

Editoriale – Teorie e prassi dei servizi pubblici di salute mentale a quaranta anni dalla legge di riforma

Autori

Edvige Facchi, Nadia Magnani, Giuseppe Cardamone

*“...Le pratiche devono essere considerate come il luogo di concatenazione tra ciò che si dice e ciò che si fa, fra le regole che ci si impone e le ragioni che ci si dà, fra i progetti e le evidenze”
(M. Foucault, Poteri e strategie, 2006-2014 Mimesis)*

La riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale in Toscana ha intensificato un naturale confronto tra i saperi e le pratiche nei vari territori. Obiettivo della Rivista è sostenere e potenziare tale vitale confronto, nella consapevolezza che è da movimenti di scambio, apertura, de-istituzionalizzazione e ricerca delle differenze che può aver luogo un fecondo dibattito e crescita culturale.

I saperi in Salute mentale sono proteiformi e con caratteristiche “volatili”, difficilmente possono aspirare e/o assurgere a definizioni “scientifiche” in senso stretto. Questo per la caratteristica ibrida della Psichiatria (tra scienza medica e scienza sociale) e per il doppio mandato terapeutico e di controllo sociale a cui siamo inesorabilmente vincolati.

Attraverso gli attuali confronti possiamo verosimilmente sostenere che non vi è molta discordanza tra i saperi e le teorizzazioni di riferimento nei diversi territori.

Maggiori differenze (ma anche somiglianze) si rintracciano dal confronto delle pratiche.

Le pratiche non derivano in maniera diretta dai saperi e dalle teorie che le sottendono, ma sono la risultante di una serie di vincoli di tipo anche istituzionale, ideologico, e condizionate da elementi circostanziali.

Un regime di pratiche tende a consolidarsi e a riproporsi in modo in parte svincolato dall’impianto di giustificazione originario (si automantiene e si autogiustifica come “prassi” abituale o attraverso la processazione e codificazione in procedure), tanto da apparire ad un certo punto come naturale, evidente, autonomo, indispensabile.

Risente delle energie e delle motivazioni degli attori che le declinano negli specifici territori, delle circostanze più o meno favorevoli, delle intersezioni con altri sistemi di prassi, dei gradi di libertà e dei vincoli.

In particolare sono da considerare i vincoli di matrice istituzionale, di tipo non solo economico (vedi budget e tetti di spesa), ma legati anche a dinamiche relazionali, di potere, di burocratizzazione, di governance.

Nella logica istituzionale, la dicotomia tra istanza terapeutica e controllo viene sbilanciata a favore del secondo fattore (vedi gli arroccamenti nella direzione della medicina difensiva, la sottolineatura di concetti quali la posizione di garanzia, la legge Gelli etc...).

In relazione a questa complessità di rapporto (tridirezionale: es. anche le prassi possono modificare saperi ed istituzioni!) tra saperi-teorie/prassi/istituzioni diviene fondamentale ripartire dalla descrizione ed analisi delle nostre prassi, rintracciarne il collegamento con il livello teorico e dei saperi, verificarne l’allineamento con la vision e con gli obiettivi di salute mentale proposti (ci auguriamo di salute mentale di Comunità), contestualmente riproporre l’analisi delle dinamiche delle nostre istituzioni dal momento che i nostri movimenti sono potentemente condizionati anche da questa nostra appartenenza.

In modo lucido, veritiero, critico, documentato (non aneddótico) attraverso lo sforzo di provare a misurare gli esiti dei nostri interventi.

Il tentativo neopositivista di far assurgere a statuto di scienza la psichiatria attraverso la riduzione al paradigma biologico sta lanciando i primi segnali di crisi.

È in questa difficoltà che dovremmo cercare di proporre l'inclusività e la molteplicità (compreso il livello biologico) dei determinanti di salute mentale, mantenere alto il confronto e l'apertura, validare pratiche territoriali e di Comunità che maggiormente stanno dando risultati in termini di salute.

In questo numero sono raccolti diversi contributi che offrono una riflessione sui Servizi a quaranta anni dalla legge di Riforma, evidenziando la necessità di condurre un lavoro di comunità che consideri la complessità dei determinanti di salute, la centralità dei percorsi di inclusione e partecipazione sociale e l'importanza sia di individuare strumenti innovativi capaci di gestire tale complessità sia di definire le buone pratiche attraverso un'appropriata valutazione degli esiti.

I contributi del presente numero attivano di fatto una riflessione su aspetti cruciali del nostro operare nei Servizi e sull'inevitabile confronto con una dimensione di complessità che restituisce senso al nostro agire quotidiano. Emerge anche da molti contributi, la centralità delle storie, in una prospettiva narrativa che pone quale fondamento la soggettività nella declinazione di specifiche relazioni e contesti di cura.

In particolare Franco Sirianni e colleghi esplorano il tema delle ripercussioni sui Servizi di salute mentale della recente legge di riordino dell'assistenza sanitaria regionale e della legge relativa alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. In riferimento alla legge 81 sulla chiusura degli OPG, emerge come il ricondurre la gestione della devianza alla psichiatria, scotomizzando che la pericolosità sociale è di fatto correlata anche a fattori familiari, sociali, economici, politici, legislativi, esponga al rischio di aprire la strada a nuovi percorsi custodialistici a svantaggio dei processi di cura centrati sulla recovery e sulla partecipazione sociale.

Per quanto concerne la legge di riordino dell'assistenza sanitaria regionale, gli autori riflettono sul ruolo che verrebbe attribuito alla Società della Salute (SdS), con il rischio di spostare eccessivamente su di essa la gestione dei servizi sanitari, mentre la SdS dovrebbe piuttosto gestire il governo politico dell'offerta di servizi sociali e sanitari integrati. Si sottolinea che la costituzione dei Dipartimenti "gestionali" delle professioni, sta conducendo ad una frammentazione delle équipes di lavoro, agendo una sorta di separazione tra strutture operative monoprofessionali e strutture funzionali dove i professionisti operano di fatto in gruppi multiprofessionali.

Nel contributo di Raffaele Barone e colleghi, viene proposto lo strumento innovativo del budget di salute come processo di capacitazione, con valore trasformativo anche sul nostro operare, declinando il rovesciamento di prospettiva operato dall'OMS nel Piano per la salute mentale 2013-2020, dove si indica la necessità di favorire l'empowerment delle persone con problemi di salute mentale e disabilità psicosociale, attraverso un coinvolgimento attivo nell'advocacy (ne consegue l'opportunità da parte dell'utenza, di influenzare le politiche pubbliche, l'allocazione delle risorse, di monitorare l'attività dei Servizi e di partecipare ai processi di valutazione e ricerca).

Ciò che influenza l'outcome, piuttosto che la diagnosi, è il grado di funzionamento e partecipazione sociale, la recovery intesa come capacità di condurre una vita produttiva e soddisfacente anche in presenza delle limitazioni imposte dalla malattia e come processo attivo di costruzione di una nuova filosofia di vita che includa anche l'esperienza della malattia.

In questa ottica il budget di salute propone una nuova cornice epistemologica e conseguenti nuove sfide metodologiche e cliniche, poiché nel budget di salute è la persona che propone e concorda il proprio programma terapeutico – riabilitativo a partire dai propri bisogni, attraverso forme negoziali, che riconducono alla persona, l'opportunità di scegliere tra diverse proposte abilitative.

Il contributo di Roberto Mezzina e colleghi sul progetto di cura personalizzato orientato alla recovery, evidenzia in maniera puntuale e scientifica (ma anche qualitativa) i risultati positivi di un approccio "assertivo", orientato alla recovery e alla partecipazione sociale. Gli autori propongono uno studio longitudinale che analizza gli esiti

clinici e psicosociali nell'arco di 5 anni, nel contesto dei Centri di Salute Mentale di Trieste, di persone con storie complesse e di difficile gestione, con percorsi di cura individualizzati basati sull'identificazione partecipata dei bisogni.

In termini di risultati, nel campione descritto, gli autori evidenziano una riduzione significativa dei ricoveri e l'azzeramento dei TSO, una riduzione statisticamente significativa della sintomatologia ed un graduale miglioramento del funzionamento personale e sociale.

Nel lavoro sui gruppi terapeutici e multifamiliari, Lorenzo Lampronti e Sandro Domenichetti citando Bleger, sottolineano come "l'essere umano, prima di diventare soggetto, appartiene ad un gruppo" e la psicopatogenesi origina in contesti gruppalari (famiglia, comunità di vita, luogo di lavoro, ecc.), per cui lo spazio di cura si realizza più propriamente in un setting grupppale.

Nel Servizio di salute mentale del Mugello, la condivisione dell'esperienza psicoterapeutica di gruppo è risultata efficace sia come strumento di cura degli utenti, sia come dispositivo capace di agire una concreta trasformazione della cultura e dell'operatività del Servizio.

Nel lavoro di Andrea Bencini e colleghi si analizza la dimensione del potere all'interno della relazione terapeutica, considerando che ogni progetto di cura o riabilitazione implica un tacito accordo o contratto, per cui risulta condizionato dai "flussi di potere contrattuale". In questa prospettiva gli autori descrivono un'esperienza di supervisione relativa a tre progetti terapeutico riabilitativi individuali complessi, condotta nell'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti di Campi Bisenzio (Firenze).

Seguono due contributi sulla gestione degli autori di reato alla luce della nuova prospettiva normativa. Nel contributo di Franco Scarpa si sottolinea come la chiusura degli OPG si correli, oltre che allo strutturarsi delle REMS, all'imprescindibile necessità di potenziare le risorse e le competenze dei Servizi di salute mentale.

La Regione Toscana ha previsto un'organizzazione strutturata su tre livelli di intervento, per i percorsi di cura dei soggetti autori di reato con misura di sicurezza: 1) Rete delle strutture territoriali per la Salute Mentale; 2) Strutture intermedie che si pongono a ponte tra le Strutture per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive e la rete delle strutture offerta dai Servizi; 3) Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive. In questo contesto, ove possibile, si suggerisce un utilizzo prioritario dei primi due livelli, che dovrebbe permettere di evitare un "facile" ricorso alle REMS.

Il confronto con i soggetti autori di reato implica necessariamente molteplici livelli di complessità e il coinvolgimento di ulteriori livelli e competenze; in questo contesto Franco Scarpa sottolinea l'attivazione nella Regione Toscana, di un tavolo di confronto tra Regione, Magistratura, DSM, Carcere e altri interlocutori.

Il contributo di Alfredo Sbrana e colleghi definisce in questa cornice, il percorso della REMS di Volterra, evidenziandone criticità e punti di forza. Tra i punti di forza emerge il raggiungimento di un buon clima interno nel contesto della REMS di Volterra, determinato dalla professionalità degli operatori che hanno introdotto un'ampia varietà di interventi riabilitativi e di risocializzazione, dalla tipologia del gruppo di lavoro costituito prevalentemente da operatori di giovane età e dall'aver strutturato corsi di formazione e di team building organizzati dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest.

Nel contributo di Daniela Speh, Roberta Casadio e Roberto Mezzina, viene affrontato il tema della compliance al trattamento psicofarmacologico, attraverso uno studio osservazionale retrospettivo sull'uso dei farmaci antipsicotici, condotto su un cospicuo numero di utenti in carico al DSM di Trieste, da cui emergono relazioni significative tra compliance e variabili individuali, sociali, di contesto e correlate alla relazione terapeutica. Si rilevano associazioni significative con gli interventi rivolti ai familiari, con gli interventi abilitativi e sociali e con la dimensione dell'insight che, come sostengono gli autori, rimanda ad uno specifico lavoro terapeutico abilitativo orientato alla recovery, all'empowerment ed alla promozione di capacità di autodeterminazione della persona con problemi di salute mentale.

Seguono due contributi di etnopsichiatria, il primo di Sergio Zorzetto e Salvatore Inglese, sui fenomeni psicopatologici delle donne provenienti dalla Nigeria, inserite in circuiti di servitù prostitutiva, dove emerge uno scenario complesso ed uno sfondo storico-sociale con il quale appare fondamentale confrontarsi per una gestione appropriata e non riduzionistica, delle problematiche correlate.

Il lavoro di Maria Chiara Monti e Filippo Casadei centra l'attenzione sulla psicopatologia dei giovani fuggiti dal Gambia, considerando come in questo contesto, uno specifico ambiente geopolitico possa favorire lo sviluppo di psicopatologie collettive. Gli autori evidenziano in particolare come per anni nel Gambia, la popolazione che va dall'adolescenza alla prima età adulta sia stata considerata una sorta di "nemico pubblico" oggetto di sistemi politici paranoici che non tollerano i legami sociali e la formazione di reti e collettivi.

Il lavoro di Luciana Bianchera e Giorgio Cavicchioli pone l'attenzione su un tema interessante ed attuale, ovvero sulla possibilità di superare la perdita del lavoro, costruendo una nuova progettualità di vita, attraverso un percorso di supporto psicologico in un setting grupppale, che permette di proteggere e promuovere un'area di salute nell'ambito dei legami sociali, di favorire l'elaborazione del trauma prodotto dalla disoccupazione negli individui e nelle famiglie.

Il lavoro di Maria Bologna e colleghi propone l'esperienza del Day Hospital del Servizio di Salute Mentale di Reggio Emilia che promuove un intervento precoce sulla crisi, che ha come obiettivo quello di limitare il ricorso al ricovero nelle 24 ore. Gli autori descrivono un percorso di cura che prevede interventi individuali e di piccolo gruppo, cui la persona partecipa in modo attivo e responsabile.

Il lavoro di Marta Debolini descrive l'esperienza del servizio di psiconcologia pensato in un'ottica di integrazione con i servizi territoriali di salute mentale, e finalizzato ad offrire risposte ai bisogni psicosociali di persone che vivono un'esperienza di disagio psicologico correlato a problemi oncologici. Il servizio è rivolto anche ai caregivers che condividono con la persona affetta da gravi problemi di salute, la condizione di sofferenza emotiva.

Nel contributo di Sandro Domenichetti e colleghi, si analizza la strutturazione di un percorso per affrontare i gravi disturbi alimentari nell'ambito del Servizio di salute mentale del Mugello. Nel lavoro, gli autori descrivono un caso e un'esperienza di cura, dopo aver effettuato una ricerca teorica sul senso che l'anoressia acquisisce in termini storico-culturali.

Infine nel lavoro di Antonella Bruni e Edvige Facchi si definiscono in modo puntuale le più recenti evidenze della letteratura relative alla gestione dei Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta, con la declinazione di interessanti ricadute operative per i Servizi. La scelta degli autori è di considerare la letteratura degli ultimi cinque anni, ovvero successiva all'adozione dei nuovi criteri diagnostici suggeriti con la pubblicazione del DSM 5. Il tema è particolarmente importante perché i Servizi, che sono ora decisamente chiamati ad occuparsi di questa problematica, si trovano di fatto impreparati in termini organizzativi nella formulazione di protocolli di intervento finalizzati a creare continuità con i Servizi dell'Infanzia e Adolescenza, ma anche nei termini di una concreta disponibilità delle necessarie e specifiche competenze e conoscenze.