

Strutture intermedie: Progetto pilota: Centro sanitario territoriale Mentale La Posta Norte nella città di Rosario

Diagnosi:

L'ultimo decennio (2010/2020) è il periodo in cui viene fissata la scadenza per la sostituzione dei fornitori monovalenti con servizi basati sulla comunità; un obiettivo che non è stato raggiunto a livello locale. La piena attuazione della legge 26.657 implica la progettazione di un modello di assistenza comunitaria per la salute mentale (Community Mental Health Care, CMH) che deve ancora essere tradotto in pratiche interdisciplinari e intersettoriali e in una rete di assistenza sostitutiva. Attualmente, i modelli di assistenza nella nostra provincia coesistono in una situazione di transizione. Sebbene esistano numerose esperienze alternative di grande valore, con una storia e una traiettoria da recuperare e socializzare, non si è ancora riusciti ad attuare una politica sostitutiva e non alternativa al modello manicomiale e ospedalocentrico.

È necessario sottolineare che la domanda di assistenza è aumentata in particolare a causa della pandemia, che ha comportato ricoveri nelle strutture monovalenti esistenti nella provincia, interferendo con i processi di deistituzionalizzazione promossi con grande difficoltà da queste strutture e dai vari meccanismi appartenenti alla Direzione di Salute Mentale della Provincia di Santa Fe (DPSM).

A fronte di questa situazione problematica, si registra una maggiore preoccupazione per quelle situazioni di salute mentale che, pur riuscendo a essere contenute e stabilizzate negli ospedali generali o in brevi ricoveri in ospedali monovalenti, si cronicizzano o le loro dimissioni vengono ritardate per l'assenza di dispositivi **intermedi** che permettano l'elaborazione di progetti terapeutici singolari e offrano il supporto necessario per la vita in comunità.

Come previsto dalla Legge Nazionale sulla Salute Mentale e le Dipendenze N° 26657 - nel suo articolo 11° sulla promozione e l'attuazione di "... azioni di inclusione sociale, lavorativa e sociale" -, è necessario tenere in considerazione che la Legge Nazionale sulla Salute Mentale e le Dipendenze N° 26657 - nel suo articolo 11° sulla promozione e l'attuazione di

la *creazione di servizi intermedi* è considerata fondamentale, *un nuovo quadro istituzionale: i Centri Territoriali di Salute Mentale di Comunità (CTSM)*. L'idea di questi centri come nuclei permette di fare un salto di qualità nella rete sostitutiva e di uscire dal dilemma bidimensionale Ospedale - Centri di Salute Primaria (CAPS). Questo binomio, con i suoi disaccordi e le sue frammentazioni, ma anche con i suoi successi e le sue articolazioni, non riesce a smantellare la macchina dell'asilo.

Sostanzialità

Il progetto CTSM si basa sul seguente quadro normativo e istituzionale:

- La necessità di rispettare gli articoli 9, 11 e 27 della Legge nazionale sulla salute mentale e le dipendenze n. 26.657.
- La piena attuazione del decreto normativo 603/2013
- Strategie attuate dopo il regolamento della legge provinciale 10772/1991
- L'implementazione dei progetti di trasformazione degli ospedali Monovalenti: Colonia Psiquiátrica de Oliveros "Dr. Abelardo I. Freyre" e l'Ospedale del Centro Regionale di Salute Mentale "Agudo Avila".
- Nel processo di sviluppo partecipativo del *Piano Provinciale di Salute Mentale della Provincia di Santa Fe*; fondamentalmente nell'asse 4: "Rafforzamento e articolazione della rete sostitutiva di Salute Mentale (...) Per promuovere la vita comunitaria delle persone che utilizzano i servizi di salute mentale, è necessario rafforzare e accompagnare, oltre all'accesso alla salute, l'accesso ad altri diritti e supporti specifici per vivere, socializzare e lavorare". Pertanto, per orientare le pratiche e rendere disponibili le risorse, è indispensabile passare dalle esperienze alle politiche, in termini di valorizzazione dei dispositivi esistenti e della loro articolazione in una rete di servizi e programmi specifici interministeriali basati sulla comunità in una prospettiva di salute integrale e di inclusione sociale".

È da questo quadro normativo e istituzionale che nasce la necessità di creare una struttura intermedia nella zona nord e nord-ovest della città di Rosario. Questo rappresenta l'opportunità di costituire un'**esperienza istituyente, che sostituisce** l'idea che la complessità si trovi nel terzo livello specialistico con un'altra.

che lo colloca nel territorio, dove i conflitti si svolgono e hanno luogo. Sovverte la nozione di complessità sia nella lettura dei problemi che nel modo in cui li affronta.

La complessità dei problemi presentati dalla popolazione è intesa come i seguenti indicatori¹ :

- 1) Difficoltà nell'interpretare la realtà condivisa dallo specifico ambiente sociale -Il discorso dell'insieme (Aulagnier 2001) e quindi nelle relazioni interpersonali.
- 2) L'evoluzione prolungata nel tempo di queste difficoltà.
- 3) Uso frequente delle risorse sanitarie e sociali per i processi di autonomia, che comprendono diversi livelli di supporto.
- 4) Contesto sociale e riferimenti affettivi poco tolleranti, esauriti e inesistenti.
- 5) Ostacoli nell'accesso al diritto al lavoro, all'alloggio, all'istruzione, alla socializzazione.

La complessità dei modi in cui vengono affrontati questi problemi è dovuta a molteplici fattori di varia natura. La natura iatrogena del modello di cura egemonizzato dai discorsi medici e manicomiali è la principale. Questi discorsi trascendono le mura istituzionali e le discipline.

Per questo motivo la creazione di un Centro di Salute Mentale Territoriale implica la fondazione di un nuovo quadro istituzionale basato su un modello di cura. In quanto fulcro della rete sostitutiva, costituisce uno spazio di articolazione tra le varie strategie di assistenza in MCH. In quanto riferimento sociale e culturale nella costruzione di legami e continuità di cura nella MH, rappresenta una posta in gioco centrale nella sostituzione della logica dell'asilo.

L'esperienza italiana della Triestina Basagliana serve da riferimento e da trasmissione per questo progetto a Rosario. Un'esperienza pilota che raccoglie questa eredità e si propone di praticare e dimostrare qui - e in proiezioni temporanee in altri territori - che è possibile "vivere senza manicomi". (Rotelli 2014). La **Conferenza COPERSAMM-Basaglia ha fornito** consulenza tecnica per lo sviluppo del progetto.

Vicente Galli (2014) - che riprende anche l'esperienza basagliana - afferma: "È necessario smantellare anche i poteri e i saperi sul territorio, e lo stesso vale per i ruoli professionali,

¹ Questi indicatori si basano sulle dimensioni sviluppate nell'articolo "The category of Severe and Persistent Mental Illness: a contribution to the Primary Health Care Strategy" (La categoria della malattia mentale grave e persistente: un contributo alla strategia per l'assistenza sanitaria primaria), pubblicato nella rivista "Salud Mental y Comunidad" - edizione luglio 2022.

smascherare la normatività codificata degli specialisti, la loro complicità con la continuità della miseria. Anche in questo caso, i **Centri di Salute Mentale** appaiono come coloro che cercano il contrario: microcosmi che elaborano linguaggi, con uno scambio di affetti, etica, simboli, modi diversi di vivere e interpretare la propria vita".

La CTSM si costituisce intorno alla produzione di cure, per cui è necessario riflettere sul legame che si stabilisce tra la popolazione e gli operatori. Riprendiamo i contributi di Merhy (2013), che situa il processo di bonding come un gioco di aspettative e produzioni, in cui si producono azioni di accoglienza o il loro contrario rispetto ai problemi che queste persone sollevano in questo incontro. Allo stesso modo, il CTSM si basa sull'esercizio permanente di riconfigurare i propri processi di lavoro intorno ai problemi di salute presentati dalla popolazione che serve, collocandosi così in una prospettiva critica e collettiva di epidemiologia.

La continuità della cura prodotta da tutti i membri dell'équipe sanitaria può essere letta in termini di offerta ambientale (Winnicott 1965), che permette - attraverso l'uso di diversi oggetti culturali, sportivi, educativi, lavorativi e artigianali che facilitano un'esperienza - di intervenire sulle routine di cura. Non si tratta quindi di ricercare una routine di cura più o meno predeterminata che "ordini" il soggetto, ma piuttosto di basarsi sulla presenza di quegli oggetti che contribuiscono ad ampliare l'autonomia e rendono possibile il sostegno al lavoro, all'abitare e alla socializzazione, che vengono indagati, accompagnati e propiziati da operazioni di investimento libidico.

Anche lo status di "in-between" del dispositivo (CTSM) ha il suo correlato psichico, ed è qui che si intrecciano le politiche dell'istituzione e della clinica. Secondo Winnicott, una "zona intermedia" rappresenta il *passaggio* da uno stato di unità del bambino con la madre/padre a uno di relazione, come qualcosa di esterno e separato. La zona intermedia, quindi, è quella in cui avvengono le operazioni di transizione che rendono possibile il passaggio dall'essere uniti all'essere separati, ed è compito del CTSM progettare i supporti per queste operazioni.

Obiettivi

Viene proposto il progetto per la creazione di un Centro di Salute Mentale Territoriale:

- **Stabilire il CTSM come fulcro della rete sostitutiva per la salute mentale,** collegando la rete di assistenza sanitaria: PHC, Ospedali Generali, Matrix Teams di

SM, case di riposo, dispositivi socio-produttivi che dipendono dal DPSM e Ospedali Monovalenti in via di trasformazione.

- **Sostituire il ricovero in manicomio con la produzione di cure e attenzioni in SMC**, promuovendo l'assistenza ambulatoriale e interrompendo il ricovero e la riammissione all'Ospedale Monovalente della popolazione del territorio delimitato.
- **Co-costruire, insieme agli utenti e alle équipe del CAPS**, progetti terapeutici unici per la popolazione con problemi complessi di salute mentale nel territorio definito.
- Centralizzare e articolare la **gestione** intersettoriale e interministeriale **del supporto** necessario ai processi e alle strategie SMC.
- Articolazione con diversi attori socio-comunitari, organizzazioni, club, ecc. per **ampliare le strategie di sostegno alla comunità** e garantire la continuità delle cure nella SMC.
- Istituire la Residenza Interdisciplinare in Salute Mentale di Comunità (RISaMC) presso il CTSM con l'obiettivo di **formare operatori sanitari con il profilo di produrre approcci interdisciplinari e comunitari** alla sofferenza soggettiva.
- **Mettere in discussione le rappresentazioni sociali stigmatizzanti e segreganti della follia** con diverse strategie comunicative-pedagogiche-culturali-ludiche.

Descrizione

Il Centro Territoriale, nella prima fase di sviluppo del progetto, è lo spazio in cui vengono accolte e assistite le situazioni di MH più complesse del territorio definito. I progetti terapeutici e il supporto necessario per la vita in comunità sono concepiti in collaborazione con i team di matrice CAPS e SM.

In quanto fulcro della rete, centralizza e articola gli aspetti intersettoriali e interministeriali in termini di gestione delle risorse per il necessario sostegno alla MCH. L'obiettivo è quello di riunire le diverse proposte istituzionali e comunitarie presenti nel territorio di riferimento per la produzione di assistenza MCH.

Le persone iscritte al CTSM vengono anche indirizzate al CAPS più vicino al loro luogo di residenza. In caso contrario, il CTSM accompagna il processo di referral. I due attori in dialogo - CAPS - CTSM - articolano interventi e strategie.

La CTSM, in una seconda sezione, dispone di posti letto per il pernottamento di quelle situazioni che necessitano: o di un transito intermedio (un post) tra il ricovero e il ritorno a "casa", o di una pausa per evitare il ricovero e/o per ritirarsi dal circuito o dal luogo in cui transitano e vivono.

L'équipe interdisciplinare riceve le situazioni di sofferenza soggettiva che comportano complessità - caratterizzate nel razionale - ed elabora i progetti terapeutici individuali. Include anche l'approccio e l'accompagnamento dei riferimenti affettivi per la produzione di cure in SMC. A tal fine, il servizio è organizzato in modo tale che la sua modalità di funzionamento garantisca e accompagni l'espansione del sostegno alla comunità.

Pur avendo l'obiettivo di fornire assistenza a situazioni complesse in SM, la CTSM si propone anche come istituzione di transito, con l'accessibilità come valore fondamentale di utilizzo. In questo stesso senso, poter "esserci", al di là della partecipazione alle attività proposte, è un modo di abitare l'istituzione.

Zona di riferimento

Il CTSM si trova all'indirizzo **Bv. Avellaneda 330 bis**, prendendo come popolazione georeferenziata il distretto Nord e parte del Nord-Ovest della città di Rosario, ponendo come riferimenti le aree delimitate tra:

La via Junín - nella sua estensione est-ovest -, fino all'Avenida Circunvalación 25 de Mayo, e da lì verso il nord della città. Individuare come limite l'inizio del Comune di Granadero Baigorria.

La cosiddetta "Zona Zero" è inclusa nella popolazione di riferimento, escludendo le città di Granadero Baigorria a nord e Fisherton a ovest.



- CAP provinciali della subregione Nord-Ovest

Area di georeferenziazione

- Caps N° 16 - Paolo VI. Indirizzo: Genova 7235
- Caps N° 17 - Caritas Guadalupe. Indirizzo: French 2398
- Caps N° 47 - Comunità di Toba. Indirizzo: Juan José Paso 1840
- Caps N° 94 - Empalme Graneros. Indirizzo: Olavarría (tra Sorrento e Génova).
- Squadra Matrice della Zona Nord Est

Sottoregione Nord

- Caps N° 7 - 12 de Octubre. Indirizzo: Massa 470
- Caps N° 8 - Independencia. Indirizzo: Casiano Casas 1801
- Caps N° 20 - La Esperanza. Indirizzo: Ongamira 2899
- Caps N° 19 - La Cerámica. Indirizzo: Pizzurno 1933
- Squadra Matrice della Zona Nord

- CAPS comunali della zona di georeferenziazione
- Tappi Juan B Justo. Indirizzo: Juan B. Justo 2083
- Caps Casiano Casas. Indirizzo: Av. Casiano Casas 970
- Tappi 1° de Mayo. Indirizzo: Juan de Dios Mena 2265
- Tappi Salvador Mazza. Indirizzo: Floduardo Grandoli 3498
- Cappellini Alicia Moreau Justo. Indirizzo: Domingo Candia 3040
- Cappellini La posta sanitaria. Indirizzo: Yerua e Salvat
- Cappellini Juana Azurduy. Indirizzo: Berlín 3870

- 3 unità abitative assistite situate nella Zona Cero e nel Barrio Olimpico.

Popolazione target

Prima volta: popolazione prioritaria.

In considerazione dell'obiettivo di sostituzione del progetto, la popolazione dell'area definita del CTSM viene inizialmente analizzata insieme ai team di riferimento degli ospedali monovalenti. Viene effettuata una valutazione della produzione assistenziale e dei livelli di supporto nei progetti terapeutici individuali necessari per la vita comunitaria. In questo modo, si vuole incoraggiare la dimissione di questa popolazione e interrompere il ricovero o la riammissione di persone che vivono in quest'area nell'ospedale monovalente.

Secondo tempo

Nella seconda fase, vengono assegnate le persone con una condizione soggettiva che implica una complessità secondo i criteri di cui sopra e che sono indirizzate ai CAPS nell'area definita. Insieme ai team di riferimento a matrice MH, si valuta quale popolazione assistita necessita di un elevato livello di supporto per vivere nella comunità ed evitare così il ricovero in ospedale. Inoltre, la popolazione del

I membri del CTSM e del CAPS possono inizialmente essere inclusi nelle proposte del gruppo.

Allo stesso modo, fin dall'inizio, le persone legate ai CAPS del territorio definito sono incluse nella partecipazione alle proposte dell'area culturale del CTSM.

Area culturale

Il CTSM è inserito nel territorio come istituzione aperta ai legami comunitari. È uno spazio di circolazione sociale attraverso varie attività culturali, educative, ricreative, di svago, lavorative e connesse.

La progettazione dell'area si intreccia necessariamente con il criterio di non sovrapposizione delle offerte e in complementarietà con la ricognizione delle proposte esistenti da parte di organizzazioni sociali e istituzioni del territorio. Si costituisce sulla base della valutazione di ciò che deve essere incluso nel perseguimento del supporto necessario per la vita nella comunità e di ciò che gli stessi utenti del servizio di salute mentale costruiscono come loro interessi.

L'area si forma in base alla coerenza degli obiettivi istituzionali, per i quali ha il compito di essere un nodo di articolazione delle diverse proposte culturali, educative e lavorative del territorio, facilitando reti e progetti di lavoro comune come la costruzione di fiere, conferenze, festival, gallerie, mostre d'arte, ecc.

In linea con queste linee guida e con l'obiettivo di mettere in discussione le rappresentazioni sociali della follia e le sue stigmatizzazioni sociali, si progettano diverse strategie comunicativo-pedagogico-culturali per la costruzione di narrazioni che non escludano la diversità soggettiva e nel rispetto dei diritti umani.

L'area culturale del CTSM si inserisce nel programma **Abitare la cultura** del Piano provinciale di salute mentale, riprendendo così l'idea di articolare le esperienze culturali che si sviluppano nella città.

Ruolo del gruppo di coordinamento CTSM

- Liberare il processo organizzativo del servizio CTSM.
- Assicurare il funzionamento del progetto istituzionale.

- Sviluppare il programma di formazione RISaMC, con l'obiettivo di formare operatori sanitari con il profilo per produrre approcci interdisciplinari e comunitari alla sofferenza soggettiva.

Le équipe di riferimento degli utenti sono composte secondo il criterio dell'interdisciplinarietà e dell'intersettorialità, per cui sono composte da tutte le discipline presenti nella CTSM e con i diversi attori istituzionali, accompagnatori terapeutici, operatori di comunità, conduttori di laboratori, ecc. Si procede quindi a una differenziazione delle funzioni rispetto al progetto istituzionale, con la consapevolezza che le strategie cliniche implicano una costruzione singolare e dinamica.

Funzioni del team tecnico del Servizio CTSM

L'équipe è composta da infermieri, assistenti sociali, psicologi e psichiatri.

- Accoglienza delle situazioni e valutazione della loro complessità, necessità di assistenza e supporto.
- Affrontare situazioni di sofferenza soggettiva e co-costruire progetti terapeutici singoli che producano continuità di cura in SM per la vita in comunità.
- Centralizzare e articolare la gestione intersettoriale e interministeriale del supporto necessario ai processi e alle strategie SMC.
- Progettare diversi approcci di gruppo e comunitari per la produzione di cure in SMC.
- Funzioni di tutoraggio per i residenti RISaMC.
- Costruire strategie di comunicazione che sfidino le rappresentazioni sociali della follia e i suoi stigmi sociali.

Funzioni degli accompagnatori CTSM:

- Contribuire alla costruzione di progetti terapeutici unici per la popolazione con sofferenza soggettiva nel territorio definito, con enfasi sulla produzione di cure MH per la vita comunitaria.
- Svolgimento di diversi compiti nell'ambito delle strategie cliniche progettate: visite a domicilio, accompagnamento degli utenti a diverse attività, laboratori, spazi collettivi e gestione esterna al CTSM.
- Coordinare e/o accompagnare le proposte di laboratori culturali presso il CTSM.

- Compiti che facilitano l'accoglienza e il transito nella CTSM: supporto alla sala d'attesa, partecipazione all'accoglienza degli utenti, accompagnamento ai pasti e collegamenti sociali.
- Progettare e sostenere attività culturali e ricreative e la formazione professionale.
- Accompagnare le persone che necessitano di assistenza e alloggio notturno nel CTSM.

Funzione dei responsabili dei workshop CTSM:

- Progettare e coordinare i diversi laboratori artistici, artigianali, lavorativi e culturali che si svolgono presso il CTSM.
- Articolare le varie offerte di workshop nel territorio georeferenziato del CTSM.
- Articolare, con le varie proposte culturali, gli spazi e gli attori del settore artistico-culturale della città, l'organizzazione di eventi, conferenze e festival sulla salute mentale comunitaria.

Articolazione con l'organizzazione sociale Programma Andres Rosario (PAR)

Il progetto CTSM ha un legame strategico con l'ONG PAR che, oltre a sviluppare pratiche di cura della salute mentale, è impegnata nella creazione e nel funzionamento di cooperative sociali come strumento di accesso al lavoro e alla produzione di salute. Questo legame è concettualmente, tecnicamente e operativamente importante per lo sviluppo congiunto del progetto.

Bibliografia

- Piano Provinciale di Salute Mentale della Provincia di Santa Fe (2022)
- Rotelli, F (2014) Vivere senza manicomi. L'esperienza di Trieste. Buenos Aires : Topia
- Aulagnier, P (2001) La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciazione. Amorrortu editores Bs As.
- Merhy, E. e Franco, B. (2013) Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires. Editoriale.

- Winnicott, D.W (1965) I processi di maturazione e l'ambiente facilitante. Buenos Aires. Paidos.
- Velzi Diaz et al. (2022), La categoria di malattia mentale grave e persistente: un contributo alla strategia per l'assistenza sanitaria primaria (pp. 13-28) in <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-12>.