

Ri-prendere il gruppo sul serio: clinica analitica gruppale e salute mentale di comunità

di Fabrizio Starace*

[Ricevuto il 24/09/2022
Accettato il 19/11/2024]

Riassunto

L'autore, condividendo la definizione di comunità nella sua accezione più ampia come luogo di incontro tra sofferenza individuale e sofferenza sociale, al fine di delineare le prospettive di una salute mentale di comunità, invita a tenere in considerazione molteplici prospettive. Tra queste, ci sono quelle di tipo demografico che forniscono informazioni anche sulle dimensioni relazionali e sociali all'interno della comunità (come, per esempio, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento dei nuclei monoparentali e quindi della dimensione della solitudine, la presenza di sempre più marcata inter-culturalità, caratterizzata dalla presenza di migranti di prima e seconda generazione, che impatta sul malessere giovanile adolescenziale ecc.). L'autore evidenzia la necessità da parte delle discipline psicologiche di utilizzare un linguaggio comprensibile per interloquire a livello politico, istituzionale e amministrativo, nell'intento di perseguire un interesse comune, tenendo conto dei bisogni in termini comunitari e promuovendo interventi di ampio respiro, che

* Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche dell'AUSL di Modena e Presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP) (v.le L.A. Muratori, 201 – 41124 Modena); fabrizio.starace@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19790

A PARTIRE DALLA COIRAG

interconnettano campi disciplinari apparentemente distanti (es. salute mentale, economia, demografia...).

Parole chiave: Salute mentale, Comunità, Demografia, Epidemiologia.

Abstract. *Taking the group seriously again: the group-analytic clinic and mental health in the community*

The author, sharing the definition of community in its broadest sense as a meeting place between individual suffering and social suffering, in order to outline the perspectives of community mental health, invites us to take into account multiple perspectives. Among these, there are demographic ones that also provide information on the relational and social dimensions within the community (such as the progressive aging of the population, the increase in single-parent households and therefore the dimension of loneliness, the presence of increasingly marked inter-culturality, characterized by the presence of first and second generation migrants, which impacts on adolescent youth distress etc.). The author highlights the need for psychological disciplines to use an understandable language to interact at the political, institutional and administrative levels, with the aim of pursuing a common interest, taking into account needs in community terms and promoting wide-ranging interventions, which interconnect apparently distant disciplinary fields (e.g. mental health, economics, demography...).

Keywords: Mental health, Community, Demography, Epidemiology.

Vorrei iniziare facendo una premessa di natura affettiva: stando qui con voi oggi mi sembra di rientrare in un ambiente familiare, questo setting e questa modalità di mettere in comune le riflessioni hanno immediatamente evocato il mio training analitico e formativo in terapia gruppale. Percorso che negli anni e nei decenni successivi, in particolare negli ultimi tempi, mi ha guidato nell'affrontare soprattutto le questioni di tipo istituzionale e organizzativo.

Nell'affrontare l'interpretazione dei fenomeni assegno grande rilevanza all'approccio epidemiologico, alla neutrale solidità che i numeri ci offrono nel descriverli.

Ho assunto alcuni anni fa la presidenza della "Società di Epidemiologia Psichiatrica", fondata tra gli altri dal compianto professor Tansella. Fin da subito ho tenuto a sottolineare, come descritto nella definizione del mandato di questa società, che il nostro impegno non è soltanto quello di descrivere, ma di utilizzare l'epidemiologia come strumento per affermare quello che Campedelli, Lepore e Tognoni in *Epidemiologia di Cittadinanza* chiamava-

no il “diritto-dovere” della presa in carico, il diritto-dovere di lavorare per evitare o almeno ridurre alcuni fenomeni che diamo per scontati.

Richiamandomi alla citazione di Benedetto Saraceno (2008) circa la dimensione comunitaria come luogo di incontro tra sofferenza individuale e sofferenza sociale, direi che per delineare le prospettive della salute mentale di comunità occorre innanzitutto interrogarsi su quali saranno le prospettive della comunità nella sua accezione più ampia. Tra queste vi sono quelle di tipo demografico e in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione. Purtroppo, l’invecchiamento non corrisponde a una maggiore speranza di una vita in buona salute. Troviamo sempre più spesso situazioni caratterizzate da polipatologie, dipendenza fisica e non autosufficienza. Tuttavia, al di là della constatazione e descrizione del fenomeno, non mi pare vi siano ipotesi operative volte a intervenire su questo processo, che sarà tanto più accentuato quanto meno oggi le aree territoriali del nostro Paese lo avvertono. Ad esempio, una regione come la Campania, la più giovane del nostro Paese, nei prossimi dieci o vent’anni dovrà fronteggiare, sguarnita delle necessarie strutture assistenziali, l’invecchiamento della popolazione in maniera molto più marcata di regioni come Friuli, Liguria o Emilia-Romagna.

Gli andamenti demografici ci danno informazioni anche sulle dimensioni relazionali e sociali cui ciascuno di noi sarà esposto all’interno della comunità: una di queste è la solitudine. In alcuni centri urbani le persone che vivono da sole, i cosiddetti nuclei “mono componente”, superano il 30%, in alcuni casi il 40%. Nel Regno Unito si dà così tanta importanza a questa condizione, intesa come significativo determinante sociale di salute o malattia, da aver individuato negli scorsi anni un dicastero ad hoc che si occupasse delle politiche governative per contrastare, nella popolazione generale, la solitudine e i problemi a essa collegati. Alcuni aspetti macrosociali, come la presenza sempre più marcata di migranti di prima e di seconda generazione possono inoltre aiutarci a comprendere alcune dinamiche del cosiddetto “malessere urbano”, specie nella fascia adolescenziale. Anche la diffusione dell’uso di sostanze, ormai affiancato dalle dipendenze di tipo comportamentale, è fenomeno socialmente determinato in grado di influenzare in modo rilevante frequenza e fenomenica dei problemi di salute mentale di una popolazione.

Ma la questione più importante, dalla quale sembra discendere la possibilità, da parte nostra, di operare in una direzione piuttosto che nell’altra, ha a che fare con il bilancio dello Stato e con le conseguenze economiche della crisi pandemica, e poi bellica e poi anche energetica. Il quantificare in 60 miliardi di euro (oltre ai 60 miliardi già spesi), il fabbisogno minimo per superare la crisi energetica da parte delle famiglie è una scelta che ne preclude altre, ad esempio l’impegno nel settore del welfare. A ciò si aggiunge

la crisi occupazionale, la creazione di nuovo debito e la questione del rapporto intergenerazionale: i debiti contratti oggi li stiamo lasciando infatti come eredità ai giovani.

Tutte queste preoccupanti questioni ci richiamano a una più incisiva presenza all'interno della comunità, in quanto portatori di conoscenze, di competenze, e di capacità d'interpretazione, qualità che ritengo vengano molto poco utilizzate nell'affrontare queste tematiche forse anche per un'incapacità di interloquire a livello politico, istituzionale e amministrativo, con quei dispositivi cioè dei quali la comunità si dota per perseguire finalità volte all'interesse comune.

Qui emerge una questione fondamentale: la separatezza, la modalità autarchica che hanno assunto le nostre discipline che si occupano di comportamenti e di percezioni sociali. Si è mantenuto il linguaggio con cui abbiamo elaborato le nostre sofisticate teorie, riducendo sempre più la possibilità di interloquire con il mondo circostante che usa un altro alfabeto, molto condizionato dalle scienze economiche e finanziarie. Un primo obiettivo verso cui tendere è un "esperanto" che faccia convergere lemmi appartenenti a elaborazioni e a mondi culturali differenti.

In questa generale definizione delle prospettive che la nostra comunità dovrà affrontare si inserisce il tema della salute mentale, che ha attraversato periodi straordinari come quelli pre-riforma del '78, con esperienze innovative che hanno avuto una ricaduta anche di tipo istituzionale.

Alla fine degli anni '90 fu predisposto il Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale" e furono finalmente chiusi gli ospedali psichiatrici. Si noti bene, gli ospedali psichiatrici furono chiusi ben vent'anni dopo la legge: questo per sottolineare che occorre calare le buone intenzioni, anche quelle sancite da una legge, nel contesto pratico per la loro effettiva realizzazione.

Con l'inizio del nuovo millennio è iniziato un periodo di lento ma inarrestabile declino, che ha riguardato la salute mentale all'interno del più ampio e vasto mondo della sanità pubblica. Ricordiamo intorno al 2005-2006 l'introduzione del Patto per la Salute, un accordo finanziario e programmatico tra Governo centrale e le Regioni (che già nel 2001 avevano affermato la propria autonomia gestionale e organizzativa), in cui si prevedeva la possibilità di un intervento sulle regioni che non rispettavano i vincoli di bilancio fino al commissariamento ad acta.

Già da allora, purtroppo, la possibilità di un intervento del Governo nazionale si realizzava con il linguaggio proprio dell'economia e non della sanità. Non c'è un solo caso di intervento nei confronti di una regione in deficit di diritti, quei diritti costituzionalmente garantiti ai cittadini di accesso alle cure, agli interventi sanitari e sociosanitari. Questo è un enorme problema:

come possiamo esprimere soddisfazione perché i conti quadrano senza preoccuparci di quali siano le reali condizioni dei cittadini? Numerose sono le regioni che, pur avendo mostrato equilibri di bilancio, presentano situazioni di grave disuguaglianza rispetto ad altre aree del Paese.

Negli anni successivi si sono registrati ulteriori interventi normativi, io ne riporterò tre, che hanno determinato molti aspetti della situazione attuale.

Il primo riguarda il blocco del tetto per la spesa per il personale: nel 2005 il ministro Tremonti, terzo Governo Berlusconi, per far quadrare i conti, ritenne di intervenire in legge di bilancio con un comma che prevedeva l'ancoraggio della spesa per il personale degli anni 2006, 2007 e 2008 a quella registrata a consuntivo nel 2004. Lo stesso Tremonti nel 2009 (quarto governo Berlusconi) estendeva il vincolo al 2012 e successivamente sino al 2020. Con modeste modifiche e indipendentemente dal colore dei governi successivi la norma è giunta ai giorni nostri con l'unica temporanea sospensione in emergenza Covid. Capite bene che nel 2022 far fronte ai bisogni, nel frattempo notevolmente incrementati, con una capacità di personale che invece è rapportata a quella di quasi vent'anni prima, è una scelta draconiana che avrebbe dovuto creare reazioni enormi. E invece non ha determinato reazioni particolari, nel 2010 e negli anni successivi. Insomma, ci troviamo oggi e per i prossimi anni a dover organizzare l'assistenza sociosanitaria sul territorio con un capitale umano per il quale non possiamo sostenere una spesa superiore a quella del consuntivo del 2004: questo è un evidente e cruciale motivo di grande preoccupazione.

Negli anni successivi è intervenuta un'altra misura, quella del Decreto n. 70, che definisce gli standard ospedalieri. L'effetto che questo ha determinato nel sistema sanitario può essere descritto con l'immagine del sistema dei vasi comunicanti: l'idea è quella di intervenire su un settore, trascurando però l'effetto che si causa su tutti gli altri comparti comunicanti. Con quel decreto si è intervenuti tentando una razionalizzazione nel comparto ospedaliero e, per garantire gli standard prefissati, si è attinto al bancomat della medicina territoriale. Questo è avvenuto in particolare in alcune regioni, che hanno indebolito in maniera significativa i presidi territoriali e, per aggirare la prescrizione del tetto di spesa, invece di assumere direttamente personale per le attività territoriali, come psicologi e psicoterapeuti, hanno esternalizzato molti servizi, acquistandoli sotto forma di beni e servizi, cambiando quindi semplicemente la voce di bilancio. Purtroppo, ciò spesso non ha corrisposto né a condizioni di lavoro dignitose del personale, né alla qualità degli interventi che venivano richiesti.

Si arriva quindi ai giorni nostri, prima con una bozza di decreto che echeggiava quello ospedaliero, tant'è che veniva denominato 70 bis, e poi con il definitivo Decreto Ministeriale n. 77, grazie al quale vi sarà il riordino

della medicina territoriale: le case della comunità, i centri operativi territoriali e gli ospedali di comunità. Cosa manca però in quella descrizione così dettagliata del riordino dell'assistenza territoriale? È completamente assente il riferimento alla salute mentale, alla medicina delle dipendenze e a un'area, oggi ancor più cruciale, che è la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo gap è stato segnalato da più parti, tanto che si è condotto un lavoro tecnico coordinato da Agenas, cui ho personalmente partecipato, che mirava a colmarlo.

Oggi la situazione che rileviamo nei Servizi di Salute Mentale, sulla base dei dati correnti, ci segnala l'assenza di circa tre-quattro mila operatori rispetto a uno standard minimo fissato oltre vent'anni fa. Per tentare di incrementare, seppur lievemente, quel vecchio standard è necessario sapere dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dalla Ragioneria dello Stato, quanto costa questa operazione, cifra che molto probabilmente si aggira intorno a diverse centinaia di milioni di euro. Occorre più in generale definire la dotazione di risorse che riteniamo essere minimamente sufficiente a far funzionare questo sistema. E questa non è una scelta tecnica: dedicare il 6%, il 7% o il 10% del fondo sanitario alla Salute Mentale è una scelta politica. Il nostro Paese si attesta su valori bassi, che oscillano tra il 3 e il 3,5% mentre Germania e Francia, che sono i paesi con cui ci confrontiamo all'interno dell'Unione Europea, si attestano su valori pari o superiori al 10%. Sarebbero auspicabili un dialogo e un'integrazione tra competenze tecniche e politiche per costruire attività svolte nell'interesse della Polis e dei cittadini, rivolte quindi al bene comune.

Voglio sottolineare ancora il passaggio di Saraceno (2008) sulla consapevolezza che dovrebbe ispirare il lavoro di ogni operatore, perché evoca un'altra riflessione: quella gramsciana sul ruolo del tecnico organico, o meno, al sistema di potere in quel momento prevalente.

Per proporre soluzioni alle questioni sulle quali sarà necessario intervenire abbiamo a disposizione sufficienti strumenti conoscitivi: sistemi informativi che ci forniscono a cadenza annuale la riprova che ci sono intollerabili disuguaglianze interregionali e organismi e istituzioni (come l'AIFA, l'agenzia del farmaco) che ci documentano un fabbisogno di intervento importante. L'ultimo rapporto AIFA documenta un consumo giornaliero di antidepressivi da parte del 4,5% della popolazione, con punte che superano il 6-7% in alcune regioni. Questo significa che c'è almeno un 4,5% della popolazione con un disturbo depressivo a cui viene indicata l'assunzione di uno psicofarmaco e che probabilmente almeno il doppio delle persone con il medesimo disturbo avrebbero bisogno di accedere a un intervento psicoterapeutico, non avvalendosi di quello farmacologico. Purtroppo, non più di 1 su 10 ci riesce. Questo perché i nostri servizi continuano ad avere quell'imprinting del perio-

do post-riforma che li orienta verso la gestione dei disturbi psichiatrici gravi, a suo tempo rappresentati dai pazienti usciti dagli ospedali psichiatrici e poi da quelli giudiziari.

Manca completamente il governo, la gestione e l'intercettazione dei cosiddetti "problemi psichiatrici e/o psicologici comuni". Su questo si gioca in maniera significativa il patto fiduciario tra i cittadini e l'articolazione dell'amministrazione pubblica a cui si delega un problema così importante e rilevante come quello della salute mentale. Occorre ampliare il raggio d'azione dei servizi di salute mentale, utilizzando le postazioni che sono state individuate nelle case della comunità, attraverso i servizi di psicologia e psicologia delle cure primarie. Il punto fondamentale è assumere che questo è un problema centrale che non si risolve con interventi spot, come ad esempio il bonus psicologico.

Ricordo che insieme ad altri professionisti avevamo a suo tempo proposto ai rappresentanti politico-istituzionali di usare le stesse risorse per acquisire personale di area psicologica e psicoterapica attraverso gli strumenti ordinari, come quelli della specialistica ambulatoriale, incrementando le ore a chi già lavorava e reclutando nuovi professionisti. Ma per fare questo, ci hanno riposto, occorreva del tempo ed era necessario intervenire subito. Sono passati dieci mesi dalla legge di bilancio nella quale è stato inserito il primo bonus psicologico e non c'è un paziente che abbia avuto un accesso a un intervento psicoterapico sulla base di quel dispositivo. Forse la nostra proposta avrebbe dato una risposta più tempestiva e immediata.

Queste tematiche non vanno affrontate singolarmente, bensì in una dimensione più ampia, tenendo conto della metafora dei vasi comunicanti. Nel caso delle persone con disturbi psichiatrici gravi, oltre alla gestione dell'acuzie è necessario intervenire contemporaneamente sui fattori di contesto, sul piano abitativo e lavorativo in modo che, superate le fasi più drammatiche, possano esercitare i propri diritti come qualunque cittadino, avere un salario, diventare contribuenti del fisco, dare un valido apporto alla nostra comunità.

Io credo che dovremmo fare molto di più per documentare e rendere pubblica ed evidente l'efficacia dei nostri interventi. Per farlo bisogna sfuggire a quel timore reverenziale che si prova quando ci si confronta con altre branche della sanità pubblica (che spesso non dispongono di studi di efficacia nella pratica) e dare maggiore attenzione alle valutazioni di esito. Oggi non siamo infatti in grado di poter dimostrare in modo affidabile, salvo rari e puntiformi studi specifici, che le persone che hanno avuto accesso al nostro sistema sanitario a livello territoriale, distrettuale, o nei dipartimenti di salute mentale, hanno un miglioramento della qualità di vita, della capacità relazionale e della possibilità di stare nella comunità. Non abbiamo strumenti di

rilevazione e indicatori di esito che vengano regolarmente condivisi, in maniera semplice e comprensibile.

La nostra priorità deve essere la comunità: dobbiamo essere in grado di comunicare che le condizioni di sofferenza psichica, quelle che minano i rapporti familiari e amicali, che rischiano di far perdere il lavoro, di esporre alla vergogna e allo stigma, sono le situazioni in cui si può intervenire con efficacia e in cui si ottengono miglioramenti e guarigioni nell'80-90% dei casi intervenendo nelle fasi di esordio.

Vorrei infine raccontare alcune iniziative importanti che sono state condotte dal tavolo tecnico al Ministero della Salute sulle misure per ridurre fino a eliminare il ricorso alla contenzione, sulle questioni degli autori di reato, sulla neuropsichiatria infantile e adolescenziale, sull'efficacia degli interventi psicoterapici. Il tavolo tecnico ha sintetizzato le evidenze, le criticità e le proposte per superarle, rendendole pubbliche sul sito internet del Ministero¹.

Lo stesso Ministero ha dato, negli ultimi anni, rilevanti segnali di attenzione alla salute mentale: ricordo la Conferenza Nazionale che si è tenuta l'anno scorso (2021), il Summit Mondiale che terremo a metà ottobre (2022), l'assegnazione ai servizi di fondi (38 milioni di euro) con la finanziaria dello scorso anno, la ripartizione di 60 milioni per gli obiettivi di piano provenienti dal fondo sanitario nazionale, e oltre 100 mln di euro dai Fondi Europei per le Politiche di Coesione.

Ricordo il lavoro con AGENAS sugli standard, quello con l'AIFA sull'uso appropriato degli psicofarmaci e quello che ha portato alla conferenza unificata per l'approvazione, a luglio di quest'anno (2021), delle linee di indirizzo per gli interventi sostenuti dal budget di salute. Infine, è importante menzionare che per la prima volta, anche se con ricadute operative ancora limitate, nel Consiglio Superiore di Sanità alla terza sezione, che io presiedo, sono affidate competenze specifiche in materia di salute mentale. Un primo prodotto che sarà a breve pubblicato riguarda un'analisi dettagliata delle criticità inerenti al tema della residenzialità psichiatrica.

Ci sono quindi diverse criticità, ma anche elementi che danno qualche ipotesi di cambiamento possibile.

Voglio concludere parafrasando una citazione di Céline, che diceva che il mondo è pieno di persone che hanno ragione ed è per questo che marci-sce. Dobbiamo avere la capacità, come all'interno di questi gruppi di discussione, di stare seduti anche dalla parte del torto se necessario (o di quello che appare tale).

¹ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3084_allegato.pdf.

Io credo che il nostro confronto, anche a partire da posizioni non necessariamente prevalenti, possa produrre quelle possibilità di cambiamento che Céline riteneva limitate.

Riferimenti bibliografici

- Campedelli M., Lepore V. e Tognoni G. (2010). *Epidemiologia di cittadinanza*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Saraceno B. (2008). Dalla “sofferenza urbana” alla cittadinanza diffusa. Non una città “senza diversi”, ma una diversa città. *Animazione Sociale*, XXXVIII, 219: 26-32.