

Il percorso di cura tra ospedale e territorio. La rete degli interventi ed il progetto terapeutico

MARINELLA MAZZONE, SILVIA FERRARIS, ELENA MANZETTI, GIUSEPPE SAGLIO

Summary – THE CARE PATHWAY BETWEEN HOSPITAL AND LOCAL SERVICES. THE NETWORK OF INTERVENTION AND THE THERAPEUTICAL SCHEME. We are here presenting some thoughts about welfare pathways of patients who need composite interventions, that develop between hospital and territorial care, between health and socio-assistance services, reflecting on data from a survey conducted in the year 2008 on the patients of the Operative Unit of Psychiatry of Borgosesia. Synergy among different locations, roles and forms of the care is necessary to give response to the patients' needs, so as to build positive development, overcome standstills and constructively re-organise the scheme. The trust in the rehabilitative scheme and the hope of positive feedback coming from a good co-operation and encouraging strategy is necessary to sustain the daily effort aimed at "human response", involving patients, relatives, social and health services.

Keywords: COURAGE, ENCOURAGEMENT, NETWORK

I. Introduzione

«Su un piano di realtà il coraggio viene inteso come la capacità di guardare a una situazione o ad un compito nel termine di possibili azioni e interventi, di prodursi al superamento di eventuali difficoltà senza esagerarle e senza minimizzarle, mantenendo quindi la possibilità di "giudicare" obiettivamente e serenamente la realtà; ed è pur vero che è coraggioso chi agisce senza mete fittizie, chi non perde troppo tempo a recriminare, a compiangersi, a sviluppare comportamenti diretti a ottenere la compassione altrui; e ancora che il campo di azione dell'uomo coraggioso è quello sociale, dove azioni e motivazioni si confrontano» (6, p. 42).

Questo scritto ispira da molti anni il nostro operare quotidiano nella pratica di psichiatria territoriale e di comunità, con l'impegno alla costruzione di risposte più adeguate per la persona, inserita nel suo contesto familiare e socio-culturale, che si rivolge ai nostri Servizi. Abbiamo cominciato alla fine degli anni 70 in un ter-

ritorio quasi totalmente privo di risposte *in loco* alla sofferenza psichica, realizzando poco per volta una serie di spazi e di competenze professionali per articolare progetti terapeutici, costruiti “come un abito su misura” per i nostri utenti, tenendo conto delle caratteristiche specifiche dell’ambiente di vita [3, 4].

Il tema del *XXI Congresso Nazionale S.I.P.I.*, tenutosi a Bari nel maggio 2009, “Le strategie dell’incoraggiamento negli attuali contesti clinici e formativi” ha suggerito una riflessione sul coraggio necessario agli operatori dei servizi sanitari territoriali nel progetto terapeutico di pazienti multiproblematici, che si svolge grazie all’impiego di una fitta rete territoriale, costituita da maglie e nodi intricati.

La nostra ricerca verrà supportata da dati obiettivi e clinici, per meglio dettagliare e definire la tipologia degli accessi e degli interventi della nostra Unità Operativa. La metafora della rete permette di descrivere i rapporti tra diversi soggetti (nodi), siano essi individui, gruppi oppure organizzazioni. Sulla base di questa schematizzazione il *Dipartimento di Salute Mentale* può essere rappresentato da tre aree: un’area territoriale (rappresentata dal Centro di Salute Mentale), un’area di cura (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, Day Hospital) ed un’area della riabilitazione (Centro Diurno, Gruppi Appartamento, Comunità Terapeutiche).

Maggiore è la complessità della situazione che ci si trova di fronte maggiore sarà la complessità degli interventi che bisogna effettuare. La psichiatria si avvale per la formulazione di una diagnosi che consideri l’individuo nella sua complessità del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (edizione correntemente in uso *DSM-IV-TR*), che propone una valutazione multiassiale su 5 assi [2]. La valutazione multiassiale mette in luce l’eventuale necessità di coinvolgere altre organizzazioni (es. Servizio tossicodipendenze, Servizio di Neuropsichiatria infantile, Servizi socio-assistenziali, Servizi per disabili) ai fini di rispondere ai bisogni dell’individuo. Queste organizzazioni rappresentano, a loro volta, nodi di una rete che diventa più grande, più fitta, più complessa.

Sul piano operativo lavorare in rete significa, infatti, promuovere, organizzare, facilitare l’instaurarsi di legami tra le differenti parti allo scopo di attivare, attraverso flussi di comunicazione, risposte a bisogni. Per il raggiungimento del benessere di un individuo spesso è necessario mettere in atto differenti tipi di strategie, alcune delle quali mirate al consolidamento di relazioni già esistenti, altre alla creazione di nuovi legami.

Il lavoro di rete può portare alla valorizzazione ed all’ottimizzazione delle risorse, compensando la loro crescente scarsità, poiché è in grado di aggredire i problemi su più fronti, e di utilizzare modalità di intervento flessibili, personalizzate e strettamente radicate nell’ambiente di vita dei destinatari. La *Struttura*

Complessa di Psichiatria di Borgosesia si articola tra il Centro di Salute Mentale di Borgosesia, l'Ambulatorio specialistico di Gattinara, il Day-Hospital territoriale/Centro Crisi Diurno di Borgosesia con 4 posti letto, i Centri Diurni di Borgosesia e Gattinara [1].

Il Centro di Salute Mentale e il Day-Hospital/Centro Crisi Diurno di Borgosesia è aperto, dal 1986, tutti i giorni dell'anno al fine di garantire la risposta all'urgenza territoriale e le attività di *liaison* e consulenza presso i Presidi ospedalieri del proprio territorio, privi di S.P.D.C.

Il Centro di Salute Mentale è la sede organizzativa dell'*équipe* degli operatori ed il punto di coordinamento delle attività sul territorio. Le principali prestazioni effettuate sono:

- attività di accoglienza ed analisi della domanda;
- visite psichiatriche;
- colloqui clinici e psicologici;
- valutazioni psicodiagnostiche;
- attività di filtro ai ricoveri;
- consulenza specialistica presso gli ospedali;
- attività di raccordo con i medici di medicina generale e con i distretti;
- consulenza specialistica ai "Servizi di confine" (alcolismo, tossicodipendenze, neuropsichiatria infantile, ecc.) alle strutture residenziali per anziani e per disabili;
- accertamenti medico legali;
- psicoterapie individuali, familiari e di gruppo;
- somministrazione di terapie farmacologiche;
- visite domiciliari;
- supporto e gestione di gruppi con i familiari;
- rilevazioni epidemiologiche.

II. *Finalità della ricerca*

Il presente lavoro vuole prendere spunto da un'analisi descrittiva/retrospettiva effettuata sulle cartelle cliniche presso la Struttura Complessa di Psichiatria di Borgosesia-Gattinara, ai fini di analizzare i casi transitati nell'anno 2008, per articolarsi in riflessioni sulla complessità degli interventi terapeutici e sull'impegno coraggioso che occorre per intraprendere alcuni progetti terapeutico-riabilitativi.

Nel corso dell'anno considerato sono transitati 1048 utenti. Il 41% era rappresentato da individui di sesso maschile, mentre il restante 59% da individui di sesso femminile. Il 23% dei pazienti transitati nel corso dell'anno 2008 aveva meno di 40 anni, il 38% tra i 40 ed i 59 anni ed il 39% dai 60 anni in su.

L'accesso al nostro Servizio avviene attraverso diverse modalità di invio:

- medico di medicina generale;
- medici dei reparti ospedalieri e di pronto soccorso;
- familiari;
- utente stesso;
- forze dell'ordine;
- altri Servizi Sanitari (NPI; SerT, SSA).

La richiesta di consultazione è stata rivolta sia nei confronti di soggetti già noti al nostro Servizio, sia nei confronti di soggetti che giungevano per la prima volta alla nostra osservazione. La prima fase è stata di valutazione clinica e di inquadramento diagnostico. Pertanto in alcuni casi si è trattato di un accesso finalizzato ad una consultazione, mentre in altri è stato necessario la formulazione di un progetto terapeutico più o meno articolato che in alcuni casi ha necessitato, oltre al nostro servizio, della presa in carico o della partecipazione più o meno attiva di altri Servizi.

Le patologie che hanno carattere di cronicità e che abitualmente si associano ad una maggior compromissione del funzionamento globale (Psicosi schizofreniche, Disturbi dell'Umore e Disturbi di personalità) sono state riscontrate nel 40% del campione, per un totale di circa 400 pazienti.

Nel corso dell'anno esaminato, 56 pazienti sono stati ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di competenza territoriale (Ospedale di Vercelli). Nel 70% dei casi (39 pazienti) nel corso del 2008 è avvenuto un solo ricovero in SPDC, mentre nel rimanente 30% (17 pazienti) si è trattato di ricoveri plurimi. Le patologie che vengono più frequentemente riscontrate nei pazienti ricoverati in SPDC sono le Psicosi schizofreniche, i Disturbi dell'umore e di Personalità. Queste patologie rappresentano, infatti, oltre il 75% del campione esaminato per un totale di 44 pazienti. Procedendo nella nostra analisi abbiamo preso in considerazione i raggruppamenti diagnostici riscontrati nei soggetti che nel corso dell'anno 2008 sono stati sottoposti a più di un ricovero in SPDC: il 70% del campione è rappresentato da pazienti affetti da disturbi dell'umore e disturbi di personalità.

L'organizzazione del nostro Servizio consente altresì di accogliere le situazioni che necessitano di soluzioni intermedie tra una gestione domiciliare ed un ricovero ospedaliero, grazie alla possibilità di ricovero in regime di *Day Hospital* concepito come Centro Crisi Diurno, che si occupa di situazioni di crisi trattabili con interventi semiresidenziali, sito a Borgosesia, dotato di 4 posti letto ed aperto sette giorni la settimana. Nel corso del 2008 hanno usufruito di un ricovero in regime di D. H. 91 pazienti, la quota più consistente (43% per un totale di 39 utenti) rappresentata da pazienti affetti da Psicosi schizofreniche.

Il presente studio si propone altresì di analizzare l'afferenza ai Centri Diurni di Borgosesia e di Gattinara. Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale per trattamento terapeutico-riabilitativo a medio e lungo termine. I progetti terapeutici sono personalizzati e consentono di sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Nel corso del 2008 è stato formulato ed attuato un progetto riabilitativo attraverso la frequenza nei Centri Diurni per 86 pazienti, la maggior parte dei quali affetti da psicosi schizofreniche (67% per un totale di 53 pazienti).

In alcuni casi (n=38) è stata indispensabile, ai fini di una corretta risposta ai bisogni dei pazienti, l'interazione con il Servizio socio-assistenziale. Nel 39% dei casi si trattava di pazienti affetti da psicosi schizofrenica, nel 18% di soggetti con diagnosi di Disturbo di Personalità e nell'11% di pazienti con Ritardo Mentale. Il dato è suggestivo di come, laddove la diagnosi psichiatrica determini un peggioramento più marcato del funzionamento globale del paziente, più importante e significativa sia l'integrazione tra i diversi Servizi territoriali impegnati nel progetto terapeutico.

III. *Casi clinici*

Abbiamo voluto analizzare retrospettivamente il percorso di cura di quattro pazienti, seguiti dal nostro Servizio, che per complessità risultino esemplificativi del costante impegno necessario nell'operare quotidiano. L'impianto territoriale forte ed una buona integrazione delle agenzie curanti ha permesso la continuità della presa in carico e, per alcuni pazienti, il raggiungimento della semplificazione dei percorsi, rendendo l'adesione al progetto terapeutico più agile e meno faticosa sia per l'utente stesso che per gli operatori coinvolti.

CASO CLINICO I

Marina, 38 anni

I° accesso: 12 anni fa

Diagnosi: Disturbo borderline di personalità

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, CP, GA, Casa di Cura psichiatrica

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, Ospedale generale, SPDC, DH territoriale, CP, Casa di Cura psichiatrica

Profilo prevalente: SPDC, DH territoriale, CP

Gruppo curante: medico, infermiere.

CASO CLINICO II

Giuseppina, 65 anni

I° accesso: 30 anni fa

Diagnosi: Disturbo schizoaffettivo

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, domicilio, CD, altro luogo

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, DH territoriale, CD

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale

Gruppo curante: medico, infermiere.

CASO CLINICO III

Gino, 54 anni

I° accesso: 28 anni fa

Diagnosi: Disturbo schizoaffettivo

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, SPDC, DH territoriale, GA, domicilio

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, SPDC, DH territoriale, CD, GA

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale, GA

Gruppo curante: medico, infermiere, educatore.

CASO CLINICO IV

Luigi, 58 anni.

I° accesso: 14 anni fa

Diagnosi: Disturbo del controllo degli impulsi

Percorso terapeutico anno 2006-2007:

CSM, Ospedale Generale, SPDC, DH territoriale, CD, GA, Casa di Cura psichiatrica

Percorso terapeutico anno 2008:

CSM, DH territoriale, CD, GA

Profilo prevalente: CSM, DH territoriale, GA

Gruppo curante: medico, infermiere, educatore, psicologo.

IV. Conclusioni

Bisogna “avere una buona dose di coraggio” per procedere nel nostro lavoro su alcuni casi complessi, multiproblematici, con tanti fronti di difficoltà. È necessario avere la capacità di “tenere insieme” i diversi punti che compongono il percorso di cura nella direzione di un obiettivo comune, condiviso.

Il coraggio, forza d’animo nel sopportare i dolori o nell’affrontare i pericoli e le

difficoltà, ha a che fare con “la speranza che si possa fare qualcosa”, e con la previsione che si auto-avvera. Esprime una spinta propulsiva, la tensione tra il “qui e ora” e “il dopo”, l’andare avanti, l’andare oltre, già prefigurando quello che verrà in seguito. Incoraggiare significa infondere coraggio, animare, dar coraggio, farsi coraggio, conforto, incitamento, sostegno.

Il coraggio e la fiducia di un possibile risultato positivo deve essere presente nella “funzione pensante” del capo gruppo che cerca di tenere insieme le varie tappe del percorso e le varie agenzie in campo e far “fluire un’energia positiva”, che spinge per il divenire del progetto terapeutico. Il buon funzionamento del gruppo curante è indispensabile per far emergere quell’impegno coraggioso al servizio del progetto terapeutico nei casi difficili e gravosi [5].

Il coraggio circola tra i componenti del gruppo curante e tra i componenti dei differenti Servizi, quando i Servizi sono “coraggiosi”, cioè credono che alcuni risultati si possano raggiungere, in una dinamica costante tra “possibilità” e “limite”.

Il coraggio viene quando ci si accorge che è possibile vivere, a tratti in modo accentuato, la duplice dimensione, quella della “terra” e quella del “cielo”, dell’“oggi” e del “sempre”, del finito e dell’infinito [7].

Bibliografia

1. ASL 11 Vercelli Web Site, <http://www.asl11.piemonte.it>
2. DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Masson, Milano 2000.
3. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1995), Disturbi schizofrenici e gruppo curante: il sentimento sociale alla base del processo terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 49-57.
4. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (1999) Psichiatria nel territorio. Intervento "a rete" secondo linee Individual Psicologiche, in ROVERA, G. G. (a cura di), *Tradizione e cambiamento. Prospettive in Psicologia Individuale*, CSE, Torino: 139-151.
5. MAZZONE, M., SAGLIO, G. (2005), "Il gruppo curante tra dinamiche di potere, differenziazione culturale multiprofessionale e capacità terapeutica nella psichiatria territoriale", *XXIII Congr. IAIP*, «Potere e dimensione culturale», 26-29 maggio 2005, Torino.
6. ROVERA, G. G. (1981), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-47.
7. TURCOTTI, G. (in press), *Lezioni e scritti inediti*.

Marinella Mazzone
Dipartimento di Salute Mentale ASL "VC"
Via G. Marconi, 30
13011 Borgosesia (VC)
E-mail: dsm.bs@aslvc.piemonte.it