



Contributo per la Sessione n. 2: Il Lavoro del/nel Dipartimento di Salute Mentale, per un CSM regista della cura nel Territorio.

APPUNTI PER UNA REGIA NEI TERRITORI

di **Paolo Peloso**, Psichiatra Direttore UO SM Distretto 9 del DSMD dell'ASL 3 della Liguria – Genova.

Ho scelto di partecipare a questo gruppo di lavoro, rispetto ad altri altrettanto interessanti, perché mi è parso che nel titolo ci fosse qualcosa di non scontato, su cui mi sembra prioritario in questo momento riflettere: “per un CSM **regista della cura nel territorio**”.

Non è infatti, scontato che la cabina di regia della cura debba stare nel CSM, cioè nell'articolazione del DSM che è più vicina al territorio, e non nel DSM, più lontano dal territorio reale, concreto, fatto delle persone che lo abitano, soprattutto in quei casi nei quali la scelta è stata di portarlo a dimensioni sempre più gigantesche, sempre più vicine al modello del lavoro industriale e meno a quello artigianale. Che è decisamente più appropriato per un lavoro ad alta componente umana e relazionale come il nostro, nel quale non è possibile – e anzi ha storicamente fatto molti danni - ragionare in serie. Da molti anni perciò ho maturato il convincimento che la regia e la responsabilità della cura – e quindi le risorse e il “potere” di deciderne l'utilizzo - debbano stare nel CSM, vicino alle persone, mentre il DSM debba rappresentare un momento, certo utile, di coordinamento, confronto teorico e interfaccia con le istituzioni più “macro” (ASL, grandi Comuni, Regioni ecc.).

E mi ha fatto piacere che in questo caso sia stata sposata questa opzione, in modo che mi pare deciso: la regia della cura deve stare nel CSM, e il CSM deve essere radicato, ben impiantato “**nel**” territorio e non semplicemente collocato logisticamente “**sul**” territorio, deve essere il più possibile vicino al singolo paziente, alla singola famiglia, alle risorse concrete che il territorio reale, cioè la comunità reale, rende disponibili.

Non è però scontato neppure che il CSM riesca ad essere davvero “nel” territorio, e un problema importante mi pare quello delle **dimensioni** che il territorio e il relativo CSM dovrebbero avere. Lavoro da oltre 25 anni nei CSM, con un'interruzione di circa un anno, ho lavorato in CSM di 60-70.000 abitanti e di 130.000, e non ho dubbi sul fatto che in un CSM che non superi i 50-60.000 abitanti si lavori meglio, sia perché è più facile costruire un rapporto di reale appartenenza e reciproco nutrimento con un territorio più piccolo (le istituzioni, le imprese, le associazioni, le famiglie, le persone... la comunità insomma fatta di volti e di corpi reali), che perché anche le dimensioni del gruppo di lavoro possono essere più piccole e più funzionali al lavoro di gruppo, alla costruzione di un'identità e uno stile comune del gruppo.

Per il CSM, perciò, mi pare importante che abbia dimensioni limitate, ma che abbia a disposizione tutti gli strumenti per essere davvero cabina di regia: **per il territorio, insomma, small is better, ma per il CSM strong is better**. Nel CSM, è perciò importante che gli strumenti indispensabili al suo funzionamento - la funzione di CSM strettamente intesa come luogo della presa in carico, del Centro diurno e del Centro crisi h24 come luoghi della permanenza finalizzata a ripartire - siano caratterizzati da una **unità di direzione, unità di équipe e, preferibilmente, anche unità logistica, di luogo**. Il CSM deve essere **forte**, e rafforzarsi ulteriormente attraverso una relazione di reciproco nutrimento con il “proprio” territorio, che deve a sua volta aiutare a trasformarsi nella “propria” comunità.

Il CSM, più vicino al territorio, “nel” territorio, è quindi anche il luogo più idoneo **all’integrazione con il SerT e la NPI**, perché se questa integrazione avviene solo a livello di DSM, si rischia di dare vita a un mostro con tre corpi con un’unica testa, ma comunque tre corpi, e il problema dell’organizzazione a silos dei servizi che Fabrizio Starace invitava stamattina a superare, si supera nominalmente ma non nella realtà.

Il CSM “nel” territorio, è anche il luogo giusto, la dimensione giusta, dove può realizzarsi la **partecipazione** di pazienti, familiari intesi sia come singoli che come associazioni, che non sia solo mera rappresentanza, ma partecipazione effettiva alla programmazione e all’implementazione, alla regia insomma, della cura.

Il CSM “nel” territorio, è la dimensione giusta, mi pare ancora, nella quale **una comunità** con le sue istituzioni, le imprese, le associazioni, può appropriarsi della responsabilità di partecipare – e riconoscerlo come un proprio problema - a percorsi di cura che hanno per protagoniste persone che, a quel livello, hanno ancora un volto e un nome, mentre a livelli più astratti di generalizzazione tenderebbero a cadere nell’anonimato.

Ancora, mi pare che il CSM “nel” territorio rappresenti la dimensione giusta nella quale la psichiatria di comunità – e dico per inciso che io non condivido l’impostazione di chi tende a caricare il termine “psichiatria” di tutto ciò di negativo che c’è nella sua storia, ma credo che possano esserci una buona e una cattiva psichiatria, una psichiatria che si sforza di essere democratica e una che non lo fa, una che individua nella comunità il luogo, il soggetto e lo strumento della cura e una che produce istituzione e posti letto - può contribuire alla costruzione di percorsi di salute mentale che aiutino quella popolazione, la “sua” popolazione, a rispondere alle domande di integrazione dell’altro che possono evocare maggiori paure e incontrare maggiori difficoltà: **accogliere lo straniero che cerca aiuto ed opportunità, e ri-accogliere – continuare a sentire parte della comunità - chi se ne è reso estraneo attraverso il crimine**, soprattutto se si tratta di crimini gravi, incomprensibili o reiterati nel tempo. Ma accenno solo a questi problemi, che altri gruppi stanno affrontando.

Infine, mi pare che il CSM “nel” territorio, dovrebbe essere anche il luogo della regia dell’utilizzo della **residenzialità**, sulla quale anche un altro gruppo sta ragionando. Un utilizzo che abbiamo visto esplodere in questi anni, complici anche le ricadute perversi di due provvedimenti in sé necessari – la chiusura degli ex OO. PP. nel ’98-’99 e la chiusura degli OPG tra 2008 e 2015 – e che potrà, credo, essere contenuto soltanto se la regia sarà riportata nei gruppi di lavoro reali (i CSM) e nella comunità reali (i territori), e un uso alternativo di quelle risorse sarà reso effettivamente possibile col budget di salute del quale anche oggi abbiamo parlato. La reistituzionalizzazione - e Angelo Fioritti ci metteva in guardia in un bell’articolo scritto con Stephan Priebe già nel 2004 - sta galoppando sotto i nostri occhi, con il duplice effetto di rendere sempre più largo e insostenibile lo iato tra la teoria di una psichiatria realizzata nella comunità e la pratica di una psichiatria per la quale la soluzione istituzionale torna a essere la norma, e di assorbire una quota sempre di più alta delle risorse a disposizione a detrimento dell’unica parte comprimibile, quella destinata al funzionamento dei CSM, il che genera inevitabilmente nuovi accessi alla residenzialità e limita la possibilità di sostenere le uscite. Riportare davvero al CSM la regia della cura anche a questo riguardo potrebbe essere lo strumento giusto – insieme a una sorta di moratoria, che potrebbe rendersi necessaria, sul numero di posti letto a disposizione di ogni territorio, e soprattutto a una maggiore flessibilità nell’utilizzo delle risorse, che non può davvero attendere oltre - per sensibilizzare i gruppi di lavoro e l’utenza a questo problema, e all’urgenza che abbiamo di affrontarlo.