

# SALUTE MENTALE NEL TERRITORIO

**Renzo Bonn**

Renzo Bonn, Direttore DSM Azienda Servizi Universitaria Integrata Udine

Il problema della salute mentale e dei servizi che se ne occupano è complesso e non facilmente sintetizzabile.

Per una riflessione sullo stigma vedi il lavoro di Saxena (bibliografia di riferimento).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha prodotto un documento da cui estrapoliamo alcuni spunti importanti

... la salute mentale è influenzata da una quantità di fattori macroeconomici, e di riconoscimento di diritti...la cui mancata considerazione *può danneggiare* gli effetti positivi di buone politiche e buoni servizi per la salute mentale...

***Gli ostacoli più comuni per la messa in atto di buone politiche di salute mentale sono:*** resistenza a modificazioni delle politiche sanitarie, Autorità sanitarie non sensibilizzate, risorse finanziarie ed umane insufficienti.” tratto da: “Mental Health Policy Project (“Ginevra 2001”)

Questi, in sintesi alcuni elementi a cui l'O.M.S. ci richiama, fortemente coerenti ai **“significativi sviluppi che hanno cambiato le modalità ed il contesto in cui le persone possono essere trattate.”**. **Tra questi sviluppi l'O.M.S. riconosce un ruolo essenziale al lavoro che nasce dall'esperienza di Franco Basaglia e dei suoi collaboratori.**

«Noi facciamo della pratica, prima della pratica e poi della teoria. Non facciamo prima della teoria e poi della pratica perché questo sarebbe un cammino molto più reazionario di quanto voi non possiate pensare; la teoria è “l'a priori” scientifico: del vecchio pensiero scientifico.

Questo ci è stato molto rimproverato. Non mi sono difeso, ho accettato il rischio dell'empirìa. Non avessi accettato questo rischio avrei riciclato inevitabilmente la teoria antica, quella dei testi e dei manuali da cui sono venuto. Avrei soddisfatto una forma di narcisismo intellettuale, avrei tradotto le nuove esperienze dentro un codice e un linguaggio che sarebbe rimasto lo stesso».

Quindi occorre:

- 1) **modificare ed adattare la nostra pratica ai problemi reali**, ai loro contesti, alle circostanze di fatto.
- 2) **non modificare ed adattare alla nostra pratica i problemi reali**, i loro contesti, le circostanze di fatto.

Le intuizioni di Basaglia si alimentano in molte pratiche e in tanti saperi visti tutti in una dialettica proiettata in una continua ridefinizione:

1. centralità dell'utente,
2. attenzione all'operatore,
3. rapporto con il territorio,
4. attenzione alle culture dei soggetti e delle comunità,
5. attenzione ai diritti e ai doveri di tutti,
6. lotta allo stigma nella popolazione, **negli operatori e nell'utenza**,
7. lotta all'ottusità istituzionale,
8. centralità del lavoro in équipe e non per specialismi,

9. attenzione all'équipe come "tecnologia fondamentale" (costruzione, formazione, manutenzione),
10. multidisciplinariet (**collaborazione e non scarico, creativit ma non improvvisazione, rifiuto dello specialismo e valorizzazione delle competenze**),
11. rifiuto delle deleghe al controllo sociale (la psichiatria non  e non deve essere una tecnica del controllo sociale, ma della comunicazione, della presa in cura, della promozione dei diritti"),
12. centralit della presa in carico specifica ed integrata,
13. attenzione ai determinanti sociali di salute,
14. promozione della salute mentale nella societ,
15. attenzione agli ultimi.

I problemi pi importanti incontrati dall'applicazione di questi principi sono stati: la **continuit assistenziale**, la **presa in carico**, e la complessit di come queste due istanze si articolino in **rapporto agli altri servizi**, le altre istituzioni, la societ civile in genere, nell'affrontare le tre dimensioni del disagio mentale: la **sofferenza**, la **fallimento esistenziale**, il **fallimento relazionale**.

Merita sottolineare che per **presa in carico** si intende un insieme di azioni istituzionali e non, procedure, scelte e modelli operativi messi in atto da un servizio, in modo integrato con altri servizi e soggetti, anche attraverso modalit organizzative, con la finalit di dare la risposta pi adeguata possibile ad un bisogno o ad un insieme di bisogni.

**A tale proposito vi sono alcune questioni ed alcune contraddizioni su cui vale la pena riflettere:**

- la contraddizione tra affermazioni di principio e pratiche; la mancanza di rigore nelle azioni, le contraddizioni tra il mito dell'evidenza assoluta e la realt; la difficolt di dare voce all'utenza;
- la questione della formazione dell'équipe; la disattenzione alla **fatica ed al logorio** degli operatori;
- la questione delle **risorse; la difficolt a scegliere di affrontare queste contraddizioni**.

Tutto ci vuol dire: **formarsi** in un certo modo, **essere** in un certo modo, **essere organizzati** in un certo modo.

Franco Basaglia sottolineava (ibidem) che: "La follia  una condizione umana. In noi la follia esiste ed  presente come lo  la ragione. Il problema  che la societ, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere".

La tensione e l'attenzione sull'organizzazione e sull'operatore sciolgono molte difficolt con l'équipe. Ma la mancata attenzione alle culture del territorio creano spesso problemi di grandissimo rilievo.

La tecnologia della salute mentale, complessa e difficile,  quella dell'équipe, non quella degli specialismi inefficaci per la frammentazione.

- **Lo specialismo si pone come spesso come obiettivo non la chiarificazione dei problemi, ma l'esclusione dalla propria area di dominio di tutto ci che  complesso, problematico o angosciante per lo specialista;**
-  necessaria l'attenzione al rischio di nuove forme di manicomialit e alla tutela della dignit degli operatori

Per operare nel campo della salute mentale occorre ricordare ed applicare alcune regole generali:

1. Bisogna lavorare contemporaneamente con le parti sane e quelle malate del paziente;
2. L'operatore deve confrontarsi anche con le proprie parti malate;

3. L'operatore deve separare in modo chiaro i propri bisogni da quelli del paziente (e separarli non vuol dire non considerarli entrambi);
4. La salute mentale non è solo una questione sanitaria;
5. Il pregiudizio si trova quotidianamente tra i nostri colleghi nella sanità, spesso nella salute mentale, il che aumenta i rischi;
6. Due gravi rischi sono
  - le spinte sempre più forti a far confluire tutte le contraddizioni verso la psichiatria;
  - dimenticare che oggetto della salute mentale è la sofferenza mentale, non il disordine e/o la "stramberia".

Conseguentemente in un servizio di salute mentale è necessario lavorare contemporaneamente col paziente, il suo contesto, ma anche con il lavoratore e con il nostro contesto. In particolare, l'ansia, la paura, le parti "malate" dell'operatore.

La pratica di chi opera in questi servizi, in ogni momento, riguarda il prendere decisioni tra possibilità ed opportunità molto diverse e complesse.

Una buona pratica richiede un equilibrio, è costantemente in bilico tra differenti valori, di ordine professionale, scientifico, etico, politico. Che nasce da:

1. Una conoscenza scientifica critica;
2. Le possibilità di trasformarla in azioni pratiche qui ed ora;
3. La consapevolezza delle conseguenze su chi è soggettivamente od oggettivamente coinvolto, a livello sia individuale che di gruppo che di contesti...;
4. Contenuti, priorità, metodi, obiettivi, chiari;
5. Verifiche condivise;
6. Chiarezza su ruoli, responsabilità, competenza, ecc...;
7. Obiettivi correlati a risorse;
8. Flessibilità;
9. Collocare il paziente al primo posto.

## **Bibliografia di riferimento**

A.A.V.V. "Mental Health Policy Project" World Health Organization Geneva 2001".

Basaglia F. "Conferenze Brasiliane" Cortina Editore, Milano 2000.

Rotelli F. "Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra", Editore: Asterios edizioni collana Scienza nuova, Trieste 1999.

Saraceno B. "Discorso Globale Sofferenze locali", Milano il Saggiatore 2014.

Saxena S., Thornicroft G., Knapp M., Whiteford H. "Global Mental Health 2.

Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007; 370: 878–89 September 4, 2007 DOI:10.1016/S0140-6736(07)61239.

## **Sitografia di riferimento**

A.A.V.V. "mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecializedhealthttings"  
[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhGAP\\_intervention\\_guide\\_02/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02/en/).

Saraceno B. dal sito: <http://www.souqonline.it/>: Il paradigma della sofferenza urbana, Aporie dell'empowerment.