**Le culture dei servizi per la salute mentale in rapporto a mandato e domande: due esperienze di lavoro**

*G.Bernardini, A. Civerra, C. Colaci, S. Di Giamberardino, F. Melis, S. Ranieri*

Nella cornice di questo seminario, che si interroga sui cambiamenti culturali che attraversano i Servizi di Salute Mentale, riconosciamo l’interesse a lavorare in gruppo sui problemi che, nel lavoro e nel tirocinio, incontriamo in questi servizi. I contesti di cui stiamo facendo esperienza sono: PIPSM; due CSM della ASL RM2; interventi domiciliari attivati su committenza del TSMREE, DSM e Servizio Disabili Adulti della ASL RM4; Centro Diurno e Appartamenti Supportati della ASL RM2; due Centri Diurni della ASL RM1. Ci chiediamo se questa resocontazione di gruppo non parli del desiderio di usare il contesto formativo per individuare questioni trasversali di cui poterci occupare, a partire dal riconoscimento dei rapporti tra i diversi servizi.

Il vertice da cui partiamo è il rapporto tra le finalità definite dal mandato sociale e gli obiettivi che si possono costruire nel rapporto con le persone che questi servizi incontrano. Attraverso la resocontazione di alcune esperienze che ci vedono coinvolti, ci interroghiamo su quali eventi critici questi servizi riconoscano come tali, utilizzandoli per ripensare le proprie finalità. Quali finalità?

Entro il mandato di cura, assistenza e tutela della salute mentale, i diversi servizi assumono finalità che si articolano nella prevenzione, nella risocializzazione alternativa all’isolamento, nel reinserimento sociale e nell’autonomia delle persone individuate come utenti. Tali finalità hanno a che fare con culture che, se da un lato intendono l’intervento attuabile a prescindere dai problemi che incontrano, dall’altro, nel momento in cui queste finalità prescritte falliscono, possono mostrare interesse ad occuparsi della variabilità di questioni con cui si confrontano.

Resoconteremo di seguito due esperienze: la prima entro un PIPSM, servizio che si propone quale finalità la prevenzione; la seconda nell’ambito di un intervento domiciliare presso un appartamento supportato, le cui finalità dichiarate sono la risocializzazione, il reinserimento sociale e l’autonomia.

**Resoconto PIPSM.**

Una di noi, tirocinante nel PIPSM Colpo d’ala, sta attualmente portando avanti un intervento in due scuole superiori in collaborazione con il responsabile del servizio. Il mandato è la promozione e la prevenzione della salute, tradotto in attività quali lo sportello d’ascolto, l’analisi dei bisogni di salute della popolazione scolastica, la programmazione di spazi virtuali di comunicazione, la realizzazione di progetti mirati sui fattori di rischio, e così via. La metodologia di queste attività è tutta ad appannaggio dei singoli servizi e professionisti che si recano nelle scuole.

Nel condividere con il responsabile come tradurre il mandato della prevenzione nelle scuole, ci si è detti che, oltre ad aspettare l’arrivo degli alunni allo sportello, si aveva interesse anche a proporre alle classi di occuparsi insieme del loro rapporto con la scuola. Prevenzione, dunque, come possibilità di esplorare questioni ricollocandole nel contesto classe-scuola.

Dopo esserci presentati in tutte le classi, alcuni insegnanti hanno convocato il servizio per un problema: durante una lezione un alunno ha tirato dalla finestra un pacchetto di sigarette vuoto, sfiorando una persona che sostava nel proprio giardino accanto. Questi, sentendosi minacciato, ha chiamato i carabinieri, spaventando a sua volta professori e alunni. Ad allarme denuncia rientrato, la questione è diventata: mettere una nota a tutta la classe, oppure solo al responsabile del gesto? Ci chiedevano di dire loro cosa fosse più giusto fare a riguardo. L’intervento, ancora in corso, è quello di uscire dalla posizione di chi sa cosa si deve fare, per proporre di capire insieme cosa succede a lezione. La “responsabilità” in poco tempo diventa non di uno ma di tutti: “stavamo facendo casino”, il “casino” si è trasformato in noia, “ci annoiamo a scuola”, “stavamo facendo gli addobbi di Natale per l’open day del giorno dopo”, “abbiamo 16 anni, che ci frega di fare i lavoretti di Natale?”, e via dicendo.

E’ possibile dire cosa si è prevenuto in questo intervento? La sigla PIPSM sta ad indicare Prevenzione Intervento Precoce Salute Mentale. Facciamo l’ipotesi che la prevenzione e l’intervento precoce parlino di due culture che si presentano come apparentemente differenti: la prima sembra intendere l’intervento come possibilità di prevenire il rapporto con i servizi sanitari (non mandare i problemi a diagnosi psichiatrica); l’altra, una cultura medicalizzante, che anticipa il rapporto con i servizi (mandare i problemi a diagnosi il prima possibile), nella fantasia che prima si interviene, minori saranno i danni (anche in termini di costi e rapporti cronici con i servizi). In entrambe le concezioni, l’intervento sembra rivolgersi ad individui. Nel caso resocontato, invece, sembra che il dubbio delle insegnanti e degli studenti - mettere il problema a carico del singolo alunno o della classe - abbia permesso al servizio di mettere in crisi una visione individualistica della prevenzione/intervento precoce, aprendo alla possibilità di una terza via: interrogarsi sui rapporti interni alla classe e tra questa e i docenti, ovvero sulla relazione individuo-contesto. In che modo “Colpo d’ala” intende sviluppare gli interventi di prevenzione è dunque una questione aperta, una dimensione su cui attualmente ci si sente al lavoro, in particolare con il responsabile del servizio.

**Resoconto Appartamento Supportato**

Due di noi lavorano nel ruolo di operatori di cooperativa in un intervento di assistenza domiciliare presso un gruppo appartamento di utenti psichiatrici su commissione di un CSM della Asl Roma 2. Si tratta di domicilio privato situato nel quartiere di Centocelle in cui convivono 5 utenti. Il progetto è pensato dai vari psichiatri referenti dei singoli pazienti e coordinati dall’assistente sociale del CSM che si occupa di monitorare l’assistenza quotidiana degli operatori di cooperativa e di gestire le risorse utili per il progetto.

Gli obiettivi impliciti che rintracciamo nel lavoro di operatori sono: occuparsi della gestione economica dei vari utenti in modo da poter sostenere le spese di vitto e alloggio; assicurare l’assunzione farmacologica; organizzare la convivenza nel contesto abitativo per evitare conflitti, poiché la sostenibilità del progetto, anche economica, dipende dalla partecipazione di tutti; intervenire nei rapporti tra utenti e familiari per mantenere la motivazione all’investimento e supporto di questi ultimi nei confronti del progetto abitativo; occuparsi di sviluppare i rapporti di convivenza tra gli utenti.

Ipotizziamo che questi obiettivi abbiano come finalità quello di mantenere il contesto come dato, aderente alle fantasie che il CSM committente ha di quel servizio, utile a prescindere dalla simbolizzazione condivisa dagli utenti che partecipano a quel contesto.

Prendiamo per esempio A., utente del CSM e ultimo arrivato in casa. A. è un uomo sui 50 anni, passa tutto il giorno seduto sul divano tra telefono e zapping in tv, in una modalità di isolamento riguardo a ciò che lo circonda. Partecipa con inerzia al minimo indispensabile utile a sbarazzarsi delle “faccende”quotidiane, oltre che al rapporto con noi operatori e gli altri utenti. Parlerebbe per ore unicamente di film e fumetti, ma con il tempo è stato possibile potersi anche raccontare il motivo che dà al suo stare lì, raccontando di essere entrato in rapporto con i servizi intorno al 2008. In maniera causale, rintraccia l’inizio nella chiusura del negozio di alimentari a conduzione familiare in cui lavorava insieme ai suoi genitori, fallito a seguito dell’apertura di un supermercato. Senza lavoro e senza la capacità di trovarne altri, A. inizia a passare le giornate sul divano di casa, in cui convive con moglie e due figli. Accusato di non voler lavorare, il rapporto con la moglie si deteriora progressivamente, sino a quando quest’ultima, dopo numerosi conflitti seguiti da denunce, decide di andar via insieme ai figli. Tornato a vivere con i genitori, A. entra in contatto con il CSM, dove si guadagna la diagnosi di Depressione, e inizia a frequentare il Centro Diurno e dei tirocini lavorativi. Anche il contesto familiare d’origine comincia a dimostrare insofferenza nei suoi confronti, ad esempio i fratelli recriminano pari diritti alle attenzioni dei genitori. Con il CSM arrivano a decidere di trasferirsi in gruppo appartamento.

A. sembra parlare della sua vita come un avvicendarsi di attese esterne a determinarla. La domanda nei confronti del CSM è in realtà quella dei suoi contesti di convivenza. Ci fa paura riconoscere che molte volte lo ignoriamo, nel non sapere perché costruire un rapporto con lui. Anche noi pensando il rapporto con A. sentiamo una domanda, dal momento che proviamo rabbia nei suoi confronti perché ci chiede di lasciarlo perdere nella disperata fantasia di non esistere e di negare che esista il mondo e il futuro. Una fantasia che agiamo anche noi operatori nel lavorare lì. Fortunatamente A. per vivere in gruppo appartamento fa affidamento al sussidio del CSM e le recenti difficoltà nell’erogazione di questi fondi possono paradossalmente rappresentare un evento critico che mette in crisi queste fantasie collusive.

I mandati di risocializzazione e reinserimento sociale, che sembrano riguardare soprattutto il contesto dei centri diurni e degli appartamenti supportati sembrano molto coerenti con la cultura che ha generato la legge 180, volta a reinserire dentro dei rapporti l’individuo-malato mentale fino ad allora marginalizzato, senza occuparsi del contesto dentro cui è diventato marginale.

**Criteri di verifica e competenza a mandare a evento critico dei fallimenti collusivi. Quali sviluppi nel rapporto servizi-utenza?**

Ci chiediamo di quali cambiamenti si accorgono i servizi e in che modo vengono interpretate le domande di chi a loro si rivolge. Domande che sembrano legate alla possibilità di dare senso ai problemi che si vivono nei contesti di appartenenza e nel rapporto con i servizi stessi. Quando si perde traccia di questi problemi, i servizi rischiano di non riconoscere oggetti interessanti del proprio lavoro. Infatti, pensiamo che la medicalizzazione dei problemi, tipica dell’attuale cultura della salute mentale, parli della difficoltà in questi servizi di nominare prodotti del proprio lavoro, trasformandoli in oggetti potenzialmente visibili e misurabili, anche se espressi sottoforma di entità generiche quali prevenzione, salute, risocializzazione, autonomia. In questo senso, il mandato e gli obiettivi di questi servizi sembrano discostarsi dai problemi dell’utenza. Se non in termini di bilancio economico, questi oggetti sono difficili da riconoscere nel rapporto tra servizi e utenti, ma soprattutto dallo stesso servizio che cerca di istituirli come prodotto del proprio lavoro.

Prevenzione, risocializzazione, autonomia, salute sembrano dichiarare che l’attesa di questi servizi sia quella di vedere estinto il rapporto con l’utenza; spesso quando ciò non avviene si parla di cronicizzazione del rapporto con il servizio o di fallimento dell’intervento; pensiamo piuttosto di essere di fronte a qualcosa di diverso che rende necessario ripensare l’oggetto del proprio lavoro. Occuparsi di rapporti e contesti entro cui le persone che si rivolgono ai servizi vivono dei problemi, e non di malattia mentale, prefigura un rapporto esposto ad una variabilità preoccupante per i servizi, perché ancorata a dimensioni emozionali che si sottraggono alla possibilità di essere misurate, di essere condivise al di fuori dell’ambito soggettivo del rapporto.

Dopo il fallimento del mito della cura, sembra fallire anche quello della socializzazione, se intesa fuori dal rapporto con i servizi e con gli altri utenti. Rapporti che a volte vivono anche degli sviluppi interessanti, se pensiamo ad esempio ad alcuni utenti degli appartamenti supportati, che hanno espresso il desiderio di continuare a vivere insieme dopo la fine del progetto. Anche il CD sembra spesso usato come mero luogo di uscita dalla casa, tanto che sembra difficile riconoscere come prodotti i rapporti costruiti lì. L’obiettivo è dunque ridurre il rapporto col servizio o si può pensare a come svilupparlo?