**ADN - I Servizi di salute mentale oggi - 25 gennaio 2020**

Questo seminario risponde all’esigenza di tornare a costruire modelli interpretativi dei Servizi per la Salute Mentale a fronte di cambiamenti importanti intervenuti sia nella sua organizzazione, che nel tessuto sociale dell’ultimo decennio. Vediamo riemergere prepotentemente problematiche di intervento relative al “mandato di controllo sociale” che la legge di riforma 180 aveva cercato di cassare , ex lege appunto, attraverso la massima sanitarizzazione possibile delle pratiche psichiatriche nella fase di ricovero. Penso alla chiusura dell’OPG e all’apertura dei REM (modulo Residenziale per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) nei Dipartimenti, ai sempre più stretti rapporti con la psichiatria carceraria.

A ciò si aggiunge l’inclusione dei SERT e , in alcune regioni, anche quella dei servizi per Disabili adulti. Di nuovo la psichiatria sembra doversi occupare di tutta la devianza. Quale impatto stanno producendo questi cambiamenti? Che senso prendono negli attuali DSM? Quali problemi hanno gli operatori e quali intercettano?

Peraltro questo ampliamento delle aree di crisi afferenti ai DSM avviene in un decennio di continua contrazione delle risorse del SSN nel suo complesso.

L’accorpamento progressivo delle ASL, quindi dei Dipartimenti, ha portato alla riduzione del numero complessivo delle strutture (i CSM in particolare) diminuendone l’accessibilità sul territorio nazionale. Mentre il personale ha subito una forte contrazione, l’afflusso di domande ai DSM è in continua crescita. A fronte di un 6% in meno di personale, solo nell’ultimo anno troviamo un 10% di contatti in più sul territorio nazionale (totale 86.0000 persone). [[1]](#footnote-1)

Nel Lazio, i servizi sono in una sofferenza numerica più alta che nella media nazionale. Aggiungo un dato importante: a una alta incidenza per alcune fasce diagnostiche significative, come la schizofrenia, si affianca una bassa prevalenza. Ciò vuol dire che molte persone vengono in contatto con i servizi, ma molte di loro non continuano il rapporto. I servizi sono richiesti e interpellati, ma incontrano difficoltà a mantenere un rapporto stabile con la loro utenza.

Torniamo a interrogarci su come i DSM affrontano la domanda che ricevono, per capire che senso prendono, attraverso i loro interventi, i nuovi problemi che incontrano.

SPS ha una lunga storia di rapporto con i Dipartimenti di Salute Mentale. Nella scuola di psicoterapia ha realizzato seminari e convegni dedicati alla Salute Mentale. Ripercorro alcune di queste occasioni di lavoro, in una sorta di bibliografia ragionata, utilizzando anche pubblicazioni della scuola, sia dei suoi docenti che di allievi e specialisti.

La prima giornata seminariale sul tema organizzata dalla scuola SPS, il 13 giugno 2009, aveva come titolo “il Tirocinio nelle organizzazioni sanitarie e di salute mentale”. Vi parteciparono anche tutor di varie strutture coinvolte, territoriali e ospedaliere. La scelta del tema di quel primo seminario non fu casuale. I Servizi per Salute Mentale sono stati, e sono ancora, anche della nostra scuola, una delle strutture organizzative più importanti nelle quali si esercita la professione psicologica e in cui si sperimenta la formazione psicoterapeutica.

Ricordo che l’obbligo del MIUR a effettuare tirocini in presenza di tutor psicoterapeuti, ha comportato, nei primi anni di istituzione delle scuole di psicoterapia, un uso quasi esclusivo di queste strutture come sedi qualificate di tirocini per quanti intraprendevano la formazione psicoterapeutica. E’ stato così anche per gli allievi del primo anno di SPS. Ricordo il contributo di Carli per RPC 2009 n1: “Il tirocinio nelle strutture di salute mentale”. Oggi solo un quarto degli allievi effettua tirocini nei DSM.

L’anno dopo ci furono due seminari: “La cultura locale dei CSM italiani”, il 14 maggio 2010, in cui vennero presentati i dati di una ricerca sul tema effettuata sul territorio nazionale, e “Gli utenti dei servizi di salute mentale”, del 9 luglio 2010, dove si rivolgeva particolare attenzione a due tipi di utenza: i malati psichiatrici, e gli utenti che fruivano delle psicoterapie. Siamo poi tornati sul tema con “Psicofarmaci e intervento psicologico clinico” del 24 gennaio 2012.

Abbiamo in varie occasioni discusso e condiviso il percorso che ha portato ad attivare tirocini in altri contesti organizzativi interessanti, diversi dai DSM. L’apertura a interventi psicanalitici, quindi a tirocini, in strutture che non hanno mandato di salute mentale, è stato il risultato di un lavoro importante di conoscenza di nuovi contesti, di costruzione di categorie interpretative emerse nei rapporti al loro interno, di un’ulteriore elaborazione del modello di intervento professionale psicologico che fonda la relazione psicoterapeutica. I DSM sono diventati uno dei contesti in cui lavorare, per conto proprio o come tirocinanti, non l’unico, sconfermando la fantasia che fosse quello obbligato per la formazione psicoterapeutica.

Al tempo stesso, la rilevanza culturale di questo settore della sanità pubblica resta altissima: influenza il senso della nostra convivenza. Ricordo il risultato di una ricerca pubblicata su X; si chiedeva ai cittadini romani cosa si aspettassero dai DSM: le attese non erano rivolte al trattamento dei malati mentali gravi, e nemmeno a quello dei problemi individuali da trattare con psicoterapie, ma ci si aspettava che si intervenisse sui problemi di convivenza centrali nel nostro tempo: sul futuro dei giovani, sull’affanno delle famiglie a occuparsi dei propri membri in difficoltà, e su ogni incompetenza relazionale più in generale. I DSM intervengono sulla convivenza, non solo da quando la chiusura dei manicomi ne ha fatto una capillare presenza nel tessuto sociale, accanto ai servizi sociosanitari dei comuni e delle ASL, ma ancora di più oggi con l’inclusione dei nuovi mandati prima ricordati X. I DSM sono un osservatorio interessante sui cambiamenti culturali in corso nel tessuto sociale, intervenendo, sia pure con modelli sanitarizzati, su problemi legati alle crisi di convivenza, alla sofferenza psicologica, all’emarginazione, alla devianza.

Tornando ai più importanti appuntamenti della scuola sulla salute mentale, ricordo

il convegno “Dagli ospedali psichiatrici alla convivenza con la malattia mentale”, del 30 giugno 2012, che ha visto l’uso di categorie psicosociali nella individuazione degli attori coinvolti nella convivenza con la malattia mentale. La presenza o meno di quello che chiamammo “il mandato sociale a occuparsene” è stata utilizzata per leggere il rapporto fra le diverse strutture sociali e i problemi di convivenza con la malattia mentale. I DSM , che hanno questo specifico mandato sociale, sono stati letti come un sistema dedicato di regolazione della malattia mentale. Non era però l’unico sistema che abbiamo ritenuto che se ne occupasse: scuola, servizi sociosanitari, altri contesti, come trattavano il problema attraverso i loro assetti culturali, dentro il loro mandato sociale, che non era specificamente destinato a questo scopo? Inoltre, i comuni luoghi di convivenza (bar, palestre, associazioni…), che pure organizzano legami sociali, come rispondevano ai problemi che la malattia mentale pone al loro assetto collusivo?

Nel corso degli anni, ci siamo occupati ampiamente di altri contesti che si occupano di salute mentale; per esempio attraverso il tema della disabilità, e in particolare della crescita delle diagnosi di disabilità in età scolare. Penso ai quattro seminari su “Psicologia Clinica e Disabilità”: del 10 giugno 2012, del 22 giugno 2013, del 1 dicembre 2013, del 26 ottobre 2014; al “Laboratorio sulla diagnosi di autismo” del 7 maggio 2016; ai tre seminari su “La cultura della diagnosi”: del 13 novembre 2016, del 27 novembre 2016, del 1 febbraio 2017; ai due seminari su “Età evolutiva e diagnosi a scuola”: del 11 febbraio 2018 e del 23 novembre 2019. Molti contributi proposti in tali seminari sono diventati pubblicazioni presenti su Quaderni o Rivista di Psicologia Clinica, a cui rimando.

Siamo anche tornati a studiare l’ospedale psichiatrico e la sua dismissione. Oltre al ricordato convegno “Dagli ospedali psichiatrici alla convivenza con la malattia mentale”, da cui sono derivate interessanti pubblicazioni, presenti nella RPC 2012 n.2, il 9 giugno 2013 c’è stato il seminario “ Il manicomio dalla rivoluzione industriale alla rivoluzione psichiatrica”. L’introduzione del metodo storico nella ricostruzione dei cambiamenti prodotti dalle legislazioni sui manicomi, fino alla legge 180 del 1978, ha permesso di rileggere le interazioni istituzione/territorio, prima che la dimensione valoriale sancisse come scontatamente salvifica la territorializzazione, impedendo di leggerne le dinamiche simboliche nella loro variabilità locale e nei loro problemi. Ci ha stupito quanto fosse territorializzata l’assistenza manicomiale, in certe realtà sociali.

Abbiamo continuato a interrogarci sulle dinamiche emozionali che costruiscono l’offerta dei servizi, inclusi quelli per la salute mentale, che comportano interventi di salute mentale. Ciò è avvenuto in molte occasioni. Direi in tutte quelle in cui ci siamo occupati di intervento rivolgendo l’attenzione al loro contesto, penso all’Ospedale, alla Scuola, alla Famiglia. Ricordo pure il seminario del 4 novembre 2018, sull’”Intervento fondato sul mandato di assistenza e controllo” dove l’intervento è rivolto a un’utenza a rischio di emarginazione e con un potere contrattuale debole.

Voglio ricordare anche un tema di studio che ci occupa da qualche tempo, che abbiamo definito Anomia contemporanea (cito tre seminari: del 29 ottobre 2017, del 27 gennaio 2018, del novembre 2019), con cui abbiamo evocato un pervasivo clima culturale attuale, di perdita di senso del futuro e della convivenza, e il lavoro che si prospetta a chi si occupa di salute mentale: riattivare contesti di relazione in cui tale senso possa essere rigenerato e condiviso.

I resoconti di intervento proposti in tutte queste occasioni hanno offerto materiale utile alla costruzione di nuovi modelli interpretativi dei servizi e delle loro culture, anche del modo in cui si occupano di salute mentale. L’interesse di queste analisi sta non solo nella sconferma di una fantasia di esclusività proprietaria del trattamento della malattia mentale da parte dei DSM, a questo deputato per mandato, ma anche dei limiti che i DSM hanno nel perseguire questo scopo, sia strutturali che culturali, e dell’utilità di una visione più integrata del problema a e dei luoghi di intervento. L’esclusività dei DSM nella formazione alla psicoterapia evidenziava – e ancora evidenzia, ove si pensi che l’allargamento delle possibilità di tirocinio ad altre strutture per le scuole di specializzazione, resa possibile dal MIUR, sia dovuta solo alla scarsità di posti entro i DSM - la presenza di una cultura della “tecnicalità”, ovvero di tecniche psicoterapeutiche senza teoria dell’intervento, ostacolante il riconoscimento di risorse locali presenti in altri assetti di relazione; risorse locali negate, o solo ideologicamente presunte altrove, in particolare nel “territorio”.

Facendo un passo indietro, ricordo che SPS ha condotto numerose ricerche sulla salute mentale in Italia, e diversi interventi in vari servizi, orientati da diverse committenze (Dipartimenti, SPDC, CSM; in Toscana, in Puglia, nel Lazio, in Molise, a Roma, a Trento, a Bologna); altri interventi sono stati attivati in relazione ai tirocini degli allievi.

In particolare, un riferimento importante nella comprensione delle culture locali dei CSM è la ricerca commissionata dal Ministero della salute alla cattedra di psicologia diretta da Renzo Carli, pubblicata nel supplemento al n3 della RPC del 2008.

La ricerca prende senso nell’intervento costruito con i suoi clienti (i CSM stessi), e ci consegna una articolazione straordinariamente ricca e molto utile di come le simbolizzazioni emozionali dei rapporti fra operatori, fra questi e i loro clienti, come anche della articolazione gerarchica che l’organizzazione propone, possano costruire modelli culturali profondamente diversi fra loro e interagenti, tali da intervenire in maniera determinante nella costruzione della realtà organizzativa e del suo funzionamento. Più in generale, emergeva nei servizi una profonda crisi anomica, specie nei medici, conseguente all’obsolescenza del prestigio sociale e della missione valoriale del recente passato; si rendeva necessaria l’individuazione di nuovi obiettivi, coerenti con quelli del passato, ma attenti al necessario adeguamento alla situazione attuale, quindi in relazione stretta con le attese del contesto sociale in cui il malato mentale è iscritto; ciò comportava la rinuncia a “imporre” un reinserimento fondato sulla colpevolizzazione del sistema sociale e del contesto familiare che devono farsi carico del reinserimento stesso, non più accettata; sembrava necessaria una despecializzazione della funzione gerarchica, e un’assunzione da parte dei responsabili di precise funzione manageriali: promozione delle integrazioni orizzontali, sviluppo di competenze volte alla conoscenza delle attese del cliente (paziente, famiglia e contesto di vita e di lavoro del paziente stesso), al fine di orientare l’azione del servizio all’analisi delle attese e alla loro soddisfazione. A questa ricerca ne affianco un’altra, più circoscritta, concernente SPDC romani, pure pubblicata come supplemento del n3 della RPC del 2008.

La ricerca confermava le tendenze evidenziate in quella sugli DSM: il vissuto anomico, e la necessità di un’evoluzione della gerarchia psichiatrica e dell’attenzione al cliente. Inoltre si sottolineava l’importanza di sviluppare le competenze in grado di intervenire anche sulla dimensione relazionale della crisi, in particolare entro il gruppo familiare e del contesto abitativo.

Aggiungo che in “Un Intervento in un Centro di Salute Mentale”, RPC n.1 2006 , abbiamo proposto una rilettura della storia dei CSM, in particolare nell’esperienza del Lazio, utilizzando come criterio le fantasie di rapporto fra il paziente e il servizio, così come emergono dai diversi assetti organizzativi che si sono succeduti nella quarantennale storia dei CSM, dal paziente obbligato dell’epoca ideologica, al paziente garantito del periodo dominato dalle tecniche psicoterapeutiche, alla costruzione del cliente.[[2]](#footnote-2)

Negli anni, i resoconti di molti allievi SPS in tirocinio presso i DSM hanno aiutato a pensarne l’organizzazione e la cultura. I resoconti mettono in luce il conflitto fra i problemi che emergono nelle domande di assistenza e le culture dei servizi, in particolare la “cultura diagnostica”, che interpreta tali domande attraverso gli interventi di strutture e operatori. Le “raccomandazioni” derivanti dalle ricerche del 2008 sono ancora attuali. Dal lato del tessuto sociale nel quale la domanda si produce, l’indagare l’Anomia contemporanea può aiutare a formulare ipotesi sui problemi ignorati dalla cultura diagnostica e sui cambiamenti che i servizi segnalano o lamentano.

Infine fra i molti contributi presenti sulla RPC sul tema, ricordo “ Il fallimento della collusione: un modello per la genesi della malattia mentale” RPC n.1 2014, e i numerosi contributi relativi a contesti anche lontani da noi, presenti su quello stesso numero della Rivista.

Sulla questione che stiamo trattando non abbiamo un corpus concluso di conoscenze. Sappiamo anche che il sapere che accompagna l’intervento psicoterapeutico psicanalitico è locale, fondato su ogni specifica relazione e ogni specifico contesto in cui tale relazione si avvera. Pescare in un patrimonio di modelli interpretativi e di intervento condivisi, per rispondere alla domanda di senso che incontriamo nella relazione che costruiamo con chi ci interpella, è quello di cui possiamo disporre. Che ci si lavori “direttamente” o no, la conoscenza della cultura della malattia mentale, anche su come viene interpretata negli odierni Dipartimenti, è molto importante per gli psicoterapeuti.

1. qui utilizzare dati SIEP: Salute Mentale : dai dati alle informazioni. SIEP: Quaderni di epidemiologia psichiatrica, n5/2019 [↑](#footnote-ref-1)
2. (E anche non pubblicato intervento ADN in Sapienza 2 febbraio 2018) [↑](#footnote-ref-2)