



Contributo per la Sessione n. 2: **Il lavoro del/nel Dipartimento di Salute Mentale. Per un Centro di Salute Mentale regista della cura nel territorio** 14 giugno 2019

Puglia: prove di democrazia reale nei servizi di Salute Mentale

di **Mariella Genchi** - psicologa DSM Asl Bari

A proposito del tema “Per un CSM regista della cura nel territorio”, la domanda da porsi è: questa funzione da quale cultura deve essere caratterizzata?

Oggi, nonostante alcuni aspetti del lavoro in salute mentale siano stati acquisiti anche dall'establishment psichiatrico come, per esempio, l'associazionismo di utenti e familiari, di fatto prevalgono nei CSM, una cultura e una pratica basata sul modello bio-medico, con degli ammiccamenti alla genetica.

I Centri di Salute Mentale, si stanno arroccando sempre di più su un lavoro iperspecialistico in cui vengono erogate prestazioni settoriali inquadrabili in linee guide ministeriali o/e regionali che stabiliscono i percorsi di cura per risultare “non attaccabili”, secondo l'ormai diffuso alibi della medicina difensiva rispetto anche ad un'utenza che fa valere i propri diritti.

I CSM sono, prevalentemente, ambulatori dove i pazienti “attendono” terapie farmacologiche, visite psichiatriche e, nel migliore dei casi, psicoterapie. La cultura prevalente che indirizza il lavoro nei CSM si basa su modelli di *evidence-based medicine* (medicina basata sull'evidenza), che troppo spesso si mostrano inadeguati, in quanto tendono ad omologare i problemi della salute mentale a quelli della medicina del corpo.

Si dimentica la persona con la sua sofferenza legata sempre più a condizioni di precarietà socio-economica che contribuiscono a creare insicurezza, profonda solitudine personale e sociale. In particolare, “si trascurano quei fattori, che possono essere definiti extra clinici, e che si rivelano assolutamente necessari per la presa in carico e la cura dei disturbi mentali, come, per esempio, le caratteristiche individuali della persona sofferente, la forza dell'alleanza terapeutica con i curanti e le aspettative di ripresa e guarigione”¹

La critica ricorrente verso chi denuncia la perdita di questi valori che definirei etici, è di essere “anacronistici”, legati al passato.

Sicuramente le situazioni sono cambiate. Ai CSM arrivano nuova utenza e nuove domande, si affollano popolazioni portatrici di nuovi bisogni legati alle condizioni sociali: la povertà che si allarga al ceto medio, per la perdita o la precarietà del lavoro, i problemi degli immigrati, dei

¹ Cfr. *Le parole degli altri, Conversazione con Mario Colucci e Francesco Stoppa* in Pierangelo Di Vittorio, Barbara Cavagnero (a cura di) *Dopo la legge 180, testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, ed. Franco Angeli, Milano, 2019 p. 190

senza fissa dimora, degli anziani, degli adolescenti problematici, di coloro che non sono più tutelati da un welfare ormai in crisi e quasi inesistente.

Ciò che non cambia è la funzione della psichiatria o della salute mentale di essere un dispositivo di controllo sociale. Spesso pensiamo che di per sé, il fatto di essere servizi di salute mentale e non di psichiatria, ci garantisca e ci esima dallo svolgere questa funzione.

In realtà, la distinzione tra risposte di salute mentale e risposte di psichiatria che, implicitamente, rimandano all'idea di pratiche buone (le prime) e pratiche cattive (le seconde), appare più un artefatto che ci aiuta a mettere la coscienza a posto perché tende a nascondere la realtà: le une e le altre, sono sempre pratiche di governo della libertà dell'altro. Come verificiamo quotidianamente nel nostro lavoro, ci troviamo spesso nella condizione di prendere decisioni che influiscono sulla vita di una persona. ²

Non possiamo non assumerci la contraddizione, come operatori, di esercitare un potere tecnico anche nei servizi della riforma psichiatrica. La situazione è sicuramente diversa dal manicomio che rappresentava il luogo di esercizio di un sistema di controllo sociale di tipo repressivo ma, anche il territorio può essere il luogo di esercizio di un sistema di controllo più soft, di tipo paternalistico come può avvenire quando, in una pratica di salute mentale prevalgono rapporti di dipendenza sia nella relazione di cura che nel rapporto con le istituzioni.

La questione del potere dei tecnici che Basaglia e il movimento hanno posto alla base delle trasformazioni messe in atto, continua ad essere sempre aperta e rimane il vero discrimine nel lavoro di salute mentale, tra pratiche che tendono alla emancipazione reale degli utenti, da un lato e pratiche che non si pongono il problema di liberare i pazienti dall'assoggettamento al potere dei tecnici.

Diventa fondamentale valorizzare, allora, le esperienze in cui il protagonismo di utenti e familiari si esprime nel diritto ad avanzare istanze proprie ed autonome nei confronti dei servizi e di amministratori e politici. In un clima di partecipazione concreta, è possibile esercitare un potere decisionale ed essere liberi di esprimere la propria soggettività anche attraverso il dissenso ed il conflitto, in una dialettica di confronto tra le diversità.

E' possibile oggi che un lavoro di salute mentale si declini in una reale pratica democratica, partecipativa e comunitaria, visto che si parla molto di salute mentale di comunità?

Forse per rispondere a questo dobbiamo individuare nel nostro lavoro, alcuni punti fondamentali che non possono essere liquidati come anacronistici, perché invece entrano nel cuore di una questione sempre attuale che è quella di vigilare nell'esercizio del potere.

Dovremmo sempre impegnarci per:

- Creare una rottura nei rapporti di dipendenza senza cadere, come ci ricorda Basaglia, nei tranelli del paternalismo terapeutico
- Passare dalla logica della tutela a quella della contrattualità del paziente

² Cfr. *Le parole degli altri, Conversazione con Mario Colucci e Francesco Stoppa*, cit.

- Creare le condizioni in cui le persone assumano un potere decisionale e siano libere di esprimere la loro soggettività.

Sono dei pilastri su cui si deve basare una pratica di salute mentale comunitaria che si traduca in servizi aperti, accessibili, luoghi di socializzazione e d'integrazione, in cui si punta sul potere dell'autodeterminazione e sulle capacità delle persone di condurre la propria vita e di trovare le risorse per uscire dalle difficoltà. Sono questi i CSM dove si sviluppano le esperienze di auto-mutuo-aiuto, si stimola la creazione di cooperative sociali, e si sperimentano forme avanzate di cogestione di centri diurni, tra associazioni di utenti e ASL..

In Puglia attraverso la lotta al manicomio, (la Casa della Divina Provvidenza a Bisceglie, è stato il più grande manicomio d'Europa con più di 3500 ricoverati) e la costruzione dei nuovi servizi territoriali, si sono sviluppate pratiche di partecipazione da cui sono emerse, negli anni '90, esperienze forti di auto-organizzazione e di protagonismo degli utenti.

Più particolarmente, si sono sviluppate strategie socio-riabilitative oggi definibili come "orientate alla recovery.", intesa come capacità e percorso di ripresa della persona. Per noi e per i servizi che lavorano in questo senso, significa creare le condizioni per le quali le persone che si rivolgono ai nostri servizi, possano essere soggetti attivi e protagonisti dei loro percorsi di ripresa.

In tal senso in Puglia si è creato, da oltre due anni, un vasto movimento di utenti, familiari, operatori, associazioni della società civile che è resistenza dei valori fondanti una pratica democratica e, allo stesso tempo, proposta di cambiamento delle relazioni di potere.

A questo Movimento abbiamo dato il nome "Rompiamo il silenzio".

Bari, 25 luglio 2019