

IL CENTRO DI SALUTE MENTALE COME LUOGO DI PREVENZIONE E CURA

Alessandro Grispi, Psichiatra, Direttore UOC CSM Distretto 14 ASL RomA1
Membro Ordinario e Segretario Scientifico dell' Associazione Italiana di Psicoanalisi (A.I.Psi)

In questo lavoro Si focalizza il vortice in cui sono presi di Centri di Salute Mentale e i tentativi necessari per uscirne. Il vortice è l'essere presi dai disturbi gravi trascurando i disturbi lievi e la prevenzione; è il ridursi alla cura psicofarmacologica a scapito della psicoterapia. La proposta della "casa di salute" vuole essere un tentativo di invertire la rotta.



Il ruolo del Centro di Salute Mentale è da sempre riconosciuto come essenziale all'interno dell'organizzazione dipartimentale. A dispetto di tale enfasi, la realtà quotidiana testimonia, tuttavia, una crescente difficoltà di queste strutture a mantenere un adeguato livello di funzionalità per via di una evidente riduzione delle risorse umane. Eppure questa fase storica appare molto interessante per almeno tre motivi: l'incremento di una domanda sempre più complessa, la trasformazione della mission, la nascita delle *Case della Salute*.

1. Le trasformazioni della domanda

I servizi territoriali della salute mentale hanno sempre lavorato in un'ottica di inclusione diffusa attraverso una attività di accoglienza rivolta ad ogni forma di disagio/disturbo psichico con l'obiettivo di promuovere e tutelare la salute mentale in ogni suo aspetto.

Oggi la domanda rivolta ai nostri servizi si è arricchita di nuove problematiche, molto diverse tra di loro:

- popolazione straniera,
- abuso di sostanze,
- gestione dei pazienti dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e di quelli inviati dai magistrati per una valutazione o per la gestione di progetti terapeutici riabilitativi alternativi al carcere,
- pazienti psichiatrici gravi cronici soli in casa o con familiari anziani;
- forme di disagio, che possono sfociare in vera e propria patologia, di quanti rischiano di perdere il lavoro, lo hanno perso o non lo hanno mai trovato e che vivono in totale solitudine questa dimensione sociale,
- isolamento sociale per la perdita di riferimenti familiari e/o abitativi,
- persone senza fissa dimora.

La crescita di una domanda multidimensionale, all'interno della quale a volte si fa difficoltà a cogliere un nucleo primariamente psicopatologico, suggerisce la necessità di sviluppare competenze particolari nella lettura dei fenomeni, ma anche di individuare delle strategie di accoglienza ed *assessment* che definiscano meglio l'ambito di intervento, ponendo di fatto un limite alla tradizionale accoglienza iperinclusiva alla quale fanno seguito pratiche e risposte molto difformi da terapeuta a terapeuta.

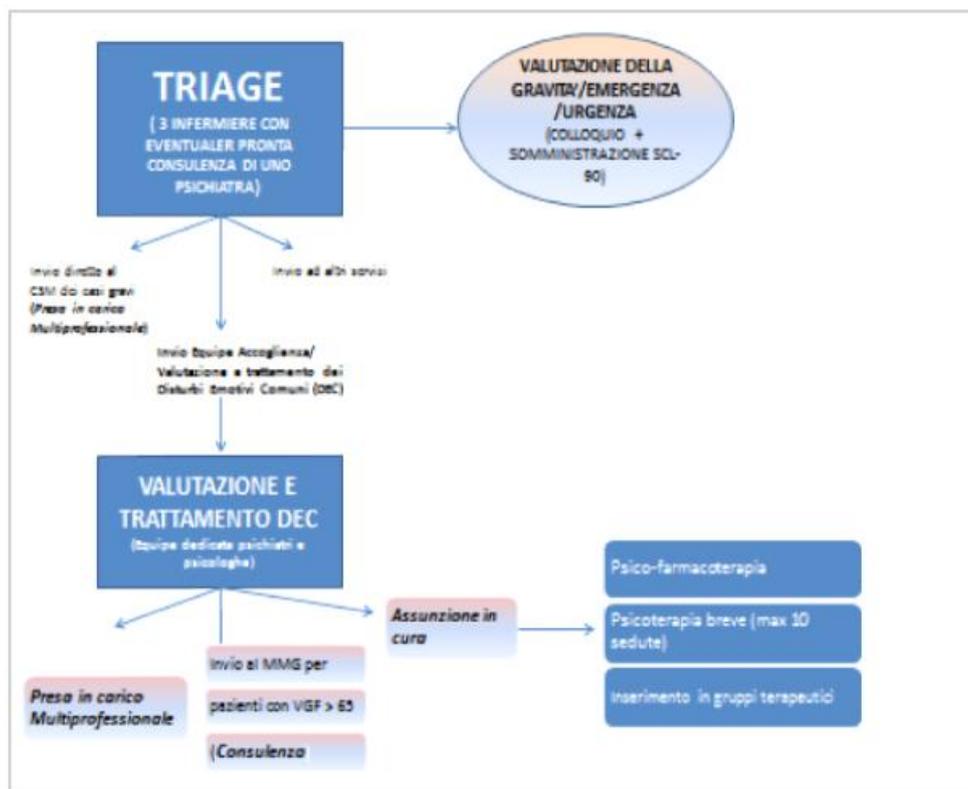
2. Trasformazioni nella mission e innovazioni normative

Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 23.1.2013 (v. Tabella 1) e la definizione dei Percorsi di Cura del 13.11.2015 (v. Tabella 2) hanno identificato quali sono le azioni fondamentali che debbono essere assicurate dai DSM ed hanno fornito le indicazioni per la gestione dei PDTA per i disturbi gravi ed i disturbi emotivi comuni.

In estrema sintesi, il compito che abbiamo di fronte è di **operare una distinzione operativa** fra i cosiddetti **Disturbi Emotivi Comuni**, indirizzandoli verso una limitata offerta di cura diretta o riorientarla verso altre agenzie, e i **Disturbi Mentali Gravi**, che vengono presi in carico da una équipe multi-professionale nel CSM per realizzare trattamenti complessi che possono durare anche anni.

L'Accoglienza e il processo di *assessment* in ultima analisi, mirano ad ottenere tutte quelle informazioni che hanno rilevanza per la definizione e l'attuazione di un **progetto terapeutico appropriato** per Disturbi Emotivi Comuni (attraverso una attività di *consulenza* e/o una *assunzione in cura* mono- o bi-professionale) ed i Disturbi Mentali Gravi (attraverso la *presa in carico* da parte di una équipe multi-professionale).

A titolo esemplificativo, vorrei mostrare come si è organizzato il nostro servizio di accoglienza e valutazione.



E' evidente che oggi viene chiesto ai DSM di occuparsi primariamente dei *Percorsi di Cura* e, all'interno di questi, dei *PDTA* (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) relativi ai Disturbi Gravi (Schizofrenie, Disturbi Bipolari, Depressioni,

Disturbi Gravi della Personalità), destinando ai cosiddetti Disturbi Emotivi Comuni (DEC) una offerta terapeutica residuale.

Questa impostazione è coerente con il concetto di *equità verticale* che vuol dire fornire più risorse ai disturbi più gravi.

Non vi è dubbio che la storica tendenza iperinclusiva dei CSM in termini di accoglienza non può più essere sostenuta, se non altro per ragioni di risorse disponibili.

Rimangono tuttavia aperti e irrisolti tre problemi:

1) dare una risposta appropriata ad un vastissimo numero di richieste che, pur non configurandosi come patologie gravi, non possono essere sottovalutate, come la definizione di disturbo emotivo comune indurrebbe a pensare,

2) l'obiettivo difficoltà di utilizzare la psicoterapia;

3) la categoria dei DEC è mal definita in quanto non esiste una definizione operativa adeguata e, inoltre, appare quanto meno problematica l'adeguatezza di risposte che prevedono un (re-)invio ai Medici di Medicina Generale o interventi psicoterapeutici brevi o brevissimi. Una implementazione di gruppi (psico-) terapeutici può certamente offrire una risposta al problema, ma rimane aperta la questione di come fornire trattamenti psicoterapeutici individuali, che spesso costituiscono l'indicazione privilegiata, in carenza di risorse adeguate.

3. La casa della salute

L'apertura delle Case della Salute, che a Roma sta avvenendo a macchia di leopardo, può essere un'occasione per sviluppare pratiche territoriali di *primary care* e *chronic care* alternative all'ospedale, spesso utilizzato in modo improprio.

In generale, la Casa della Salute deve favorire: a) l'accesso a percorsi assistenziali integrati attraverso la rete integrata Ospedale-Territorio (PDTA), b) la gestione della continuità dell'assistenza, c) l'accoglienza dei pazienti e l'orientamento ai servizi attraverso il collegamento con il punto unico di accesso (PUA), d) l'accesso ai servizi di assistenza per persone non autosufficienti e/o anziane, attraverso il collegamento con le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali, e) l'introduzione di modelli di gestione delle patologie croniche che evitino o limitino il ricorso al ricovero tramite ambulatori e/o assistenza a gestione medico/infermieristica.

Per quanto riguarda il nostro campo, la presenza di micro-équipe specialistiche all'interno della Casa della Salute, può consentire di realizzare quattro funzioni:

- a) *Filtro* per le situazioni in cui esiste un disagio psichico, ma non di entità tale da dover essere trattato in un contesto specialistico quale è il CSM. In questi casi una semplice consulenza, articolata in più di un incontro, può essere la risposta più appropriata;
- b) *Consulenza* per i Medici di Medicina Generale e per altre specialità mediche e socio-sanitarie;
- c) *Promozione/Educazione* alla salute mentale attraverso gruppi psicoeducazionali,
- d) *Trattamento dei Disturbi Emotivi Comuni ad alto funzionamento sociale*, attraverso interventi psicoterapeutici brevi e terapie di gruppo.

4. Riflessioni conclusive

Da quanto sopra detto, è evidente che il CSM stia attraversando una fase di importanti trasformazioni, pur mantenendo l'essenza della propria identità. Il punto fondamentale che tutti noi dobbiamo aver ben presente è che *la nostra attitudine clinica*, per definizione legata ai percorsi formativi individuali, *deve declinarsi all'interno di una visione di sanità pubblica*. Accogliere questa prospettiva vuol dire

