

Comunità e territorio: l'esperienza del dipartimento aretino

Ringrazio gli organizzatori di questa importante giornata per avermi invitato a partecipare e avermi dato l'opportunità gradita di presentarvi l'esperienza del Dipartimento aretino che si è fatto sistema integrato dei ser.T. e delle comunità Terapeutiche del territorio. Vi chiedo di confrontare la nostra organizzazione con la Vostra esperienza e di contribuire con le Vostre osservazioni alla messa in discussione del percorso di cura per favorire il miglioramento della sua qualità

Con gli operatori delle comunità condividiamo da tempo le occasioni di formazione del Dipartimento e nell'autunno scorso abbiamo organizzato un corso di aggiornamento che ci permettesse di revisionare le modalità organizzative e le caratteristiche dei percorsi di cura residenziale intorno ad alcuni indicatori di esito. I dati che presenterò più sotto sono un estratto di quello.

Introduzione e storia

Alcune relazioni presentate in quel seminario hanno ripercorso il cammino dell'integrazione tra i Servizi e le comunità terapeutiche, il presidente del CSA ha ricordato di come, al momento dell'istituzione dei Ser.T. di Arezzo i dirigenti del distretto socio-sanitario avessero presentato il Servizio che veniva costituito come quello che avrebbe preso il posto della loro comunità dandone perfino i tempi della loro chiusura.

Vi lascio pensare il clima nel quale nacque il Ser.T. e di come fosse subito scontro tra coloro che arrivavano con i loro saperi teorici e quelli che da prima erano sul campo dove si erano formati.

Anche ad Arezzo, come nelle altre parti della Toscana, seppure alcuni medici della medicina, della psichiatria, dei NOT in base alla loro sensibilità verso la diffusione dell'epidemia eroinica stessero tentando di mettere assieme dei trattamenti, anche di tipo sostitutivo, prima del 1990 la risposta all'eroinomania dilagante era esclusivamente **la Comunità**. Il CSA fondato nel 1983 da Don Enzo Trabalzini prestava accoglienza prima diurna, poi residenziale ai ragazzi che per primi cominciavano a vivere i gravi disagi indotti dalla vita da "tossici".

Il movimento aretino per la de-istituzionalizzazione dall'ospedale psichiatrico, così forte e importante, non colse nell'epidemia eroinica il manifestarsi di una nuova forma di disagio, troppo incisiva era la spinta culturale ed anche ideologica che nel

paese riconosceva nella tossicodipendenza una sorta di vizio. La comunità terapeutica “pur con i propri limiti e ingenuità”, usando le parole di Leopoldo Grosso e Massimo Coletti nel loro “la comunità Terapeutica”, cercò di dare una speranza e una proposta di vicinanza ai tossicomani e alle loro famiglie, ma non riuscì e forse neppure volle coinvolgere la collettività cittadina nella risposta al problema. Anche ad Arezzo prevalse la tendenza, forse determinata dall’assenza di un metodo dalle troppe domande e delle poche certezze che univano gli operatori al leader carismatico, che spinse questi “pre-operatori” ad appartarsi, confondendo la necessità di isolamento degli ospiti con la ricerca di riserbo, di invisibilità di un sistema di cura ritenuto ancora troppo fragile e incerto.

Tuttavia i risultati cominciarono a venire e alcuni cominciarono a prestare la propria esperienza a altri, ma la selezione era basata sulla motivazione e “tagliava” i più gravi e le morti continuavano.

In questo contesto, nel 1992, l’apertura del Ser.T nei locali dell’area dell’ex manicomio con gli incerti programmi di terapia sostitutiva a basso dosaggio e ad andamento scalare che manteneva in uno stato di scompenso i pochi ragazzi che si presentavano senza cambiare l’andamento della “piazza”. In quegli anni gli slogan contrapposti erano: “le piazze sono piene degli insuccessi dei Sert” e di rimando: “i Ser.T. sono pieni dei successi delle comunità”.

Finalmente la diffusione di una crescente disponibilità a superare le paure della terapia con metadone a dosaggi adeguati e la programmazione di progetti a media lunga durata cominciano a stabilizzare una parte della crescente popolazione che si presentava ai servizi svelando una resistenza al trattamento di una parte più grave che, anche per gli esiti della carriera tossicomana andavano sviluppando, o forse solo manifestando, sintomi psichiatrici. Si diffonde la sensibilità verso la Doppia Diagnosi e la Regione propone dei progetti speciali destinando dei fondi speciali.

Fin qui probabilmente niente di nuovo o di diverso nello scenario aretino rispetto a quello di molte altre province toscane.

Nel 1997 il CSA e il Ser.t che da tempo cercano di parlarsi si accordano per intercettare i fondi e avviare un progetto integrato di bassa soglia che ospiti i casi complessi. I due Enti credono così tanto nel progetto che vi destinano il sottoscritto, l’ultimo arrivato, e un’operatrice del CSA da tempo critica con la dirigenza perché coordinino del personale a contratto, e gli danno una sede, “Casa di Monte “, che

non a caso è posta su un'altura a qualche kilometro dal centro. Il responsabile per il Ser.T sono io 17 anni fa con poco più di un anno di esperienza di Ser.t e nessuna di leadership peraltro di un'equipe multi-proveniente.

Malgrado gli auspici l'esperienza è straordinaria, entusiasmante; ragazzi e ragazze a metadone già allora storici e compromessi, alcuni da anni senza dimora capitati chi per caso chi scaricato dalle unità di strada perugine danno prova che *si può fare*. L'esperienza contamina i due mondi e modella un'equipe integrata che, alla chiusura della sede si trasferisce in quella classica della Comunità aretina che apre un modulo sperimentale per i casi gravi. Prima della 1165 si stabilisce la presenza di uno psichiatra e di infermieri per la somministrazione di terapie senza preclusione di genere e di quantità.

La reazione del narcotraffico alla stabilizzazione della dipendenza da eroina è a livello mondiale una virale diffusione della cocaina, il sistema di cura integrato aretino apre la comunità a moduli brevi secondo una pratica già consolidata della personalizzazione dei percorsi.

Il ser.t avvia in Comunità i casi più gravi, in scompenso tossico-manico e/o psicopatologico e sembra il sistema tenere.

Nello stesso tempo in Valdarno, Zona Distretto che conta circa la metà della popolazione di quello aretino, il Ser.T. locale e la comunità Nuovi Orizzonti iniziano un rapporto di partnership che inizia a muovere i propri passi verso l'integrazione. In modo da assomigliare ai primi tempi dell'esperienza aretina l'accordo prevede che il Ser.t. fornisca la consulenza psichiatrica e l'assistenza infermieristica assieme con l'integrazione della presa in carico sociale a sconto dei costi.

Ma ecco che dopo i primi anni 2000 emergono nuove sfide che mettono in crisi il sistema di cura che da tempo ha sottratto alla collettività la responsabilità del problema della dipendenza contribuendo alla sua rimozione collettiva. Quel sistema pubblico/privato che ha perso diverse occasioni di restituire alla società civile la consapevolezza delle proprie responsabilità verso questi cittadini sempre più fragili assumendo una delega onnipotente alla cura e alla riabilitazione. La crisi delle famiglie d'origine, indebolite, invecchiate assieme ai loro figli che, nel tempo sono divenuti poliassuntori ed hanno ora sintomi inaggravanti delle patologie correlate alle loro storie d'abuso, la perdita di competenze relazionali sociali e, professionali,

in un sistema sociale in rapida e selettiva evoluzione, un'immigrazione competitiva nel sistema di welfare e ultima una crisi economica che azzerava insieme l'industria dell'oro e l'indotto occupazionale creano le condizioni perché il circuito della cura residenziale rischi di diventare chiuso.

Descrizione del Metodo

Da tempo si è strutturata un'equipe mista Ser.t CSA che opera stabilmente nella struttura di accoglienza aretina, una struttura di 3 moduli terapeutico riabilitativi e un modulo di doppia diagnosi, l'Equipe assiste in modo integrato tutta la popolazione ospite e il medico presta la presa in carico psichiatrica nel modulo per doppia diagnosi e di medicina delle Farmacotossicodipendenze per gli altri ospiti dei moduli ordinari. Gli infermieri coordinati dalla capo sala del Ser.t preparano le terapie giornaliere mediante la programmazione settimanale e svolgono interventi sia nella sede di Accoglienza che negli ambulatori del Ser.T. per la sorveglianza infettivologica e internistica e per il controllo tossicologico dei campioni biologici o eventualmente le matrici cheratiniche.

Negli ultimi anni il medico psichiatra che opera nella struttura partecipa anche ai colloqui di ingresso per quella sede di accoglienza aretina e condivide il percorso di valutazione e costruzione del progetto terapeutico individualizzato. Lo psichiatra del Ser.T svolge consulenza anche per le altre sedi di accoglienza del CSA quando sia richiesto la valutazione specialistica finalizzata o meno all'inserimento nel modulo specialistico, che può essere condotto anche nella sede di Grosseto, che opera anche in propria autonomia.

Per gli utenti dei Ser.T del Dipartimento aretino l'inserimento nella struttura viene condotto secondo gravità clinica e in secondo piano secondo i tempi di attesa. La struttura si candida ad accogliere le situazioni di scompenso in diretta continuità con le fasi di ricovero medico-internistico o psichiatrico e talvolta in alternativa a quelle nel perseguimento dell'astinenza e del ricompenso tossico-manico e psicopatologico. Nella direzione opposta gli ospiti della comunità vengono avviati in ricovero verso l'ospedale aretino in occasione di patologie somatiche o scompenso psicopatologico nel mantenimento della presa in carico dell'equipe multi proveniente.

Nel tempo il percorso assistenziale della parte più grave della popolazione afferente al Dipartimento delle Dipendenze ha determinato fasi subentranti di ricovero nelle

strutture della comunità consolidando un modo integrato di assistenza secondo intensità di cure: ambulatoriale, residenziale, ospedaliero.

In considerazione delle ricadute economiche dell'accordo tra i due enti, ovvero del riconoscimento di una quota annua calcolata sullo storico delle annualità precedenti relativo alle giornate di presenza, al fine di controllare la lista di attesa secondo equità e personalizzazione del percorso si è costituita dal 2012 una commissione mista che da svolgimento ai rapporti convenzionati curando in modo integrato gli aspetti clinici e gestionali delle strutture l'analisi dei flussi delle prestazioni e lo svolgimento e esito dei programmi. Alla commissione spetta anche verificare la qualità degli interventi integrando le segnalazioni da parte delle sedi del CSA e dei cinque Ser.T. del Dipartimento, sviluppando progetti di aggiornamento congiunto e innovando i modelli operativi per meglio adeguare le proposte terapeutiche alle necessità dei diversi territori.

Da questo anno anche l'assistenza psichiatrica alla sede di Comunità viene svolta dal personale del Dipartimento per meglio perseguire la logica dell'integrazione tra l'equipe e tra quelle e il territorio.

A fronte della crescente criticità del reinserimento nel territorio in ordine alla crisi del lavoro e della redditività, dallo scorso anno, non senza difficoltà, si è estesa la prestazione consulenziale di assistenza sociale agli ospiti della comunità e del reinserimento. Si sta verificando tuttavia la necessità di dover analizzare i bisogni sociali della persona già nella fase di accoglienza, quando, dopo aver conseguita la stabilizzazione tossicomane e il compenso psicoaffettivo, è possibile approfondire con le equipe invianti la diagnosi multi assiale. In ordine all'assessment sociale debbono venir esplorate le capacità relazionali, professionali, e di comportamento in ordine al profilo cognitivo-comportamentale, culturale abilitativo e non ultimo somatico della persona nonché delle risorse della sua famiglia e del suo territorio. In considerazione dei bisogni di assistenza della persona in trattamento residenziale si dovrà concordare con l'equipe inviante un progetto individualizzato al fine di non vanificare i livelli di funzionamento che si recuperano e talvolta si inducono nel percorso di alta intensità di cura residenziale.

Alcuni dati

Vediamo i **dati** che si riferiscono agli invii dei cinque Ser.T. del Dipartimento in comunità del CSA nel periodo dal 01/01/2011 al 30/09/2013. Come vedete su 150

utenti inseriti in comunità i dati si riferiscono a 131 questionari riempiti in ogni loro parte,

Anagrafe DIA 2 dai dati di genere si nota una rilevante incidenza del sesso femminile, il tasso di incidenza è quasi 10 punti più alto di quello nel relativo alla popolazione in cura ambulatoriale ai Ser.t. a conferma della maggiore gravità delle donne in carico o della loro maggiore fragilità.

Il 50% del campione ha più di 35 anni e 49 utenti più di 40 anni, il 10% sono maggiori di 51 anni.

LavoroDIA3 84 sono disoccupati e 42 sono dotati di una scarsa formazione professionale.

DiagnosiDIA4 26 ospiti sono portatori di tripla diagnosi (1 su 5 circa), 40 di disturbi in asse I prevalentemente dello spettro psicotico, e 2 su 3 di Disturbi di personalità.

EsperienzeDIA5 65 utenti avevano già avuto altre esperienze di residenzialità in comunità terapeutica e 1 su 3 circa avevano condotto più di un percorso precedente.

DurataDIA6 47 ospiti, prevalentemente i più anziani e tra coloro che avevano già avuto esperienze di comunità stanno per tempi superiori ai 18 mesi.

FamigliaDIA7 in meno della metà dei casi la famiglia sostiene il percorso del paziente

EsitoDIA9 78 i dimessi dal programma 65 tra questi sono in trattamento ambulatoriale

Conclusioni

Un filo rosso caratterizza il quarto dei casi dei pazienti più fragili: sono i più anziani, con minore abilità professionale, portatori di doppia o tripla diagnosi, con uno o più programmi di comunità, tendenzialmente conducono programmi di maggiore durata e sono tuttavia a maggiore rischio di follow-up negativi sono privi del sostegno della famiglia o ne hanno di deficitaria o multiproblematica.

Punti di forza del Dipartimento integrato

- Scambio di conoscenze ed esperienze nel rispetto e mantenimento delle culture di provenienza e dei ruoli
- Co-progettazione
- coformazione
- Sostenibilità economica
- *La pronta accoglienza misurata sulla gravità*
- *L'integrazione della fase residenziale in un sistema di moduli per intensità di cure*
- *L'innalzamento della capacità di ritenzione*
- *L'integrazione nei rapporti con i fornitori interni (ospedale, laboratorio...) ed esterni (UEPE, Magistratura, F.O...)*

CRITICITA'

- Amplificazione del modello della porta girevole (implicito nella condivisione della sensibilità per il rischio di overdose, crisi familiare, scompenso ...)

Il Ser.T. ha spinto molto la CT verso la bassa soglia un asorta di ricovero in emergenza per un servizio che ha scarsa possibilità di ricovero ospedaliero. Il modello medico con spinta alla riammissione veloce dopo la ricaduta per rischi di overdose di crisi socio-sanitaria, familiare relazionale di ordine pubblico. Ha determinato una comunità vicina alla piazza e la sua immagine viene attaccata (non è più quella di una volta, lì ci si fa...)

- Tendenza a fare "adozioni" per la minore preoccupazione economica con spinta all'alienazione e alla inabilitazione della cittadinanza.

La minore pressione economica comporta una maggiore disponibilità a lavorare sulla cronicità ma può allungare i tempi della residenzialità favorendo

un meccanismo di isolamento di ritiro che impoverisce il paziente delle abilità sociali.

SFIDE

- Superamento di autoreferenzialità e isolamento
- Superamento della delega sociale e restituzione di competenza all'ente locale
- Reinseribilità del ¼ più grave mediante progetti innovativi di cohousing e lavoro di cooperazione