La tendenza dei Servizi del Molise è dunque quella di rendere sempre più marginali i contesti, riaffermare il paradigma individualista, implementare una ricerca del cambiamento evidente e misurabile.

Ma evidenza di cosa e soprattutto evidente a chi?

Il CSM di Termoli – dove lavoro [si passa alla prima persona, l’ipotesi è che legga Imma tutta la relazione] da 20 anni ha da sempre valorizzato spazi di pensiero sulle prassi di intervento, interessato a verificare la competenza a cogliere e trattare i cambiamenti della domanda che si rivolge al Servizio. Spazi di pensiero animati da quel **conflitto** che rende vero il lavoro d’équipe e dunque l’interesse a occuparsi dei problemi dei clienti. L’assenza del conflitto coincide – lo ribadiamo – con l’istituzione di un falso orientamento alla relazione, alla domanda. Questo del modo di intendere il conflitto ci sembra un altro nodo stretto e interessante dello sviluppo della nostra professione. Ci riguarda, in modo particolare. Concerne la nostra specifica professione proporne modelli di lettura psicologici, non valoriali.

Nel 2005, in nome del risparmio motivato dalla riduzione delle risorse, le quattro ASL presenti nel territorio molisano sono state occupate in un’unica Azienda Sanitaria Regionale. Negli anni si è assistito anche all’accorpamento delle Unità Operative Socio Sanitarie Complesse, mentre i Dipartimenti di Salute Mentale hanno mantenuto l’originale tripartizione territoriale fino al 2019: Termoli, Campobasso, Isernia. Dall’estate scorsa è nato un unico Dipartimento regionale, a dirigerlo è stato chiamato lo psichiatra che già dirigeva il CSM del capoluogo. La priorità delle politiche gestionali del Dipartimento è intuibile da un suo motto: quel che non è misurabile, quindi scientifico, è metafisica. L’intento è stato fin da subito quello di omologare le procedure dei tre servizi, con la dichiarata intenzione di rendere scientifico l’approccio locale alla salute mentale misurando quantità e esiti dell’interventi in nome della Evidence Based Medicine, considerato il cambiamento che modernizza i servizi e risolve i problemi derivati da gestioni familiste. Questo modernismo sta nei fatti mortificando la competenza del Servizio ad occuparsi della domanda del territorio.

A rendere particolarmente problematica la situazione è la scelta della Direzione di privilegiare finanziamenti a progetti che utilizzano interventi cognitivo comportamentali, rendendo così i curricula degli psicologi con questa formazione più concorrenziali nel caso di bandi.

Questo nuovo indirizzo si poteva intravedere già nel 2010 quando è stato introdotto il sistema informatico ministeriale per la rilevazione delle prestazioni effettuate all’utenza, CARIBEL, presente in molte regioni italiane, con possibilità di poterlo parzialmente adattare alle specificità territoriali regionali.

Nel sistema, la ripartizione delle prestazioni è per singolo professionista, che deve riportare la propria singola prestazione con il singolo utente (un colloquio, una seduta …). Non c’è spazio per il lavoro delle discussioni in équipe multidisciplinari che caratterizza il Servizio. Così come non rientrano in nessuna categoria di prestazione professionale i colloqui con i familiari dei pazienti se non consistenti in psicoterapia rivolta ai familiari. Tutto il lavoro di *pensiero su* il lavoro non può essere conteggiato.

Inizialmente abbiamo vissuto il CARIBEL come un adempimento a una richiesta istituzionale che non avrebbe influito sostanzialmente sul modo di funzionare del CSM. A svegliarci è stato un altro evento che non abbiamo potuto non considerare un indicatore di un cambiamento preoccupante. Nel 2016 viene bandito un concorso per il reclutamento di psicologi per un progetto della durata di un anno e finalizzato al “trattamento non farmacologico della depressione lieve”. Tra i requisiti: una formazione specifica in tecniche cognitivo-comportamentali oppure una esperienza certificata nell’uso di tali tecniche, ritenute le uniche compatibili con i criteri di scientificità richiesti dalla Evidence Based Medicine. L’Ordine degli Psicologi del Molise ha presentato un ricorso e in prima istanza ha vinto ma il progetto è stato successivamente approvato con qualche modifica non sostanziale poiché – questa la motivazione - non si trattava di una assunzione a tempo indeterminato ma limitata al tempo dello specifico progetto di intervento.

Così da giugno 2018 a giugno 2019 tre psicoterapeuti e tre terapisti della riabilitazione hanno lavorato presso il CSM di Termoli occupandosi delle stesse attività. Questo dovrebbe dirci qualcosa sull’effetto della diffusione della formazione tecnica di marca cognitivista rispetto alla nostra professione visto che di fatto la rende indifferente.

Le attività consistevano in:

* iniziale somministrazione di alcuni strumenti psicodiagnostici atti a definire lo stato depressivo prima del trattamento;
* conduzione di un intervento secondo le linee dei cosiddetti EST: *Empirically Supported Treatments*, consistenti, sostanzialmente, nel trasferimento di tecniche atte a modificare i comportamenti-problema.
* successiva somministrazione degli strumenti diagnostici per verificare il cambiamento realizzato.

Per capire il modello di scientificità a cui si fa riferimento parlando di interventi evidence based può essere utile un esempio. Uno strumento utilizzato per verificare l’intervento è la Scala della Depressione di Hamilton. Nella scala alcuni item fanno riferimento a comportamenti, fatti, annotati così come vengono riferiti dal paziente. Un esempio

|  |
| --- |
| **4 - INSONNIA INIZIALE** |
| * Non ho difficoltà ad addormentarmi
* a volte ho difficoltà ad addormentarmi (p.e. mi occorre più di mezz’ora)
* Ho sempre difficoltà ad addormentarmi
 |  |  |  |  |  |  |  |
| **5 - INSONNIA CENTRALE** |
| * Non mi sveglio durante la notte
* Sono diventato irrequieto durante la notte
* Mi sveglio durante la notte – segnare ‘2’ se ti alzi dal letto (a meno che non sia per urinare)
 |  |  |  |  |  |  |  |

In altri casi è lo psicologo che traduce la risposta del paziente. Sia prima del trattamento che dopo, in sede di verifica dell’efficacia. Un esempio:

|  |
| --- |
| **9 - DEPERSONALIZZAZIONE E DEREALIZZAZIONE ( Per es. idee di irrealtà, idee di negazione)** |
| * Per niente
* Lieve
* Moderata
* Grave
* Invalidante
 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **21 - SINTOMI OSSESSIVI E COMPULSIVI** |
| * Assenti
* Lievi
* Gravi
 |  |  |  |  |  |  |  |

*Quanto a dir come è* andata *è cosa dura*, tanto confusa è stata la conduzione dell’intervento durante il quale il progetto è stato più volte riformulato.

È interessante notare che inizialmente nessun caso rispondeva alle caratteristiche che i soggetti dovevano avere per essere inclusi nel progetto: 1. segnalati dai medici di base e non dal CSM, 2. diagnosticabili con depressione lieve, 3. assenza di trattamento farmacologico in corso. Per raggiungere la numerosità prevista la diagnosi si è estesa alla depressione media per poi includere anche casi di diagnosi di psicosi. Si è accettata la presenza di trattamento farmacologico. Si è incluso l’invio da parte degli operatori del CSM.

I risultati dell’intervento non sono stati ancora resi noti. Da alcuni documenti condivisi con gli operatori del CSM sappiamo che la maggior parte dei soggetti interessati non hanno partecipato alla fase dell’intervento. Si resoconterà? Nell’attesa della loro pubblicazione possiamo porre alcune considerazioni.

È interessante cogliere lo scollamento tra gli obiettivi del progetto e la domanda dell’utenza presente nel territorio. Di fatto il progetto afferma che gli interventi non si progettano a partire dalla conoscenza dei problemi presenti in un dato contesto ma a prescindere.

Altro aspetto da rimarcare riguarda una delle motivazioni a sostegno delle prassi evidence based: la riduzione dei costi (cost effectiveness).

Scrive Paolo Migone: “Sappiamo che negli ultimi tempi si parla sempre più della necessità di verificare empiricamente l'efficacia della psicoterapia, cioè di differenziare il più possibile le terapie che "funzionano" da quelle che "non funzionano" (o la cui efficacia non è ancora stata dimostrata - cosa, tra l'altro, ben diversa dalla *dimostrata inefficacia*).

Una delle conseguenze di questi sviluppi è la compilazione degli elenchi dei cosiddetti *Empirically Supported Treatments* (EST), cioè dei trattamenti supportati empiricamente o *evidence-based* (basati sulle evidenze), che sarebbero le uniche terapie che funzionano mentre tutte le altre non dovrebbero più essere praticate (inutile dire che tra queste terapie dichiarate "inutili" vi sarebbero quasi tutte le terapie psicoanalitiche).

Gli EST infatti stanno diffondendosi sempre di più tra gli operatori e amministratori della salute mentale, come uno dei tentativi di risposta al comprensibile bisogno di *accountability*, di maggiore *cost-effectiveness* [convenienza, riduzione dei costi].

A proposito della presunta maggiore convenienza degli EST, Migone cita la ricerca di Drew Westen (1999,, 2001, 2005) attraverso la quale si può notare che i trattamenti brevi manualizzati tendono a produrre una notevole risposta positiva iniziale ma che la maggior parte dei pazienti rimangono subclinicamente sintomatici, hanno ricadute o richiedono un ulteriore trattamento entro due anni. Inoltre è dimostrato che i tipici studi di efficacia escludono ben i 2/3 dei pazienti che nella pratica clinica reale si presentano per richiedere una terapia, a causa della comorbilità (cioè della presenza simultanea di più diagnosi) che peraltro è molto frequente.

In conclusione:

Il successo della cultura evidence based si nutre dell’afasia di chi lavora con modelli psicodinamici. All’interno di modelli psicodinamici un punto critico è rappresentato dalla mancanza di modelli capaci di leggere le relazioni. In un articolo pubblicato su RPC nel 2015 Roberto Vari - esaminando alcuni temi comuni emersi negli scritti che diversi studiosi hanno prodotto per la Special Issue del 2014 dedicata alla malattia mentale – rileva la concordanza degli autori nella critica agli approcci fondati prevalentemente sull’individuo, ritenuti da tutti riduzionistici e poco efficaci. Contemporaneamente, sostiene Vari, l’invito a spostare il focus dell’intervento verso la relazione tra individuo e contesto sociale avviene, talvolta, in assenza di un modello teorico chiaro.

Per rispondere all’imperante cultura delle evidenze a Termoli si è attivato un gruppo di pensiero e discussione tra professionisti di formazione psicodinamica che intende riflettere sugli strumenti di verifica di cui ci avvaliamo nella pratica clinica. Questo gruppo ci sta costringendo ad un proficuo lavoro di esplicitazione di terminologie e costrutti. Il gruppo si sta allargando includendo altre prospettive come l’epitemologia di Silvano Tagliagambe e incontrando l’interesse di Benedetto Saraceno, che ha rappresentato per tanti anni le politiche della salute mentale all’interno dell’OMS.

Si potrebbe concludere dicendo: per rispondere costruiamo occasioni di conflitto.