**Storia e sviluppo di un servizio di intervento domiciliare per pazienti psichiatrici. Il punto di vista degli psicologi operatori**

\*Rebecca Borsoi, Daniele Faro, Nicola Lupo, Stefano Zanfino

Lavoriamo insieme da tre anni e mezzo, in qualità di operatori, entro un servizio di intervento domiciliare su committenza di due CSM di una ASL romana. Il territorio del servizio si estende fino all’estrema periferia di Roma, includendo quartieri semiperiferici e periferici, a rischio di marginalità sociale.

Il servizio nasce in uno di questi due CSM intorno al 2002; nell’altro CSM viene attivato nel 2016. Nasce a partire da una collaborazione tra tale CSM, il Municipio di riferimento e un’associazione di familiari di pazienti; sembra che si sia potuta evidenziare la domanda di alcune famiglie ad avere un supporto alla convivenza con i propri figli. Dell'origine del servizio conosciamo ad ora queste poche tracce, che potrà essere interessante approfondire. Dopo questa prima fase, questo CSM si è fatto carico, da solo, della committenza verso il servizio.

Inizialmente il servizio era affidato a una storica cooperativa sociale di Roma, sorta negli anni ’80, che lavorava in stretta collaborazione con il CSM. Il servizio era definito “assistenza domiciliare”. Si pensava che gli interventi, destinati a pazienti definiti “gravi” e “cronici”, non dovessero avere un limite temporale, ma durare quanto la vita del paziente. Il mandato di cura era interpretato in termini di assistenzialismo: il paziente era visto come portatore di un bisogno infinito, con un consumo di risorse senza limiti. Entro questo assetto collusivo, la finalità del lavoro domiciliare era di mantenere un supposto “equilibrio” nella vita del paziente, individuando segnali che preavvisassero crisi psicotiche, in base a cui avvertire il CSM, che sarebbe intervenuto per provare a prevenirle. Tale finalità sembrava bastare, non era declinata in obiettivi, e l’operatore era considerato l’esecutore dell’intervento.

A metà 2016, il servizio fu appaltato a un’altra cooperativa sociale, senza esperienza sulla salute mentale, né risorse sul territorio romano; un criterio di valutazione nella gara di appalto era la proposta economica al ribasso. In questo momento il servizio è stato attivato anche nel secondo CSM in cui lavoriamo. Una di noi, operatrice del servizio per la vecchia cooperativa da lunga data, ha assunto, in quanto psicologa, il ruolo di coordinatrice nella cooperativa entrante. Ha  ricoperto questo ruolo per due anni e mezzo ed ha contribuito a costituire l’équipe di operatori - quasi tutti psicologi (di diversa formazione) - di cui oggi facciamo ancora parte, provandosi inoltre nella complessa funzione di organizzazione dei rapporti tra CSM, cooperativa, operatori e utenti del servizio. Si è fatto questo proponendo un nuovo metodo di lavoro, che prevedeva dispositivi utili a sospendere gli agiti e pensare ruoli, funzioni, obiettivi e limiti degli interventi. In questo senso si è lavorato con la Cooperativa per l’introduzione di spazi di incontro tra gli operatori, inizialmente non previsti dall’appalto; inoltre si è utilizzata, come parte integrante del lavoro, lo strumento della resocontazione dei casi per poterne parlare in modo utile durante le riunioni della cooperativa e negli incontri con i CSM.  .

In questo periodo, il numero di casi è aumentato da 8 a più di 30, per un accresciuto investimento economico. I nuovi casi mostravano che il servizio domiciliare iniziava a essere pensato in maniera differente: si trattava spesso di pazienti con una storia di rapporto più breve con i servizi, con età media più bassa, considerati sempre “gravi” ma non più cronici, portatori - loro o, più spesso, i familiari - di richieste di supporto specifiche: prendere il diploma, usare i mezzi di trasporto, occuparsi di aspetti amministrativi, trovare contesti di socializzazione da frequentare… Dietro queste richieste, spesso prese alla lettera dal CSM, è stato possibile individuare nuove domande, legate a problemi di convivenza, a partire dalle quali era possibile ridefinire l’obiettivo dell’intervento.

Questi cambiamenti hanno contribuito a far fallire la collusione che organizzava il rapporto tra la precedente cooperativa, il CSM e gli operatori, basata sulla diffidenza reciproca e sul controllo. In quell’assetto collusivo, all’operatore era richiesto di “andare a vedere” cosa accadeva a casa degli utenti e di riportarlo al CSM; con il cambiamento degli utenti, e una comprensione della loro domanda, sembrava possibile parlare con il CSM di problemi, e cogliere  il rapporto con l’utenza come risorsa, provando a trattare la reciproca estraneità come non nemica. L’utilizzo dello strumento resoconto è stato utile in questo senso. Gli operatori non assumevano più la funzione di “bravi esecutori”, ma hanno cominciato a porsi entro una funzione psicologico-clinica.

Un anno fa, a inizio 2019, la gestione del servizio è stata affidata a un Consorzio di associazioni e cooperative sociali che lavora da più di 10 anni esclusivamente nell’ambito dei servizi di salute mentale. Il Consorzio aveva una proposta organizzativa e metodologica strutturata, molto diversa da quelle delle cooperative precedenti: si tratta di un’organizzazione sviluppata da liberi professionisti - soprattutto psicologi, ma anche psichiatri ed educatori - che ha definito un modello di lavoro domiciliare basato non solo su committenze pubbliche, ma anche su committenza privata di utenti e famiglie. Questo Consorzio ha dimostrato di conoscere bene la dimensione collusiva di controllo di cui abbiamo parlato, e di riuscire a proporre prassi organizzative utili a non agirla. Ad esempio, nelle precedenti gestioni il foglio presenze che richiedeva la firma dell'utente. Il Consorzio propone di accordarci con chiarezza con utente e famiglia sul lavoro da svolgere insieme, ma richiede la firma dell'utente. Un utente, a seguito di questo cambio, ha detto: “Ed io come faccio a sapere se vieni e quante volte?”. Protestava di aver perso il controllo sull'operatore.

Un’altra novità sono le ore di lavoro “indirette”, ovvero svolte senza la presenza dell’utente: si dà valore al tempo utilizzato per gli spostamenti, per le telefonate, per la scrittura di resoconti sui casi e per i momenti di riflessione di gruppo sul lavoro.

Quanto è interessante notare, è che la diffidenza e il controllo tra CSM, cooperative, operatori, utenti e familiari, rappresentano problemi di rapporto che si prova a mettere a carico dell'altro, individuando un “persecutore”. I cambiamenti organizzativi di cui parliamo, per quanto faticosi, difficili e disorientanti, aiutano a riconoscere gli assetti collusivi agiti e a darsi l'opportunità di fare proposte in grado di modificarli. Ad esempio, pensando al CSM non come persecutore, ma quale committente. Al tempo stesso, nel corso di questi anni è aumentato l’interesse del CSM a capire le dinamiche collusive che caratterizzano il rapporto tra servizio, operatori e utenza. Ci sentiamo al lavoro su questo.

**Il lavoro con gli utenti**

Cosa facciamo a casa degli utenti? Su quali problemi lavoriamo? Calarci nella vita quotidiana dell'utente ci mette in contatto con agiti violenti, spesso con una grande difficoltà di sospenderli. Accade che un paziente ci chieda soldi, nell'urgenza di pareggiare i conti con un delinquente del quartiere; che un altro ci renda partecipi dei suoi agiti aggressivi verso la madre, chiedendoci di coprirlo; che un altro ancora faccia saltare gli appuntamenti quando l’operatore non aderisce a richieste fuori dagli accordi, come appuntamenti extra, nel tentativo di controllare la relazione. Entro questo contesto darsi obiettivi psicologico clinici continuamente ridefiniti è indispensabile. Riportiamo una breve resocontazione di alcune situazioni di lavoro.

M. è un uomo di 35 anni, che vive con i genitori e che sente voci che lo insultano quando qualcosa delude le sue pretese. In tali occasioni 'agisce' la sua sintomatologia autolesiva. Sente le voci dall’età di 18 anni, cioè da quando sua moglie lo ha lasciato, cercando di portargli via la figlia oggi sedicenne. I due allora giovani genitori frequentavano abitualmente rave party e facevano pesante uso di droghe. Hanno continuato a frequentare rave anche dopo la nascita della loro figlia, fortemente voluta da M. nel tentativo di essere al pari di suo fratello maggiore che da poco era diventato padre. La sua reazione a queste voci è molto angosciata e angosciante. In questi momenti oltre a sentire le voci si infligge dei tagli sulle braccia e alcune volte ha tentato il suicidio. In questo modo controlla emozionalmente sua madre che vive una fortissima angoscia.

Due di noi lavorano con lui da circa 3 anni, tramite due interventi settimanali di due ore ciascuno. Abbiamo lavorato sul rapporto tra M. e sua madre, che per anni non lo ha lasciato mai solo nel tentativo di controllare la possibilità del suicidio. Inizialmente sentivamo il controllo di sua madre come persecutorio. Con il CSM condividevamo la fantasia che M. andava liberato da sua madre. L’ipotesi della madre quale persecutore colpevole della malattia mentale è fallita quando M. ha iniziato a mettere anche noi operatori nella dinamica della pretesa, ad esempio minacciando la relazione con noi con le sue voci dopo avergli proposto alcuni limiti, come ad esempio quello di non salire a caso su un autobus diretto verso Tivoli a cinque minuti dalla fine dell’intervento. Ci sono stati diversi sviluppi quando abbiamo iniziato a pensare la madre come un cliente dell’intervento, cioè come un familiare invischiato nella dinamica con suo figlio che voleva ripensare la sua reattività alle sue pretese. Questi sviluppi hanno portato ad una fiducia della madre per M. che ha preso ad uscire abitualmente di casa, con grande sorpresa del CSM, che pensava tale rapporto ormai cronico. M. stesso non credeva che sua madre sarebbe riuscita a smetterla di seguirlo in giro per la città. Al contempo è emersa una grande difficoltà di M. a saper stare da solo. Questo punto è importante perché indice della necessità di M. di controllare i rapporti tramite voci e comportamenti autolesionisti.

Oggi siamo a un punto dell’intervento complesso. Dopo anni di conflitti legali con l’ex moglie per dimostrare la sua capacità genitoriale e mantenere la patria potestà, adesso la figlia di M. ha deciso di andare a vivere con lui e la nonna, condividendo con loro una piccola casa popolare. La nostra presenza sembra aiutarli a sostenere la difficile convivenza di queste tre generazioni. Sta così emergendo una domanda della figlia di capirci qualcosa di più di sé e del suo rapporto con i suoi genitori.

Stiamo di fronte ad un setting molto complesso, in cui i punti di repere non sono immediatamente chiari, motivo per cui è fondamentale mettere a fuoco quali sono i problemi ogni volta. Riportiamo un altro episodio che esemplifica in che tipo di setting lavoriamo. Di recente M. dice di dover restituire venti euro a un delinquente del quartiere, visto che il giorno prima sua madre non gli aveva concesso soldi da spendere in una passeggiata in centro città. Li chiede a uno di noi. Gli rispondo che colludere con la sua pretesa avrebbe gravemente compromesso la nostra relazione, cioè la possibilità di pensare le emozioni piuttosto che agirle. Vi immaginate di sentirvi chiedere 20 euro da un paziente a studio? Non appena M. dice di iniziare a sentire le voci e dice che sta per sentirsi male, ecco subito comparire venti euro nelle sue mani. Magia! Se questa rottura del setting da una parte è problematica, ci ha al contempo permesso di parlare della pretesa. M. sente le voci quando le cosa non vanno come pretende. Parlando con M., emerge che per lui il divorzio da sua moglie è stata un’esperienza deludente le sue attese e che sua madre, prima che lui si sentisse male, stava per lasciare suo padre, e che un risultato della sua sintomatologia autolesiva è che sua madre non si è più potuta allontanare da lui e dalla sua famiglia. Probabilmente, M. vive un profondo sentimento di incompetenza nei rapporti tale da minacciarli con le voci.

**Un altro caso.**

L’intervento con I. è iniziato nel 2016 entro quel passaggio di gestione dalla precedente e storica cooperativa alla nuova subentrante. Il mio intervento avrebbe dovuto porsi in continuità con quanto fatto dal precedente operatore. L’intervento era stato stabilito come accompagnamento alle faccende burocratiche ed al controllo dell’igiene, personale e della propria casa.

Dopo i primi mesi di conoscenza ho compreso che I. dietro una maschera di accondiscendenza e disponibilità tollerava a fatica gli interventi sull’igiene vivendoli come un prezzo necessario per avere accesso al servizio, che per lui significava essenzialmente la presenza di una relazione tramite cui vivere un’alternativa all’isolamento nonchè un’assistenza verso quegli adempimenti vissuti come molto stressanti, come i rapporti con la banca o l’Inps.

La casa veniva da lui vissuta come un’estensione concreta del proprio mondo interno, e spostare o toccare cose senza il suo permesso, come le bottiglie di coca-cola vuote lasciate sul pavimento, o il poggiare la giacca sul divano all’ingresso, lo metteva e tutt’ora lo mette, in agitazione. Ad aggravare questa situazione in quei mesi aveva appena concluso un trasloco dalla precedente casa dei genitori verso questa nuova casa, dove per motivi di spazio ma soprattutto per motivi ideologici, l’assistente sociale del CSM lo aveva fortemente spinto a buttare tantissimi libri, fumetti, carte Magic, e diversa altra roba che oltre ad avere un valore affettivo aveva in alcuni casi un notevole valore economico. Tutto ciò entro l’ipotesi da parte del servizio che così facendo si sarebbe messo un argine alla sua sintomatologia di accumulo seriale.

Mi sono sentito dentro un rapporto organizzato dalle reciproche diffidenze, e dal potere dell’uno sull’altro, ove ero chiamato a manipolare l’utente per conto del CSM.

Nei mesi successivi, tramite il pretesto di un gioco di carte appartenente al passato sia mio che di I. è stato possibile costruire una relazione basata su altre premesse, affidabile ed affettuosa che ha permesso di sospendere la relazione obbligante, consentendoci di tenere assieme le attese del CSM con i desideri di I. che a quel punto iniziò a curare la propria igiene per il gusto di incontrare altri giocatori nelle ludoteche, e a curare la propria casa per la possibilità di invitarmici a giocare.
La parte più interessante di questo lavoro è avvenuta e continua ad avvenire nel rapporto col CSM,  durante le riunioni di équipe e tramite la condivisione di resoconti ove effettuare un continuo lavoro di traduzione dei comportamenti di I. e delle attività non canoniche che ci troviamo a fare, parlando di una dimensione desiderante che in quanto tale ha bisogno di continua manutenzione. Confrontandomi più volte con la mia ambivalenza, che sempre mal volentieri rinuncia ad un persecutore, è stato possibile condividere il senso di questo lavoro con il CSM che nel tempo lo ha incrementato con alcune ore extra, necessarie alle nuove possibilità percorse.

**Considerazioni conclusive. Quale futuro per la psicologia nei Servizi di Salute Mentale?**

La maggioranza degli psicologi che lavorano nei Servizi di Salute Mentale andranno in pensione entro pochi anni; molti non saranno rimpiazzati. Si può dire che la psicologia, in quest’ambito, sia ormai confinata entro i servizi esternalizzati a cooperative sociali. Cooperative che, come nel caso resocontato, spesso si rapportano ai CSM entro una diffidenza reciproca, il cui agito rende difficile pensare le fantasie presenti nel rapporto per costruire la committenza.

Nel frattempo la domanda verso una funzione psicologico-clinica sembra starsi sviluppando. L'aumento nel tempo dei casi di intervento domiciliare, la loro grande diversificazione, ci sembrano parlare di questo; i casi resocontati provano a dare conto dell’utilità delle competenze psicologiche entro questi contesti di intervento.

Tuttavia ci sono problemi che concorrono a rendere difficoltosa una valorizzazione e uno sviluppo di questi servizi: l’esternalizzazione dei servizi a cooperative sociali che non sviluppano competenze nell’ambito; il ribasso dei costi per vincere gli appalti, da cui discende il pagamento sempre più basso per le prestazioni professionali degli operatori; il pensare questo lavoro come “provvisorio” e non meritevole di investimenti anche da parte degli psicologi che ci si avvicinano.

D’altro canto, il Consorzio con il quale collaboriamo attualmente fa una proposta diversa. Si identifica come differente rispetto ai CSM nel modo di intendere il lavoro domiciliare, su cui ha sviluppato competenze che intende valorizzare; allo stesso tempo, si pone il problema di come sviluppare il rapporto con i CSM caratterizzato dalla diffidenza agita, ma per il momento continua a lavorare, proponendosi come collaboratore affidabile ed eludendo il conflitto.

Come occuparsi di questi problemi, quindi? Siamo attualmente al lavoro, su proposta del Consorzio, sulla stesura di relazioni che diano conto ai CSM del lavoro fatto nell’ultimo anno. Più in generale, individuiamo con interesse una committenza di questo Consorzio sulla produzione di letteratura scientifica sul lavoro di intervento domiciliare, che potrà essere utile a sviluppare le competenze degli enti di terzo settore in quest’ambito, e a promuovere la funzione psicologico-clinica che si potrebbe proporre ai Servizi di Salute Mentale.