in Lombardia oggi, ma è presente anche in altre regioni, è l'esistenza di due paradigmi che sottendono approcci di "cura" differente, quasi due polarità:

- **quello medico-sanitario.** In primo piano vi è la malattia, la diagnosi, il sapere medico, la gerarchia e i rapporti piramidali, che hanno il sopravvento con la loro "distanza" relazionale, per il quale gli spazi saranno di "distanza": occorrerà allora la stanza ed il lettino per le visite dello psichiatra o dello psicologo, il telefonista al front-office di accettazione, la sala d'aspetto, l'agenda appuntamenti, la sala per gli infermieri e magari anche i servizi per gli operatori separati dagli altri, ecc.;
- **quello c.d. sociale.** E' questo quello che noi proponiamo per il caso specifico di Lecco che integra le idee e prassi di inclusione dell'ultimo decennio in Lombardia e oltre. Questo modello prevede spazi maggiori diversamente articolati e orientati verso le persone, i cittadini, il territorio. Saranno necessari quindi: una caffetteria/bar (visto che vi sono 2000 mq di spazio disponibile) aperto all'esterno. Luogo di scambi materiali, acquisto, vendita e circolazione di denaro, che permette alle persone di assumere responsabilità di fronte al gruppo e favorisce l'incontro e l'apertura al territorio, la cui gestione sia affidata a persone con esperienza di disagio psichico; una cucina, uno spazio riunioni, uno spazio per le associazioni, siano esse di persone con esperienza, di familiari, di associazioni culturali altre, così che l'interno sia contaminato dall'esterno ai fini di una circolarità e pluralità di discorsi; una sala conferenze x 60-80 persone per promuovere dibattiti, conferenze ecc.; una sala d'aspetto accogliente e larga in cui

persone con esperienza possano accogliere gli ospiti che arrivano; uno spazio per attività fisica, aperto all'esterno, vista l'importanza del movimento per la salute fisica/mentale; una libreria per chi desidera approfondire temi intorno alla salute mentale; bacheche per fornire info su attività sportive, culturali, politiche; alcuni posti letto 24h pre o post acuzie per brevi soggiorni; un luogo di lavoro terapeutico individuale o di gruppo diverso dall'ambulatorio, luoghi per laboratori di scrittura, teatro... . Così che il Centro si configuri come una "Palestra" per preparare le persone a vivere e a inserirsi nella città. Ciò non significa che in questo modello "sociale" la "clinica" non debba trovare il suo posto, al contrario, il concetto di clinica si amplia verso una dimensione più complessiva della persona, dell'ambiente attorno, dell'atmosfera dei dintorni, alla ricerca di elementi di una maggiore soggettivazione. L'aspetto farmacologico rimane ugualmente importante, ma insieme deve avere pregnanza l'accoglienza, l'ascolto, l'accompagnamento, l'interazione con l'intorno, la promozione di opportunità concrete di emancipazione e di vita. Diversamente non rimangono che le derive di cronicità che incontriamo oggi, con il profondo isolamento delle persone obbligate a vivere o in strutture residenziali, oppure sole o in famiglia. Nasce da qui la sofferenza della famiglia, impreparata e impossibilitata ad essere il più delle volte il solo sostegno e riferimento del proprio congiunto.

Occorre che il CPS si ponga oltre che come luogo di accoglienza anche come luogo di attrazione e promozione di incontri e di cultura in cui le persone con esperienza, i familiari, il volontariato, il Terzo settore, le professioni, la scuola, i cittadini siano chiamati a essere parte attiva, a essere fermento nel territorio per produrre opportunità: di lavoro, di cultura, di relazione, di creatività per facilitare il superamento dello stigma. Da una parte il CPS deve quindi contemplare spazi interni per attirare cittadini e l'esterno al fine di fare **prevenzione**, nello stesso tempo deve attivare e utilizzare spazi esterni esistenti in cui inviare le persone per **l'inclusione**.

Tutto ciò può essere realizzato maggiormente se la persona con esperienza viene coinvolta, anche attraverso percorsi formativi, con funzioni lavorative retribuite all'interno del servizio, per trasmettere la propria esperienza e portare quel salto di qualità che, pur in collaborazione con gli operatori, il sapere esperienziale è in grado di apportare. E' dando parola, iniziativa e responsabilità, nella misura in cui la persona in grado di assumerla, che la si responsabilizza in quanto soggetto nella cura, che si moltiplicano le opportunità, le occasioni di lavoro e di creatività. In questo senso favorire la costituzione di associazioni di persone con esperienza, la promozione gli ESP, Esperti in Supporto tra Pari, siano essi persone con disagio psichico o familiari, deve diventare una delle priorità del Dipartimento.

L'esperienza dell'istituzione dei Club a Iseo, può rappresentare un altro esempio di buona integrazione e trasversalità di rapporti tra l'istituzione, le figure che la rappresentano, le persone con esperienza e l'ambiente attorno. Si tratta di un'esperienza che favorisce l'inserimento nel tessuto sociale, l'autonomia e le relazioni interpersonali, da cui attingere indicazioni.

Le parti " " sono tratte dal testo Non ho l'arma per uccidere il leone di P. Dell'Acqua.

Urasam Lombardia
Milano, 5 agosto 2015