

CAPITOLO PRIMO

**TRASFORMAZIONE DELLA DOMANDA E DELLA RISPOSTA
NELLA NUOVA PSICHIATRIA PUBBLICA**

G. MARGHERITA

Il passaggio dell'erogazione della assistenza psichiatrica dal vecchio manicomio provinciale alle Unità Sanitarie Locali ha rappresentato la codificazione amministrativa di una rivoluzione culturale avvenuta nel campo in questi ultimi decenni. Tre ne sono i presupposti, su cui molto è comunque stato detto, per cui non val tanto la pena dilungarsi ora. Essi sono: 1) lo spostamento, nel quadro dell'assistenza sanitaria, della centralità dell'intervento dall'ospedale al territorio; 2) lo spostamento dell'ideologia dell'intervento dalla repressione in favore della società alla terapia in favore del paziente; 3) la possibilità di intervenire, in termini preventivi, all'origine delle contraddizioni generanti i disagi psicologici e non sui loro esiti. L'intervento quindi, collocato in un'ideologia differente, tende a svolgersi in coordinate spazio-temporali diverse da quelle precedentemente usate.

La profonda trasformazione di questi valori ha indotto sul versante della pratica quindi, la necessità di definizione di nuove aree operative e di nuovi modelli da sperimentare. È quanto è successo in pratica in connessione con la legge 180, prima e dopo la sua promulgazione. Mi interessa comunque qui, non tanto indagare sulle determinanti storico-politiche che l'hanno prima prodotta e poi negata, ma osservare le invarianti e le variabili di questa trasformazione e alcune linee di forza lungo cui evolvono, e le modalità di equilibrio che si danno, gli elementi della psichiatria sia nella realtà esterna di un Servizio di Salute Mentale e sia in quella interna organizzata intorno all'identità dell'operatore.

Possiamo considerare come invarianti una serie di elementi costitutivi dell'insieme psichiatrico ad es.: i bisogni dell'uomo, l'angoscia, il dolore ed il disagio umano, il corpo dell'uomo, la sua famiglia, la esclusione e la rimozione, le relazioni ed il territorio geografico in cui si collocano, l'ospedale, le ideologie mediche e psicologiche della salute mentale, gli operatori con le loro gerarchizzazioni, i politici e gli amministrativi, etc. Variabili possono essere considerati i differenti punti di vista da cui questi elementi formanti l'insieme possono essere

presi in considerazione e le strutture diverse in cui essi si possono coagulare e rapportare. Infatti la struttura pratica in cui questi elementi si relazionano, cambia se cambia l'ottica storica o politica o di teoria psichiatrica o di interesse produttivo ed economico o di clientelismo politico, di assunto di base emozionale prevalente nel macrogruppo sociale, di ideologia, di camorra degli appalti, etc.

Naturalmente la trasformazione nel sistema globale non è totale ed i vertici differenti convivono contemporaneamente attivi anche se nel tempo varia quantitativamente il loro peso reciproco e quello del sistema generale. Ad ogni fenomeno è possibile rintracciare dei precursori e delle tracce dopo che si è esaurita la sua fase di massima vitalità. La confusione si presenta quando nessuna delle ideologie politiche, economiche, psichiatriche o delinquenziali che siano, riesce ad avere la forza sufficiente per egemonizzare l'insieme ed ordinarlo secondo una sua logica totalizzante. La difficile soluzione in questo momento storico potrebbe forse essere quella di tanti piccoli sistemi sperimentali, organizzati in maniera coerente nel loro interno, di cui valutare col tempo i risultati pratici.

Ma veniamo a quanto mi interessa di fare qui ora. Cioè il vedere la differente riorganizzazione del sistema psichiatrico nel passaggio dalla psichiatria centralizzata manicomiale a quella periferizzata della U.S.L., rispetto ad una serie, naturalmente non esaustiva, di categorie.

Trasformazione dello spazio

La prima categoria esaminata può essere lo spazio, che significa i luoghi dove l'intervento psichiatrico viene compiuto. Mi sembra che le linee di trasformazione possono riguardare tre movimenti:

a) Movimento dallo spazio del manicomio o dallo studio privato al territorio e le sue istituzioni. Interesse per il collettivo, il condiviso, il pubblico come altri spazi utilizzabili per l'intervento terapeutico.

b) Movimento dallo spazio della realtà esterna, quella degli interventi sul comportamento ed il corpo fisico dell'individuo, allo spazio della realtà interna, quella delle pulsioni, delle emozioni, delle fantasie, per riorganizzarvi questi oggetti interni. Dalla contenzione repressiva fisica o farmacologica all'espressione ed alla terapia.

c) Movimento dal lavoro solo sul paziente come oggetto di intervento a quello sulla relazione con l'operatore. Ciò coinvolge gli spazi interni dell'operatore, la sua formazione e la sua identità.

Queste riorganizzazioni permettono che i concetti di terapia e riabilitazione assumano uno spessore reale e che compaia, per la prima volta, realmente, la possibilità di un lavoro di prevenzione. Si aprono all'intervento infatti, gli spazi delle istituzioni, del quartiere, come spazi mentali collettivi coi loro climi e le loro atmosfere in cui portare l'intervento che diventa necessariamente anche politico. Il disagio non è più visto come collocato esclusivamente nel paziente ma come espressione del disagio della collettività, e diviene centrale la possibilità del lavoro sulle istituzioni. Il paziente è visto nelle sue relazioni col suo ambiente più immediato: prodotto di un sistema.

L'operatore d'altronde, anch'egli è prodotto del sistema della sua istituzione, il Servizio di Salute Mentale nel cui interno opera, del rapporto che questo servizio ha con l'esterno, la realtà, le altre istituzioni, la sua utenza e la sua committenza. Questo evidenzia le condizioni di fragilità in cui interventi complessi vengono compiuti e la condivisione necessaria di responsabilità a differenti livelli che gli interventi comportano.

Trasformazione dell'utenza

È chiaro da quanto detto finora che non è più ora possibile considerare come utenza il solo paziente che, volontariamente ed in prima persona o coattivamente accompagnato da altri, viene a bussare alla porta di un servizio psichiatrico pubblico. Il quartiere e le tensioni che lo pervadono, le istituzioni con le loro disfunzioni, le intere famiglie con le loro conflittualità divengono luoghi ed oggetti di possibili interventi che necessitano lo studio e la sperimentazione di nuovi modelli. Deve comunque essere assolutamente chiaro al tecnico il limite della sua posizione ed egli non deve fantasticare onnipotentemente un intervento riorganizzativo sulle risposte da dare alla popolazione; tale compito spetta al politico e sarebbe un'illegittima invasione di campo. Ma il suo intervento, diretto o indiretto, diventa legittimo quando la distorsione dei bisogni differenzia dalla popolazione una sua fetta configurandola come utenza. A questo livello non devono essere ammesse interferenze. Le relazioni Popolazione-Politici e Utenza-Tecnici sono collocate in tipi logici differenti e le risposte crociate, quelle cioè dei politici all'Utenza e dei tecnici alla popolazione generano confusione. È naturalmente logico e legittimo che ognuno influenzi l'altro dall'interno del suo livello.

La nuova modalità di intervento del servizio pubblico ha aperto la porta anche ad altri tipi di utenza. Patologie prima non avvicinate se non dai circuiti privati vengono ora seguite, gli adolescenti ed i nevrotici ad esempio. Altra utenza particolare del servizio sono i suoi propri operatori che lo utilizzano come luogo di formazione e di esperienza.

Trasformazione dell'identità

La trasformazione dell'ideologia dell'intervento ha indotto una tendenza alla modificazione dell'identità dello psichiatra da medico prevalentemente del corpo e del cervello ad operatore comunque compromesso nel sociale. Questa compromissione è comunque destabilizzante perché priva dei protettivi referenti ideologici dell'identità medica all'interno dell'istituzione medica e della sua capacità ad entrare in rapporto di tipo difensivo-autoritario con la frammentazione psicotica (pazienti, infermieri, farmaci, sintomi, chiarezza di ruoli e circuiti sicuri).

Privati di ciò, gli operatori, che non vogliono bruciarsi a contatto con la psicosi e vogliono strutturarsi una nuova identità professionale, hanno la necessità di integrarsi ed identificarsi con l'attività che il servizio e la sua équipe multidisciplinare costruiscono insieme alla loro specifica identità collettiva. È necessaria la capacità a confrontarsi con la psicosi non in termini onnipotenti ma come parte di un tutto più complesso, il gruppo di lavoro, all'interno del quale l'angoscia del contatto con la patologia grave sia contenuta, si lavori alla formazione tecnica ed a quella della identità professionale attraverso una continua analisi dei compiti, dei ruoli, del potere e all'evidenziazione delle compromissioni e del piano emozionale che poi ognuno gestirà nel suo privato nella maniera ritenuta più opportuna.

Trasformazione degli strumenti e strutture

Se gli strumenti e le strutture dell'intervento terapeutico erano prima la contenzione, il farmaco e le mura manicomiali, a volte la terapia occupazionale o ricreativa, attualmente è senz'altro da considerare come lo strumento terapeutico più utile l'operatore stesso colle sue strutture interne. È fondamentale che egli apprenda ad usare la sua relazione col paziente, il suo inconscio, le sue emozioni ed i

suoi sentimenti, atteggiamenti ed atti, il suo controtransfert, come elementi cardine per il rapporto terapeutico.

L'intervento multifocale sui vari livelli di compromissione che si evidenziano nel caso psichiatrico indicano inoltre l'équipe multidisciplinare, con le sue varie figure (medici, psicologi, sociologi, assistenti sociali, infermieri, animatori, etc.), come un altro prezioso strumento a patto che l'intervento non sia caotico ma coordinato ed integrato: si può ricordare a questo proposito l'utilità dell'organigramma che nell'ambito di una democraticità ed informalità di rapporti configura però una necessaria graduazione delle decisionalità e delle responsabilità. Un prezioso strumento di aiuto sia per l'integrazione dell'équipe che per la formazione sono inoltre le discussioni in gruppo, sia riguardo argomenti di studio teorico che di materiale clinico, come le supervisioni dei pazienti in terapia.

Da un punto di vista dei locali il manicomio viene sostituito dalle cosiddette strutture alternative (Case famiglia, Day Hospital, Night Hospital, laboratori protetti, animazioni, interventi domiciliari, etc.). Strumento importante è anche la capacità di collaborare e coordinare i propri interventi con altre istituzioni.

Trasformazioni di valori e posizione

La possibilità di contattare profondamente la sofferenza psicotica senza scoppiare, legata al possibile uso adeguato degli strumenti descritti, e lo svelamento dell'ideologia dei vecchi sistemi repressivi di cura, portano ad un sostanziale cambiamento di valori e di posizione. Ci si sposta da una posizione di acritica difesa degli interessi della società, pagati dalla pelle del paziente attraverso la repressione dell'irrazionale devianza; si evita l'altra posizione acritica, comunque storicamente necessaria, di rivendicare il diritto alla devianza del paziente contro la società, esponendolo poi inutilmente ad una repressione che non è in grado di tollerare; si sviluppa e si costruisce una nuova posizione di mediazione del conflitto, che va affrontato all'interno del paziente lavorando con le sue emozioni, in modo da rendere libere e sue personali le scelte che compirà sul piano esterno.

All'acting out degli psichiatri, sia esso repressivo o liberatorio, si contrappone ora un tentativo di comprendere, condividere, cioè costruire insieme, pensandola, una struttura che ordini ed integri gli elementi, che dia senso alla confusione, che abbia valore contenitivo. Ciò può essere fatto non solo sul piano verbale ma anche con un

agire cosciente: un esempio può esserne la costruzione terapeutica del Day Hospital.

Trasformazione di responsabilità

È questo un argomento delicato; la confusione totale legislativa, il delicato momento del passaggio tra le differenti istituzioni, i ritardi e le mancanze di volontà politiche o tecniche, generano infatti confusioni di responsabilità che possono investire e coinvolgere in problemi anche chi ne dovrebbe essere totalmente al di fuori.

Una prima differenziazione precisa va fatta tra assistenza e terapia, perché la trasformazione riguarda il passaggio da una situazione in cui lo sforzo era tutto sull'assistenza, perlomeno tecnica, senza sostanziale terapia, ed ora tende a spostarsi verso una centrata sulla terapia. Non sempre ma a volte i due concetti sono antitetici. Assistenza significa che un paziente si presenti alla società pulito, ben vestito, nutrito, vivente in un ambiente decoroso, etc. Nella situazione psichiatrica spesso il paziente non ha la minima intenzione che questo succeda, e lo si può far accadere solo o attraverso la costrizione o nascondendo alla società, come è sempre successo finora, l'orrore di quanto avviene nell'interno dei manicomi. Sottrarre ad un paziente i sacchetti di spazzatura che colleziona non è terapeutico, anche se è importante sorvegliare che non si infetti. Impedire che un altro frequenti un cane suo unico affetto, o che un terzo laceri le lenzuola mettendo fuori una rabbia che se no potrebbe essere diretta verso persone, o imboccar a viva forza un quarto, depresso, che per un certo periodo rifiuta di mangiare, sono altre situazioni forse assistenziali ma senza alcun dubbio antiterapeutiche. È necessario però avere molta misura e rendersi comunque conto che se la terapia è una funzione necessaria verso il malato, l'assistenza, il prendersi cioè cura della persona prima che del paziente, è un atto di necessaria premessa all'instaurarsi della terapia.

Resta inteso che responsabilità di fatiscenza di strutture edilizie e di deficienze di organici richiesti non possono essere attribuiti ai medici come a volte superficialmente si tenta di fare, bensì agli amministratori, questa tesi è confortata da una recente sentenza della magistratura istruttoria che mi ha direttamente riguardato.

Trasformazione di difficoltà

Organigramma certo, committenza che ti affida compiti definiti e

certezza medica di diagnosi con intervento terapeutico preciso e codificato anche se poco efficace, hanno protetto gli psichiatri delle passate generazioni dai problemi a cui noi ci troviamo ora di fronte.

Il rapporto di maggiore compromissione con la psicosi rimanda alle varie difficoltà e sofferenze personali degli operatori; le tensioni nell'interno dell'équipe, legate alla mancata chiarezza di organizzazione istituzionale, sono altri motivi di difficoltà, ma le difficoltà maggiori per quanto è mia esperienza vengono in genere dai rapporti con la committenza, cioè la struttura gerarchica a monte. All'inizio in genere non v'è alcun tipo di richiesta da parte della committenza e ciò rende facile organizzare il lavoro nella maniera in cui il tecnico lo ritiene più opportuno. Diventa però difficile ottenere quello che ti serve in termini di locali o organici, ad esempio, e a poco a poco se non si hanno agganci politici o eccezionali qualità manageriali, comincia a mancare la validazione del tuo lavoro ed il necessario feed-back di contenimento. Ciò nel migliore dei casi quando non vi siano precisi interessi di clientelismo politico che tendono a destabilizzare i servizi tenendoli nel provvisorio permanente per renderne estremamente malleabili gli operatori sempre in attesa di raccomandazioni e concorsi. È infatti nel naturale sviluppo delle cose, come la teoria dei giochi insegna, che tu abbia bisogno di un « padrino », di qualunque tipo esso sia, che ti aiuti a rendere più stabile una tua condizione provvisoria; pare che questa sia la logica che sottende strategicamente non solo la politica planetaria ma, più in piccolo anche la politica sanitaria.

Difficoltà vengono naturalmente anche dall'opinione pubblica che, sconcertata dalla disapplicazione della legge, teme giustamente di veder riempite strade, stazioni, magari la propria casa se si tratta di familiari, da pazienti psichiatrici non più assistiti da nessuno.

Trasformazione di tempo

L'ultima categoria da considerare è il tempo. Tipica della psicosi è l'assenza di tempo, l'immobilità, la stasi. A volte sembra che la stessa condizione si verifichi nelle strutture che devono trattarla, che pertanto appaiono psicotiche anch'esse. I tempi sembrano infiniti e le modificazioni culturali e politiche sembrano non avvenire nella realtà ma solo nelle fantasie. C'è da considerare che la costruzione d'identità dei servizi segue necessariamente, in fondo, nonostante gli sforzi degli operatori, i tempi delle realtà sociali in cui essi sono calati. Il tempo breve della risposta adeguata per tutti forse è realisticamente da considerare

lontano, il doveroso compito è comunque stimolare le realtà sociali responsabilizzandole sul funzionamento dei propri servizi.

Ma fissità e cristallizzazione del tempo nell'istituzione psicotica non **significa** necessariamente rifiuto del tentativo di cercare di farlo **vitalmente** scorrere al suo interno. Le pagine che seguono descrivono **questo difficile** tentativo di pratica portato avanti tra mille contraddizioni in una U.S.L. della periferia industriale di Napoli — la U.S.L. 45 — che comprende i quartieri cittadini di San Giovanni, Barra e Ponticelli.