

L'occasione del Dipartimento Interaziendale della Salute Mentale di Siena

Author:

G. Corlitoaffiliation: Collaboratore alla didattica Psichiatria Universitaria Siena



1 - Premessa

Da pochi mesi ha preso avvio a Siena il Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale (DISM), che raccoglie nella stessa struttura organizzativa sia il DSM della ASL 7 che la Cattedra di Psichiatria dell'Università, in base ad un regolamento che segue le linee guida dei dipartimenti interaziendali tra Aziende Ospedaliere (tutte universitarie) e Aziende USL dette "territoriali" della Toscana. È il primo esempio del genere nella nostra regione e credo anche in Italia, per cui merita qualche riflessione.

2 - Università e riforma psichiatrica

È questione sufficientemente condivisa (anche se controversa a seconda delle parti in causa) che l'accademia italiana abbia perso l'occasione storica della riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia. Per almeno due decenni le università e le cattedre di psichiatria più prestigiose (nella nostra Regione quella dell'Università di Pisa) hanno guardato all'esperienza dei servizi con sufficienza, forse nella malcelata attesa che il nuovo assetto legislativo non reggesse alla prova dei fatti. Tale atteggiamento "ideologico" (uso il termine in senso etimologico per indicare un atteggiamento non scientifico che si occupa solo del livello astratto delle idee) si è attenuato nell'ultimo decennio, cosa che ufficialmente si è espressa molto tardi in una presa di posizione di Mario Maj (2001), allora Presidente della Società Italiana di Psichiatria, oggi di quella mondiale, sul Sole 24 ore Sanità, dove a proposito di una delle ultime proposte di modifica della legge 180 dichiarava esplicitamente che c'era bisogno di una "guerra di religione". Più o meno nello stesso torno di tempo grazie ad un lungo lavoro di mediazione promosso in Toscana da Martini, Cassano e Pazzagli si raggiungevano posizioni unitarie (mai viste né prima, né dopo) circa il rapporto tra servizi ed università, che cercavano di fornire sostanza alle petizioni di principio contenute nei Piani Sanitari Regionali. Quel Coordinamento Università-Servizi produsse varie iniziative culturali, anche di pregio, ma pochi effetti pratici sulla programmazione regionale. Il previsto dipartimento interaziendale pisano, che avrebbe posto fine ad una situazione difficile di rapporto tra Enti (la questione dell'SPDC e della relativa convenzione tra la ASL di Pisa e l'Azienda Ospedaliera Universitaria) di fatto è ancora al palo, nonostante le lunghe trattative e le attestazioni di buona volontà delle parti in causa. La pre-esistente esperienza fiorentina, promossa da Maurizio Ferrara, che per l'università aveva rilevato il servizio territoriale di una delle precedenti piccole USL fiorentine, è rimasta con scarso seguito in ambito accademico. Da poco è partita l'esperienza del Dipartimento Interaziendale a Siena, di cui questa rivista è uno dei terreni privilegiati della collaborazione tra la cattedra universitaria di psichiatria e il servizio territoriale di salute mentale.

A livello italiano l'unica esperienza compiuta, che possiamo tenere come riferimento è quella di Verona Sud, in cui la Clinica Universitaria ha assunto a pieno titolo da alcuni decenni la gestione di un servizio territoriale con la conseguente stretta integrazione tra i due livelli. Anche teoricamente l'esperienza di Verona e quella del suo promotore, Michele Tansella, rappresenta una posizione "terza" tra quella "organicista" prevalente nell'accademia italiana e quella "sociologista" della "vulgata basagliana", che tanta fortuna ha avuto sui mass-media a discapito della conoscenza approfondita del pensiero e dell'opera di Franco Basaglia. Uso – a scanso di equivoci semantici – il due termini virgolettati ("organicista" e "sociologista") intendendo con essi due versioni riduttive, che estremizzano unilateralmente e in maniera scientificamente poco fondata il modello complesso bio-psico-sociale, rimandando gli interessati a quanto ho scritto a suo tempo altrove (Corlito, 2001). Dico "terza" perché l'esperienza di Verona da una parte è rimasta fedele all'impostazione della riforma italiana di superamento delle risposte manicomiali e di approccio pubblico ai problemi della salute mentale, ma dall'altra è stata molto attenta alle evidenze scientifiche, soprattutto alla loro verifica epidemiologica su larga scala. Non casualmente Tansella è stato il fondatore della rivista *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, che nello stesso titolo risponde a quella posizione e che è stata l'organo della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica fino a diventare recentemente un riferimento internazionale pubblicata dalla Cambridge University Press, perdendo – purtroppo secondo me – il vecchio titolo per mantenere l'acronimo in inglese: oggi EPS sta per *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. La storia di questa "terza" posizione nel campo delle scienze della salute mentale, come - riferendosi allo specifico rapporto tra psicoanalisi e servizi - l'ha chiamata sul n. 3 di questa Rivista Bolognini (2011), l'attuale Presidente della Associazione mondiale degli psicoanalisti, è tutta da scrivere e questa potrebbe essere una bella sfida per questa rivista. Per quanto mi riguarda ad essa ascriverei l'esperienza del servizio di salute mentale di Arezzo e poi di Grosseto, oltre ad alcuni altri in giro per l'Italia, ma nella ricostruzione storica andrebbero viste anche le esperienze universitarie di Pavia e di Genova, almeno come tentativo di applicare l'orientamento psicoanalitico alla pratica psichiatrica, tentativo purtroppo senza applicazioni sul territorio. Andrebbero esplorati anche i tentativi che un gruppo di psicoanalisti, quelli di cui parla Bolognini, e di altri psicoterapeuti hanno svolto soprattutto a cavallo tra gli anni 80 e 90 del secolo scorso per mettere a confronto la loro cultura con l'esperienza dei servizi territoriali attraverso il loro lavoro di supervisione e di formazione rivolto agli operatori dei servizi.

Ritorno all'esperienza di Verona Sud per dire che essa rimane in questo ambito il riferimento: lì i giovani specializzandi si formano provandosi concretamente nel lavoro quotidiano in un servizio, che serve un preciso bacino di utenza ai cui bisogni risponde con la responsabilità diretta della gestione di tutti i livelli di assistenza previsti per legge (CSM e CD, che vi funzionano in sinergia, SR e SPDC), con un rapporto di collaborazione con i medici di medicina generale e da qualche tempo con la sperimentazione (e quindi verifica scientifica sul campo) dell'intervento precoce degli esordi psicotici. Sulla base di questa esperienza nel corso degli anni sono state sperimentate e verificate anche le tecniche psicoterapiche, che in origine erano state guardate con una certa sufficienza dal gruppo veronese perché dotate di scarse evidenze scientifiche. Credo che questo lavoro quotidiano sia quanto di meglio io conosca per formare i futuri quadri dirigenti dei servizi di salute mentale di comunità.

3 - L'esperienza di Siena

La situazione senese di partenza, senza che questo suoni come un giudizio troppo duro per tanti colleghi che vi hanno profuso le energie di un'intera vita professionale, è stata in Toscana piuttosto arretrata. A corroborare questa affermazione citerò due fatti incontrovertibili: 1. il manicomio di Siena è stato l'ultimo ad essere superato in Toscana, fra l'altro con risorse "esterne", importando in più occasioni quadri dirigenti dall'esperienza aretina (anche per le tante conflittualità "interne" senesi, sia culturali

che di leadership); 2. la cattedra universitaria di psichiatria, per molti anni, ha vissuto all'ombra di una prevalente "egemonia" neurologica, da cui si è faticosamente emancipata negli ultimi anni. Su questo terreno difficile, grazie anche ad un lungo lavoro che dal 2003 ha messo allo stesso tavolo l'università e i dipartimenti di salute mentale dell'Area Vasta Sud-est (Arezzo, Siena-Grosseto), ha cominciato a costruirsi una relativa omogeneità culturale che ha dato alcuni risultati concreti. Non mi riferisco tanto alla fondazione del DSM di Area Vasta, l'unico ancora oggi regolamentato in tutta la Regione Toscana, che purtroppo è stato sottovalutato dalle Direzioni aziendali, ma soprattutto al fatto che nel bench-marking regionale, realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola S. Anna di Pisa per quanto riguarda l'indicatore C 15 riassuntivo della salute mentale (2010), le tre Aziende dell'Area Vasta sono collocate entro le prime quattro piazze: Arezzo è al primo posto, seguito ad una incollatura da Grosseto e poi da Siena ad un buon quarto posto. Dunque un lungo percorso è stato fatto anche a Siena e credo che oggi quello del Dipartimento Interaziendale può rappresentare una buona occasione per completare l'opera.

Nella situazione senese recentemente si è determinato un *quid novi*: con la legge cosiddetta del "rientro dei cervelli" italiani all'estero è arrivato, proveniente da una esperienza decennale presso l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Pittsburgh, un giovane collega, Andrea Fagiolini. Lo richiamo non per vana e inopportuna *captatio benevolentiae*, che è lontana dal mio stile, ma per onestà intellettuale. La nomina di Andrea alla direzione della cattedra di psichiatria dell'Ateneo Senese porta nei fatti un elemento di novità. Pittsburgh ha un posto rilevante nel panorama della psichiatria mondiale per aver prodotto il Pittsburgh Psychotherapy Project (Pilkonis et al., 1987; Frank et al., 1991), uno dei pochi studi di comparazione randomizzata e controllata della psicoterapia rispetto alla farmacoterapia, che ne dimostra la pari potenza terapeutica, oltre ad una grande massa di altre evidenze scientifiche. Fagiolini porta nell'ambito universitario, oltre ad una solida preparazione biologica, soprattutto un know how raro e in larga misura sconosciuto nel panorama italiano: la psicoterapia (quella interpersonale in particolare), la psicoeducazione (come strumento di intervento interdisciplinare ben fondato scientificamente) e l'attenzione al tema della salute fisica dei pazienti psichiatrici. Il suo arrivo è stato facilitato da Cassano e Castrogiovanni, con una scelta che rappresenta un cambio di rotta sensibile nella storia della psichiatria universitaria toscana e nella loro personale. Martini ha lavorato a lungo all'integrazione di questa novità nel contesto dei servizi di salute mentale senesi e dell'Area vasta.

Sarebbe un errore sottovalutare la portata di questa novità culturale, anche quando si è presi dai problemi quotidiani e dallo scontrarsi di diverse pratiche concrete che sono importanti in psichiatria, proprio perché come dice Foucault (1963) essa è un insieme di pratiche prima di essere una teoria. È del tutto evidente che le pratiche della psichiatria statunitense sono diverse da quelle italiane – come ho avuto modo di ricordare ad Andrea più volte negli ultimi anni –, così come le pratiche di una clinica universitaria legata all'assistenza al letto del paziente è diversa da quelle di una psichiatria orientata al territorio, alle reti comunitarie, al domicilio dei cittadini utenti. Vanno tenuti nel debito conto (con gli studi epidemiologici che questa rivista ha cominciato a promuovere e a pubblicare) i numeri e la tipologia dell'utenza: la prima soprattutto sovra-zonale e molto numerosa; la seconda distrettuale per sua storia specifica ed anche più esigua per la difficoltà di accesso ai servizi (ad es. la stessa collocazione penalizzante del CSM di Siena nell'area dell'ex-manicomio).

4 - Vantaggi e rischi

L'occasione costituita dal DISM è che si realizza concretamente la possibilità di integrazione tra cultura universitaria e cultura territoriale e la possibilità di promuovere una nuova fase nella crescita del sapere e del saper fare della salute mentale in Italia. Il vantaggio principale, che sta alla base del DISM, di Siena è contenuto nel suo stesso atto costitutivo, il suo regolamento (2011), che prevede la "gestione integrata delle attività", che si declina nel "coordinamento e integrazione dei servizi afferenti", nella "presa in carico multiprofessionale del paziente" e nell'"integrazione delle competenze professionali, scientifiche e formative". Nel concreto tale gestione integrata vuol dire:

- raccordo con gli altri servizi sanitari, i servizi socio-sanitari e sociali;
- raccordo con la comunità e le sue istituzioni;
- continuità e unitarietà delle cure;
- integrazione ospedale-territorio;
- miglioramento efficienza e efficacia del sistema;
- creazione di percorsi assistenziali condivisi.

Questi elementi, almeno nelle intenzioni, non sono solo raccomandazioni utili per il "governo clinico", cosa di per sé importante, ma che può essere del tutto platonica, ma soprattutto possono diventare carne e sangue perché il DISM è titolare della gestione del budget, del personale e del piano di formazione degli operatori. Sono elementi utili a poter creare la possibilità materiale di costruire una cultura comune condivisa.

Congiunti a questa condizione vi sono gli organi collegiali del DISM, il Comitato di Dipartimento e la Consulta del Dipartimento, dove le diverse culture possono lavorare insieme gomito a gomito, conoscersi, collaborare, trovare linguaggi comuni e fare i conti con le istanze dei portatori di interesse, le associazioni di cittadini utenti e familiari.

In questo ambito gli specializzandi potrebbero costruire la loro formazione "integrata", cioè conoscere il funzionamento dei servizi territoriali perché vi hanno mosso dentro i primi passi della costituzione della loro professionalità e quindi uscire dalla Scuola di Specializzazione adeguati al compito che li attende di dirigere i servizi di salute mentale di comunità. Ciò sarà possibile davvero se anche a Siena come a Verona la Unità Operativa Complessa della psichiatria universitaria gestisca una catchment area con la responsabilità di tutte le strutture, così come è stato deciso che si occupi di una parte del territorio della città di Siena.

Se il modello, invece, rimarrà nei fatti, al di là delle indicazioni di principio, il consueto "tran tran" ambulatorio-reparto, che è tipico non solo della psichiatria universitaria, ma anche – al di là delle belle parole – di molti servizi territoriali, tutto quello che ho scritto sopra sarà vano.

Un altro rischio, che vedo, è quello di concentrarsi troppo "su chi ha il potere", cioè sul fatto che oggi il Direttore del DISM è un universitario, come se questo di per sé non garantisca una rappresentanza "alla pari" delle strutture territoriali e di quelle universitarie, ma che ci debba essere per questo una sorta di diarchia. Ricordo la "diarchia" di maggior successo nella storia umana, quella "consolare" della gloriosa repubblica romana: vi erano due consoli, che governavano a turno, dandosi per scontata la loro pari competenza. Il regolamento del DISM prevede che il Direttore "non appartiene pregiudizialmente né all'AOU, né all'Azienda USL7", quindi negli anni ci può essere una rotazione; inoltre "è scelto, per un incarico a termine, dai due Direttori Generali e dal Rettore tra tutti gli Apicali o Direttori delle Unità Operative che compongono il DISM, sulla base dei titoli e del curriculum professionale". L'esperienza senese in corso e lo stesso regolamento hanno un carattere sperimentale sia per se stesse sia per la definizione più compiuta che potrebbe essere effettuata di concerto con la Regione Toscana nell'ambito di una pianificazione regionale dei rapporti tra

Università e Servizi nel campo della salute mentale, che acquisterebbe finalmente una sua concretezza. Infine gli organismi di governo del DISM mi sembrano ampiamente rappresentativi e paritetici.

Vorrei concludere queste schematiche considerazioni ricordando a tutti i tempi bui in cui ci troviamo a vivere, quando la salute mentale – nonostante tutte le evidenze acquisite sulla sua centralità presente e futura per la tutela della salute della comunità nel suo complesso – è tenuta di fatto ai margini della programmazione socio-sanitaria ed è vittima di ingiusti tagli lineari. Abbiamo bisogno allora della massima unità possibile tra gli operatori e tra essi e i cittadini utenti, insieme all'insieme della società civile toscana, per difendere e sviluppare le caratteristiche innovative del nostro sistema pubblico per la salute mentale. Del resto la raccolta di opinioni, che costituisce il corpo di questo numero della rivista si prefigge l'obiettivo di costruire una proposta il più possibile condivisa ed unitaria per l'ulteriore avanzamento dell'esperienza toscana.

References

- 1 - Asl 7 di Siena, AO Senese (2011), *Regolamento di Organizzazione e Funzionamento del Dipartimento Interaziendale Salute Mentale*.
- 2 - Bolognini S. (2011), "L'attualità del contributo della psicoanalisi all'interno dei servizi psichiatrici e della salute mentale", *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, rivista on line di psichiatria, 3.
- 3 - Corlito G. (2001), *La psichiatria come terra di confine e la salute mentale come campo interdisciplinare*, I Quaderni di Contraddizione, Carrara.
- 4 - Frank E. et al. (1991), "Efficacy of interpersonal therapy as a maintenance treatment of recurrent depression", *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 1053-1059.
- 5 - Foucault M. (1963), *Storia della follia in età classica*, Rizzoli, Milano.
- 6 - Maj M. (2001), "No a guerre di religione, c'è il progetto obiettivo", *Il Sole 24 ore Sanità*, n. 38, p. 9.
- 7 - Pilkonis P. et al. (1984), "A comparative outcome study of individual, group and conjoint therapy", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 431-437.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.

[0] commenti | comments