



I RAPPORTI SUI LAVORI DELLE SESSIONI PARALLELE

Sessione n. 2: Il lavoro del/nel Dipartimento di Salute Mentale. Per un Centro di Salute Mentale regista della cura nel territorio.

Relatore: Angelo Fioritti, direttore DSM-DP Ausl Bologna

Rapporteur: Roberto Mezzina, direttore DSM Ausl AoTrieste

PSICHIATRIA O SALUTE MENTALE? POLITICHE E DISCORSO PUBBLICO

- Gli interventi si sono articolati a partire dalla relazione introduttiva di **Angelo Fioritti**, che ha posto come centrale la questione se i servizi italiani siano servizi psichiatrici o servizi di salute mentale, in relazione ai bisogni che esprimono oggi le comunità e ai mandati impliciti ed espliciti che convergono sui servizi di salute mentale. I 13 “nodi da sciogliere”, da lui indicati, tra DSM e comunità, tra DSM e azienda / organizzazione sanitaria, tra DSM e utenza allargata, sono stati altrettanti spunti considerati dai partecipanti al gruppo.
- Lo “*sbilanciamento del discorso sulla “psichiatria”*” è stato riconosciuto come uno dei nodi attuali sul tappeto, in termini di culture, prassi operative, figure professionali. Nei fatti i servizi costituiscono Dipartimenti di psichiatria, che spesso hanno “tradito” le promesse della legge 180.
- Lo psichiatra resta il vero *dominus*, col suo sapere e potere, ma il suo ruolo va contemporaneamente gestito e negato (Minervini). Alla predominanza della figura dello psichiatra va contrapposta non solo un generico “operatore della salute mentale”, o la multiprofessionalità, ma soprattutto il peso della cittadinanza attiva, intesa come famiglie, volontari, associazionismo. La dicotomia Psichiatria / Salute Mentale può risultare mistificante, in quanto va ricordato che “noi operatori comunque governiamo la libertà degli utenti” (Genchi). Tale contraddizione tra cura e controllo comporta decisioni sulla vita delle persone, per cui è necessario cercare di ridurre questo dislivello di potere.
- E’ stato ricordato che per Basaglia bisognava toccare il potere dei tecnici, cercare alleanze storiche per pratiche di emancipazione attraverso **reti sociali**, le quali risultano di vitale importanza se ci si pone l’interrogazione su che cosa sia il territorio e su cosa esso rappresenti nella cura. Se si presuppone la centralità della persona, in una visione complessiva e prospettica, esso va visto come il luogo che si prende cura e che risana, attraverso un’integrazione tra sociale e sanitario, che si articoli a partire dalla prevenzione e dalla promozione della salute mentale nelle scuole, verso una prevenzione secondaria per poi andare verso una presa in carico globale e continuativa. E’ stato fatto riferimento all’OMS per le aree di intervento prioritario e per una piena integrazione dei servizi e dei programmi in un’ottica intersettoriale.
- Tutto ciò richiederebbe una presenza della **Politica** ed un rapporto attivo con essa. Ma essa appare più spesso assente dalle problematiche della salute mentale, come si evidenzia in particolare a livello delle singole regioni, secondo quanto riportano operatori e associazioni. E’ invece necessario un livello regionale che indirizzi, pianifichi coi DSM e i

cittadini, e che si giovi di una raccolta di dati ed osservazioni sui bisogni emergenti. A livello regionale o locale le consulte, costituite sulla possibilità di condividere scelte con tutti i principali soggetti del territorio, in molte realtà non sono attive anche da anni. D'altronde, se da un lato la regione deve programmare, c'è bisogno di un nuovo Accordo Stato-Regioni.

- Va inoltre fatta un'opportuna riflessione sulle aziende sanitarie, circa la loro apertura democratica. **L'azienda sanitaria** è una nuova istituzione in sé, rigida e burocratica, lontana dagli scenari e dalle problematiche della Salute Mentale, a differenza delle USL che erano più piccole e con una certa potenziale partecipazione democratica. E' stato evocato il percorso che ha portato al sostanziale fallimento delle opportunità di controllo democratico contenute nella L. 833 attraverso passaggi legislativi successivi.
- Oggi, in un momento in cui si percepisce un clima di **neo-manicomialità**, che assembla e accomuna problematiche diverse attraverso risposte preformate orientate solo dall'esclusione, è percepibile un clima di maggior controllo sociale e ben definite istanze securitarie, spesso evidenziate dall'azione della Magistratura (Gabriele). Occorre denunciare questo clima e il rischio di un nuovo circuito della devianza, che addirittura possa riportare la psichiatria sotto l'egida del Ministero degli interni, mentre la legge 180 aveva completamente escluso ogni intervento di altre competenze istituzionali e poteri che non fossero quelli sanitari.
- Tuttavia sempre più i territori, le comunità esprimono un disagio sociale su cui non si può praticare una strategia di sottrazione e di assenza: bisogna "mettere le mani" in posti dove insistono Casa Pound, i rom, i clan malavitosi, intervenendo in maniera preventiva sui determinati sociali di salute.
- La moltiplicazione di risposte preformate si manifesta invece nel crescente numero di **residenze** di ogni tipo che proliferano quasi ovunque in Italia, mentre viene chiesto anche da Direttori di DSM l'aumento delle Rems (una per ogni DSM a Roma?). Va contrastata una certa subordinazione dei tecnici al potere giudiziario che, al fine di svuotare le carceri, in quanto serbatoi di miseria che scoppiano (di devianza, marginalità e di immigrati), invia le persone nelle strutture residenziali con ordinanze repentine, da eseguire entro 24 ore.
- Ci sono resistenze anche ad un abitare come diritto ad una vita normale, come l'imputazione per apertura di "struttura sanitaria abusiva" per gruppi appartamento con regolare contratto di affitto sottoscritto dai pazienti. Anche ciò conferma che occorre lavorare su uno stigma della pericolosità che resta radicato nelle istituzioni, nei magistrati, nelle FF.OO.

IL MODELLO ORGANIZZATIVO, TRA DSM E CSM

- Ci si è chiesto, riflettendo sul rapporto tra DSM e CSM, quale dei due sia il soggetto prioritario, soprattutto nelle grandi città. Peraltro il Budget dei DSM non è noto per lo più ai suoi responsabili e quindi non è in realtà controllabile o facilmente modulabile e ciò appare complicato da una situazione nazionale che vede un generalizzato taglio alle risorse. **Il DSM** è pensato per realizzare forme di coordinamento, dare indirizzi generali e gestire poche attività specialistiche non attuabili a livello dei CSM.
- Riguardo al tema *dell'estensione disciplinare del DSM* si conferma la presenza di modelli organizzativi diversi da regione e regione o anche in una stessa regione (ad esempio Nucera ha affermato che nel Lazio bisogna uniformare la *vision*), con una difformità di servizi sul territorio che è peraltro legata alla diversità di risorse economiche disponibili, il che si traduce in Dipartimenti con o senza le dipendenze o la NPI. Si tratta certo di definire gli orari di apertura dei servizi (tema che è anche legato alle diverse risorse economiche e al loro uso), ma non solo. Secondo Ruggiu, in Ogliastra, terra con "tassi di suicidio come la

Scandinavia”, nei DSM o fuori dai DSM si parlano lingue diverse, spesso non si riesce a comunicare e non c’è collaborazione; dal canto loro i familiari dicono che i DSM non capiscono la disabilità intellettiva o lo spettro autistico. Rispetto alla prevenzione degli esordi, occorre creare servizi di transizione con la NPI, soprattutto per lavorare insieme e imparare reciprocamente.

CENTRALITÀ DEL CSM

- La **centralità del CSM** è importante sia per il coordinamento che per la cura, col monitoraggio costante delle reti sociali, il collegamento con la NPI, la riqualificazione delle SR per i minori. Occorre l’integrazione degli enti interessati per l’ambito sociale, il supporto tra pari, il potenziamento delle cure a domicilio, la continuità di percorsi clinico-sociali. Partendo dall’ottica della NPI, occorre riconoscere che la tutela della salute mentale e del benessere psicologico è un importante obiettivo di salute e quindi va potenziata la prevenzione, coinvolgendo i Medici di Medicina Generale.
- **Il CSM dovrebbe essere il fulcro** del Dipartimento di Salute Mentale. Nel discutere dei vari modelli di DSM e di CSM, si è parlato delle dimensioni dei territori, anche tenendo conto delle loro diversità. Ad esempio, in Lazio, a Tor Bella Monaca, vi è un CSM per 300,000 abitanti in una situazione di grave disagio sociale, emarginazione e criminalità, con pochi operatori e senza psichiatri; l’ASL Roma 2, per 1.500.000 abitanti ha 6 CSM; nel DSM Nord Sardegna appena costituito, vi è un CSM per 370.000 abitanti a Sassari, con assoluta prevalenza della figura dello psichiatra. Peloso, riferendo della sua esperienza in CSM da 60 a 130.000 abitanti, ha affermato che un CSM “debba essere grande non più di quanto NON debba essere grande”. Infatti il CSM propone una vicinanza tra luogo decisionale e luogo dove si lavora in equipe. Un territorio più piccolo permette di costruire reti e senso di appartenenza, rapporti col territorio, specie se il CSM coincide con un solo paese, e può occuparsi direttamente di politiche su casa, lavoro, tempo libero, essere luogo di regia dei Budget di Salute e di partecipazione reale. La dimensione del CSM è quella corretta per attuare l’integrazione con Dipendenze e NPI, per la gestione dei problemi anche per persone che commettono reati, migranti, ecc. insieme con gli attori istituzionali e sociali del territorio. Gestendo attivamente l’accesso alla residenzialità, il CSM stesso può contrastare accesso a residenzialità così detta “pesante”.
- Per rispondere alla complessità, è necessario che il CSM sia un dispositivo che permetta la **visibilità dei bisogni della vita intera della persona** (Mezzina). Dovendo essere luogo centrato sulla persona, il CSM necessita del lavoro d’equipe, di confronto e di dialettica, per la costruzione di un senso comune dell’agire, dando voce a tutti. Il desiderio dell’utente è altrettanto importante del suo bisogno. La persona è la stessa anche se in crisi e si deve decostruire il momento critico e l’eventuale allarme sociale.
- In tale logica, il **“CSM regista del territorio”** è stata ritenuta una metafora utile (Bruschetta), in cui allora soggetti diversi avranno la proprietà intellettuale del film: montaggio, luci, colonna sonora, etc. Ecco la necessità del lavoro d’equipe, delle relazioni gruppi. Le dinamiche di gruppo complesse sono correlate ad una maturazione emotiva, psichica anche di utenti e familiari. La metafora va però interpretata: il CSM deve coordinare e decidere mettendo insieme le esigenze di tanti tecnici che “fanno il film”, così come tanti servizi fanno il DSM. Però occorre fare formazione per diventare capaci di essere registi, di sviluppare la creatività propria e degli operatori, imparando a coordinare il lavoro degli altri oltre la ricerca di certezze nei setting di colloquio, tipica soprattutto dei giovani psichiatri. Altre figure professionali devono quindi rendersi maggiormente autonome: gli infermieri nel CSM “regista del territorio” devono appropriarsi di questo luogo fondamentale (Cicatiello) in quanto primo riferimento del cittadino, sviluppando forme di operatività autonoma ad esempio nell’accoglienza e nella prima valutazione della domanda nonché nell’invio all’equipe.

- Si è riaffermato che in questo senso il Gold Standard è il **CSM aperto 24 ore**, con posti letto, che deriva direttamente dalla deistituzionalizzazione perché doveva rappresentare un nuovo servizio posto in mezzo tra ospedale e territori, nello “spazio della salute mentale”, “senza il quale ci sono le comunità residenziali cronicizzanti” (Minervini).
- Il CSM 24h (Luchetta), definito come “specie rara, protetta, speriamo non in via di estinzione”, a Trieste è una casa, un villino, che concretizza l’idea stessa della prossimità. In un anno il CSM segue 1000 utenti; ha un habitat di casa, un mobilio funzionale; vi è un’accoglienza che dalle 8 alle 20 garantisce una risposta, decodificando le domande, senza usare liste d’attesa e, ove necessario, indirizzando verso altri servizi ed enti; non c’è il ticket. Il CSM attua percorsi personalizzati, agisce proattivamente nei luoghi di vita, intendendo evitare logiche ambulatoriali, il rapporto 1:1, rompendo lo schema duale verso una intersoggettività. Cerca di attivare la comunità, le sue risorse; dispone di posti-letto per crisi ma anche per domande meno specifiche dell’utenza. La continuità terapeutica si attua sia in un momento di difficoltà che nella vita prima e dopo. Lavorare sulla crisi crea rapporto di fiducia ed è offerta anche un’alta intensità di contatti domiciliari. Non c’è un Centro Diurno in una sola sede, ma è diffuso in vari luoghi della città. Sono attivi i Peer Supporter. Su tutto questo è fondamentale interrogarsi ogni giorno.
- Dunque il CSM deve essere “forte”, capace di attività territoriale e ambulatoriale, anche di Centro Diurno, in una unità di luogo. Ma per andare dove? Sicuramente verso la deistituzionalizzazione e l’integrazione sociale. Si propone per il territorio lo slogan “*small is better*”, mentre per il CSM “*strong is better*”.
- Oggi si registra tuttavia una **regressione dei modelli di servizio territoriale**, pur con tentativi di trovare soluzioni o di operare razionalizzazioni a volte utili. A Settimo Torinese oggi vi è un CSM aperto 12 ore 7/7, anche di domenica e nei festivi con continuità infermieristica, mentre la continuità notturna già avviata fu sospesa anni fa per sostenere turni in SPDC. Il servizio “cerca di non farsi vedere”, ma rischia di essere un luogo di transito tra SPDC e residenzialità; essendovi pochi operatori, non si riesce in maniera sufficiente a fare integrazione sociale. Per Pittalis, ora responsabile di un servizio di riabilitazione dopo l’esperienza del CSM di Sassari, oggi bisogna riconoscere in Italia le differenze, gli abissi che ci sono, dalle buone pratiche riconosciute dall’OMS al completo misconoscimento delle problematiche della Salute Mentale. In molte realtà si è assistito ad un declino dei CSM, all’impoverimento dei servizi territoriali, spesso accompagnato da una contemporanea esplosione della residenzialità.
- Anche laddove è stato implementato un modo di operare in CSM realmente orientati al territorio, essi sono stati troppo sensibili a cambiamenti politici, fatto che in alcune regioni ha portato al vero e proprio smontaggio di un sistema 24 ore preesistente. L’ASARP Sardegna (Melis) ricorda che se non ci sono (più) i CSM 24h, la famiglia “arranca”, sperando in singole figure di psichiatri “illuminati”. A Napoli, viene riferito, si è assistito alla “distruzione della salute mentale” tra il 2012 e il 2016.

PARTECIPAZIONE E RAPPORTI CON L’UTENZA ALLARGATA, PER UNA NUOVA CULTURA

- Nel ripensare ai modi nuovi attraverso cui fare salute mentale e non solo psichiatria, è stato ricordato che occorre valorizzare le nuove culture che sono emerse, **le variabili povere dei servizi** (Pecchioli), perché tutto ciò che è davvero efficace spesso non viene valorizzato, per un malintesa subalternità al modello medico, come la condivisione e lo stare insieme, il mangiare, parlare e vivere insieme esperienze (la “diurnità condivisa”), per tener aperta una relazione terapeutica evolutiva. Occorre superare le separatezze, riconoscere che i diversi ruoli nella presa in carico sono accessori, mentre il meccanismo di cura si fonda su altro.

- Nel sottolineare le **differenze tra riabilitazione e risocializzazione**, da più parti si è sottolineato che quest'ultima non deve avvenire tra pari ma all'interno del contesto sociale, e che non è una cura ma un diritto. Fare riabilitazione, andando oltre la vecchia logica dei laboratori nei Centri Diurni, significa lavorare sul territorio, coinvolgere gli enti locali in progetti di reale inserimento lavorativo in cooperative ed aziende e al tempo stesso lavorare con associazioni.
- Riflettendo sull'importanza della **teoria dei poteri**, per consentire all'altro di disporre, è necessario chiedersi se i servizi promuovono partecipazione e con essa democrazia e libertà. "Liberare la follia dall'istituzione totale è un processo politico e democratico" (Pecchioli). Per superare servizi di psichiatria, occorre dire come deve essere organizzata la partecipazione, che deve definirsi in forme nuove, anche rispetto ai sistemi di risorse. Bisogna deistituzionalizzare un percorso attraverso la **co-progettazione**: servono progetti personalizzati, una cooperazione sociale sana, una rete locale in grado di produrre progetti.
- Va valorizzata la partecipazione nei DSM e CSM perché "la libertà è partecipazione" in una società che pone barriere e limiti. Il ruolo del volontariato è importante (Di Leo), ma il rischio è che anch'esso diventi solo psichiatrico e non finalizzato davvero alla salute mentale. C'è tuttavia sicuramente un associazionismo costruttivo, fondato sull'importanza di essere vicini nei CSM, che possono essere registi "se la rete è allargata" a familiari, utenti e cittadini (Marrone, UNASAM).
- Occorre in definitiva una **dimensione democratica dei servizi**, e la costruzione di rapporti con le istituzioni, le scuole, i luoghi di lavoro, per la prevenzione, l'intervento precoce (D'Alema). Molte associazioni nazionali (come l'Airsam) sostengono che il DSM debba includere organismi coi pazienti e i familiari: dunque un DSM aperto con una stratificazione democratica che raccolga, attraverso operazioni complesse, i bisogni e programmi azioni a ciò conseguenti.
- Si è riferito (Bruschetta) della necessità della **dimensione consensuale e dell'accreditamento tra pari** (Visiting DTC - Democratic therapeutic community), con buone pratiche che vengono dal basso e con il coinvolgimento della comunità locale. Pezzano ha sottolineato che è necessario il lavoro coi familiari sia sotto l'aspetto associativo (devono stare nei coordinamenti e comitati dipartimentali) che come approccio multifamiliare, il Dialogo Aperto, il gruppo uditori di voci. Sul piano delle scelte operative, vanno valorizzati gruppi multifamiliari, Dialogo Aperto, modalità di intervento di rete, e dobbiamo continuare a proporle in una loro coerenza, in collegamento con un sistema comunitario.
- Anche da parte delle associazioni è stata sottolineata l'importanza di forme nuove di **formazione reciproca**, come ad esempio nei gruppi sulle voci dove ci si confronta tra operatori e utenti (Natali, dell'Associazione "Noi e le voci"). Per i familiari, la formazione degli operatori deve prevedere pratiche orientate eticamente più che scientificamente (Canzian): per Basaglia non c'era un'eziologia della malattia, per questo andava messa tra parentesi, sospendendo il giudizio e occupandosi della persona. Bisogna in questo senso lavorare insieme sullo stigma e sull'auto-stigma: mutuare parole dal linguaggio medico (la diagnosi è segregativa) porta a fissare una persona in una categoria, ma il malato non è un corpo da amministrare in maniera medicalizzante, è un soggetto, un interlocutore, con pensieri e un inconscio. Oggi le persone possono avere buoni servizi, ma vivono l'esperienza di non sentirsi nessuno, non so chi sono o cosa sono.
- Si auspica **un operatore capace di** cogliere, al di là delle buone pratiche, i fondamentali della relazione d'aiuto, che sappia "**accogliere la sofferenza dell'anima**".