17/03/2020

**Un caso di Intervento domiciliare per un CSM: quale lavoro con gli utenti “cronici”?**

Stefano Zanfino

Resoconto qui il mio lavoro entro un servizio di intervento domiciliare per utenti dei Centri di Salute Mentale romani. Ne abbiamo già resocontato, con alcuni colleghi, in due seminari (“Intervenire sui figli, lavorare con le famiglie” e “Servizi di salute mentale oggi”). In continuità con le riflessioni sviluppate in quelle occasioni, scrivo oggi per chiedermi come sviluppare il mio lavoro nell’ambito della salute mentale.

Lavoro da quasi 4 anni sugli interventi domiciliari; in totale ho lavorato su una ventina di casi, di cui adesso ne seguo 10, tutti afferenti a un CSM, dell’area Tiburtino/Colli Aniene/San Basilio. Al rapporto con questo specifico CSM mi riferirò in questo resoconto.

La voglia di investire in quest’ambito nasce anche dal mio essere molto affezionato a questo lavoro. Se penso ai motivi, mi viene in mente innanzitutto il rapporto con gli utenti del servizio. Alcuni di loro li conosco da più di tre anni. Ci vogliamo bene, in qualche caso ce lo siamo anche detto. L’affezione a questo lavoro e a queste persone sento sia legata alla dimensione di desiderio e di divertimento che si è sviluppata nella relazione con molti di loro, in rapporto a obiettivi degli interventi e a committenze anche molto diverse. Su questi aspetti vorrei ragionare in questo scritto, grazie anche alla resocontazione di un caso.

Prima, una contestualizzazione sul servizio, approfondimento e ampliamento di quella contenuta nei due contributi per i seminari prima detti.

Il caso di cui scriverò afferisce al CSM prima citato, che ha attivato il servizio domiciliare nel 2002, appaltandolo per anni a una stessa cooperativa. Una nuova cooperativa vince l’appalto nel 2016, e qui comincio a lavorarci io. Come?

La referente del servizio, S., psicologa del CSM, mi conosce a partire da un’esperienza di volontariato da me fatta lì e da lei coordinata. Ho seguito per tre anni, una volta a settimana, un anziano utente del CSM in un assetto simile a quello dell’assistenza domiciliare. In quella lunga esperienza la referente del servizio diceva di riconoscere un’affidabilità non comune nell’ambito del volontariato, dove le esperienze di solito non durano così tanto. Faticavo allora a vedere che valore potesse avere questo riconoscimento, giudicavo questa fiducia di S. verso di me, se non mal riposta, quanto meno esagerata. Ma ero al contempo molto desideroso di cominciare a lavorare in questo ambito, il lavoro domiciliare per le cooperative mi incuriosiva molto e mi sembrava uno sviluppo interessante delle mie attività di volontariato, e in linea con il mio percorso formativo. Riconoscevo infatti la salute mentale come un ambito in cui era importante e utile un lavoro sullo sviluppo delle relazioni tra individui e loro contesti di convivenza, lavoro su cui sentivo di stare formandomi. Perciò mi faccio avanti e vengo preso a far parte di un’équipe coordinata da un’operatrice psicologa, allieva SPS, e composta da altri due allievi SPS e da un OSS con lunga esperienza nell’assistenza domiciliare. L’appartenenza formativa comune di alcuni colleghi credo mi abbia “rassicurato” sulla possibilità di lavorare in un équipe con una metodologia comune e a me familiare.

Negli anni successivi, si aggiungono all’équipe altri operatori, tutti psicologi, di formazione SPS e non. Rebecca Borsoi, la coordinatrice, ha lavorato a lungo per costruire un’équipe qualificata che potesse lavorare per la professionalizzazione del servizio. Su questo ha pubblicato anche alcuni resoconti, a cui vi rimando. Quest’intento era condiviso con S., il quale era contenta di costruire un’équipe competente dal punto di vista clinico.

S., negli anni, si è mostrata alla ricerca continua di alleati, per quella che si profilava come una continua battaglia di potere, tutta interna al CSM.

S., nel suo lavoro di coordinamento del servizio per il CSM, organizza riunioni mensili nel CSM, su tutti i casi seguiti (che da 8 sono passati a essere quasi 50, in meno di 4 anni), invitando tutti gli operatori e tutti gli psichiatri referenti a partecipare. L’idea di partecipare a queste riunioni su tutti i casi, in teoria, è quella di condividere un metodo di lavoro, e riflessioni cliniche su ogni caso. Di fatto, queste riunioni diventano oggi, con 50 casi, momenti in cui si parla, in fretta e furia, di quelle che sono percepite come “emergenze” e di come intervenirci fattivamente, salvo poi dover rimandare la condivisione di ipotesi cliniche in altre sedi. Sono riunioni che sento essere di poca utilità dal punto di vista clinico; sembrano continuare a esistere per il bisogno di S. di mantenere uno spazio di potere entro il CSM, contro gli psichiatri, che boicottano continuamente le riunioni. Il Consorzio di cooperative che attualmente gestisce il servizio, organizza competentemente riunioni ristrette con i referenti psichiatri, e riunioni cosiddette di “intervisione” tra colleghi sui casi più complessi. Momenti in cui la riflessione clinica è portata avanti utilmente, momenti che però S. non vede di buon occhio: vorrebbe che il solo momento in cui si definiscono gli obiettivi degli interventi fosse la “sua” riunione.

Il rapporto mio e degli altri operatori con il CSM (quindi con S. e gli psichiatri) si è organizzato in modo diverso nel tempo. Inizialmente queste riunioni plenarie erano effettivamente l’unico momento di confronto con il CSM, l’unico momento in cui sembrava possibile lavorare per costruire la committenza. Era però molto difficile: l’assetto collusivo degli incontri era quello per cui gli operatori dovevano aggiornare su quanto fatto nel mese, cosicché S. e psichiatri (quando presenti) avrebbero potuto aggiornare gli obiettivi dell’intervento. Entro tale assetto, nelle riunioni si parlava quasi sempre di fatti, o di vissuti reificati, del tipo: “con l’utente X siamo andati lì, abbiamo fatto questo, lui era tranquillo/agitato/ansioso, io l’ho tranquillizzato/rassicurato/incoraggiato” ecc.

Tale assetto collusivo, difficile da sospendere, è penso in rapporto ai casi con cui lavoravamo inizialmente. Si trattava di utenti cosiddetti “cronici”, con una storia di rapporto con i servizi lunga molti anni, di cui quasi mai si ricostruisce l’origine, a volte nessuno la conosce o la ricorda. Sono rapporti che ci si vive come “eterni”, utenti da sempre e che lo saranno per sempre. Quando si parlava, entro queste riunioni, di obiettivi per questi utenti, si utilizzavano (e si utilizzano ancora) parole come “stabilizzare”, “mantenere l’equilibrio”, “andare a vedere/controllare come sta”. Una rielaborazione del mandato sociale per cui il CSM con i servizi territoriali deve occuparsi di evitare quanto più possibili crisi psicotiche e conseguenti ricoveri, costosi per il Sistema Sanitario. Costruire la committenza del CSM in questo assetto era impossibile, veniva solo agito il potere del mandato sociale di controllo, vissuto come imposto e persecutorio da operatori, utenti e familiari. E forse anche dagli psichiatri stessi, che boicottando le riunioni si sottraevano al tentato controllo di S. Il rapporto tra S., psichiatri, cooperativa e operatori era caratterizzato da vissuti di reciproca diffidenza, vissuti molto difficili da pensare, anche tra colleghi operatori.

In questi 4 anni, entro questo CSM, il mandato sociale dietro ai servizi territoriali appare mutato. Sono intenzionato a capire meglio come, e in rapporto a quali cambiamenti di politiche nazionali, regionali e locali questo è avvenuto. Mi limito a dire che l’intervento domiciliare ha cominciato a essere visto non solo quale presidio utile a evitare ricoveri, ma anche a trattare il problema dell’isolamento sociale e della mancata partecipazione dei malati mentali alla vita sociale e produttiva. Sempre più gli interventi sono stati attivati con “obiettivi” definiti con parole come “inserimento lavorativo”, “socializzazione/uscita dall’isolamento”, “studio-formazione”, e soprattutto “acquisizione di autonomia”.

In rapporto a questo ipotizzato cambiamento del mandato, entro questo CSM gli psichiatri hanno cominciato a chiedere di utilizzare il servizio di intervento domiciliare per casi sempre cosiddetti “gravi” (quindi con diagnosi di psicosi o disturbi di personalità), ma non ancora “cronici”, generalmente più giovani (tra i 18 e i 40 anni), e in rapporto con il servizio da pochi anni. Parlando con molti psichiatri di questi casi appare chiara la fantasia (a volte condivisa anche da noi operatori) di “salvare” questi utenti da una cronicità, supposta come inesorabile orizzonte. Una fantasia quindi di “curarli”, anche se non rimuovendo il disturbo, ma facendo sì che ci convivano, diventando, appunto. “autonomi”. Quindi che arrivi il momento in cui il CSM non sarà più utile per loro. Si comincia a parlare di interventi a tempo, non “eterni” come prima (anche se il tempo, il termine, di fatto non si riesce mai a definirlo). Gli obiettivi definiti sono ancora una volta incentrati sui fatti. “uscire di più”, “curarsi”, “trovare amici”, “fare attività sociali”, “avere un diploma”, “avere la patente”, “trovare un lavoro”; con queste parole vengono definiti gli obiettivi a partire dai quali vengono attivati gli interventi.

Con l’inizio del lavoro su queste tipologia di utenza, i rapporti tra CSM, cooperativa e operatori si sono sviluppati.

Se i casi degli “utenti eterni”, i cronici, sembravano evocare in tutti coloro che ci lavoravano vissuti di impotenza e fantasie di controllo onnipotente, molto difficili da sospendere, questi casi sembravano lasciare spazio a vissuti di speranza, di utilità del proprio lavoro e della loro funzione. Perché? Ipotizzo: perché di questi utenti si riesce a comprendere la domanda, che nel caso dei cronici sembra (e sottolineo sembra) assente. Questi utenti, più giovani, parlano chiaramente ai loro referenti del CSM di desideri, anche se spesso misconosciuti o svalutati. Desideri di rapporti, con la famiglia, con il quartiere, con il mondo della formazione e del lavoro. Mostrano inoltre desiderio di rapporto con il CSM stesso e con gli psichiatri, desiderio che per i “cronici” è considerato come dato e quindi non viene riconosciuto.

Su questi casi, anche se spesso gli “obiettivi” dichiarati stanno sui fatti e su cambiamenti di stato, si incentrano discussioni nelle riunioni in cui si riesce comunque a parlare di rapporti. A partire da questo si riesce a pensare di poter sviluppare una committenza del CSM, prima difficilissima da ipotizzare: una committenza a sviluppare il rapporto degli utenti con il loro contesto sociale, CSM compreso.

Questo cambiamento, sento abbia anche gradualmente cambiato l’assetto collusivo agito nel rapporto CSM-cooperativa-operatori. Più possibilità di parlare di rapporti, di problemi, di vissuti, di obiettivi reali e contestualizzati. Meno agiti di diffidenza e persecutorietà. La possibilità di parlarne di questa diffidenza, concretizzata in una recente supervisione tra operatori e coordinatori del Consorzio di cooperative per cui lavoriamo attualmente, è stata per me molto utile. Abbiamo capito meglio come la diffidenza agita tra CSM e cooperativa tramite il controllo dell’operato sugli utenti “cronici”, si rifletteva nella diffidenza agita tra cooperativa e operatori attraverso il litigio sui modelli teorici e sul metodo di lavoro. Quando le fantasie di controllare socialmente la malattia mentale, di mantenere l’equilibrio, di salvare, curare o rendere autonomi gli utenti, non si riesce a riconoscerle e pensarle, vengono agite entro rapporti violenti nei quali si fanno totalmente fuori gli obiettivi del lavoro. Questo è successo spesso negli anni, e “lavorare sui rapporti/sui vissuti” sento che per me è diventato spesso una bandiera sotto la quale giustificare una diffidenza verso CSM e cooperative, piuttosto che una proposta metodologica da portare in quei rapporti.

Attualmente, dicevo, sembra più possibile parlare di obiettivi contestualizzati, entro i casi aperti più di recente. Obiettivi che sono legati allo sviluppo dei desideri di rapporto sopra detti, e su cui è possibile costruire una committenza del CSM. Sento che una questione su cui siamo al lavoro come équipe di operatori, sia il riconoscimento di questi desideri di rapporto, e la conseguente ridefinizione di obiettivi dell’intervento, anche entro quei casi definiti come “cronici” ed “eterni”. Un esempio molto chiaro di questo sento sia rappresentato dal caso di Italo, resocontato a più riprese dal collega Daniele Faro, che lavora con me nella stessa équipe. Di seguito resoconto un altro caso che ritengo esemplificativo.

Guido è un uomo di 60 anni, utente “cronico” del CSM. Seguito da molti anni dai servizi, ha diagnosi di schizofrenia, sente la voce della sorella, morta una decina di anni fa, che lo incoraggia e che gli dice che ce la può fare, Prima sentiva delle voci persecutorie, che ora non sente più, questa evoluzione della sintomatologia è descritta dal CSM come risultato dell’intervento presso una comunità terapeutica del DSM e di un gruppo di uditori di voci. Guido è un uomo che si mostra come molto pacato, si dice ottimista, buono, scrive poesie ed è descritto dalla comunità (in cui continua ad andare in regime diurno) e dalla sua psichiatra come l’”utente perfetto”, che “non dà mai problemi”. “Fossero tutti come te, Guido!”, gli viene ripetuto spesso. Dopo la morte della sorella, sua unica parente stretta a Roma, e il periodo di residenza in comunità, il CSM ha lavorato per trovare a Guido una sistemazione abitativa, inizialmente presso una donna che collaborava con il CSM come pulitrice dentro gli appartamenti supportati, che lo trattava quasi alla stregua di un disabile fisico: gli faceva la doccia la mattina, lo aiutava a vestirsi, ecc.

A fine 2018, si è reso necessario un trasferimento. Era disponibile una stanza in una casa con un altro utente “cronico” del CSM, seguito da anni con assistenza domiciliare su base quotidiana, 4 ore al giorno. Sembrava una buona soluzione per Guido, pensato dal CSM come persona dalle scarsissime risorse, bisognoso di essere seguito e curato giornalmente pena il rischio di una crisi psicotica (che non avveniva ormai da 15 anni). A noi operatori che lavoravamo in quella casa il CSM intimò: Guido non si lava, dovete controllarlo mentre si fa la doccia, che si insaponi adeguatamente. Guido stesso si aspettava questo controllo, dimostrandosi molto aggressivo nel rapporto con gli operatori che non assecondavano questa aspettativa. Controllo della doccia, controllo dell’assunzione corretta della terapia, dei vestiti, di tutto: da una parte il CSM e la comunità, dall’altra Guido stesso chiedevano e si aspettavano il controllo. Facile viversi questa come una persecuzione in piena regola a cui reagire incazzandosi, disattendendo il controllo, lamentandosi con la cooperativa, e via così.

Per un anno è andato avanti quest’intervento, entro una routine di controllo che ogni operatore interpretava a suo modo, reattivamente, provando talvolta a sviluppare il rapporto con Guido su dimensioni desideranti, ma mai su committenza del CSM, sempre e comunque preoccupato che Guido rimanesse l’”utente modello”, pulito e profumato.

A fine 2019, per varie vicende, Guido deve lasciare quell’appartamento. Si individua un’altra stanza, in una casa dove prima abitavano due utenti del CSM, ora uno solo, Francesco, di 62 anni, seguito dal servizio domiciliare due volte a settimana. Anche lui utente storico del CSM, conosceva già Guido perché avevano risieduto in comunità insieme. Guido va a vivere insieme a Francesco, per la soddisfazione di entrambi e del CSM, che subito aumenta le ore di assistenza in quella casa, convinto che sia necessario andarci ogni giorno. Ma per motivi logistici, è difficile tenere la vecchia routine: gli operatori arriveranno la mattina, dopo che Guido si sarà già fatto la doccia. Apriti, cielo! Sembra un enorme problema per il CSM, per la comunità e per Guido stesso, che sembra chiedersi se sarà in grado di farcela.

Io e altre tre operatrici, attive sul caso, insieme a due coordinatori della cooperativa, proviamo a lavorare su questo delirio, in cui sembrano tutti estremamente convinti che il problema sia la capacità di Guido di farsi una doccia. Riusciamo a parlarne con Guido: gli proponiamo un nuovo setting di intervento in cui arriveremo dopo la sua operazione di igiene mattutina; questo ci dà l’occasione di parlare del suo modo di stare in rapporto a noi, ci dice che sente difficile non chiedere conferma agli altri di quello che fa, che è abituato a non pensarsi in grado di fare determinate cose. Cominciamo a parlare non solo dell’igiene, ma della possibilità di prepararsi alcuni pasti da solo, di fare alcuni acquisti, di personalizzare la propria stanza, di sviluppare il rapporto con il proprio coinquilino attraverso la condivisione di spazi e momenti conviviali. Parliamo di desideri, e di come si possa lavorare per trasformarli in obiettivi da perseguire. Cominciamo a parlare anche della dimensione di “utente modello, perfetto”, così preziosa per Guido nel suo rapporto con il CSM e i servizi, e di quali costi comporti mantenerla.

Parliamo di tutto questo con Guido, e su questo ci sentiamo al lavoro con lui. Parlarne con il CSM lo sentiamo più difficile. Attualmente, data l’attuale emergenza sanitaria, su molti casi abbiamo attivato interventi su Skype in luogo degli interventi domiciliari. E’ un cambiamento di setting che si sta rivelando molto interessante, in quanto sta permettendo di rendere esplicito, con utenti e CSM committenti, quanto il valore dell’intervento risiede nel rapporto, non tanto in quello che “concretamente” si fa insieme (equivoco sempre presente in un contesto nel quale, come detto, si parla degli interventi principalmente attraverso i fatti).

Gli interventi su Skype si stanno attivando in molti casi, ma su Guido no. Per Guido il CSM ci richiede di andare di persona, hanno paura della crisi. La loro preoccupazione sembra infinita, e sembra essere legata alla fantasia che, per quanto riguarda gli utenti psichiatrici “cronici”, il cambiamento comporti crisi psicotica, più è grande il cambiamento, più sarà grave la crisi. Negli ultimi giorni e tempi abbiamo dimostrato di saper supportare Guido al telefono, di poter parlare con lui delle proprie difficoltà e di riuscire ad aiutarlo ad avere a che fare con le proprie emozioni angoscianti. Non siamo preoccupati quanto il CSM, pensiamo anzi che andare di persona metta a rischio due persone anziane in modo non necessario.

Il conflitto su queste due posizioni è ancora in corso, ed è molto duro. La diffidenza tra tutti i soggetti coinvolti è riemersa, ed è alle stelle.

Come trattare la preoccupazione del CSM e questo conflitto? Credo che questa questione riguardi il rapporto tra CSM e utenti “cronici”, e come si organizzi collusivamente su un controllo eterno e immutabile, dove il cambiamento è vissuto come angosciante per tutti. Credo che sarebbe utile convenire che il nostro lavoro possa avere come obiettivi uno sviluppo della simbolizzazione del cambiamento e uno sviluppo di dimensioni di desiderio, anche nei casi dei “cronici”. Che possa avere come metodo, la parola, il pensare vissuti e rapporti, non solo il fare insieme attività “concrete”.

C’è un interesse in questo lavoro da parte degli psichiatri del CSM, ce lo dimostrano i casi più “giovani”... Sarebbe necessario riconoscere ed esplicitare questo interesse, darvi forza e valore. Magari entro le famose riunioni organizzate da S., che potrebbero così assumere il senso di spazi in cui la committenza degli psichiatri del CSM verso il lavoro domiciliare anche sui “cronici” è riconosciuta, esplicitata e messa a verifica.