

ENRICO COLLANTONI*

Esperienza di lavoro in un Centro di salute mentale

Lavorare in un Centro di salute mentale presuppone la capacità di parlare molte lingue, sia per l'enorme eterogeneità dell'utenza che per l'ovvia necessità di dialogo tra operatori con diversi tipi di esperienze e percorsi formativi.

Nel momento in cui ci si confronta con la struttura psichiatrica pubblica appare evidente l'esigenza di cercare un compromesso tra la complessità della materia clinica in esame, cui deriva l'opportunità di un registro linguistico diversificato, e la semplificazione necessaria per una comunicazione chiara e condivisa degli obiettivi e degli sforzi comuni.

Ho vissuto la difficoltà di affrontare questa realtà nel percorso dello psichiatra in formazione, con lo spaesamento di chi non è ancora abituato a lavorare sul compromesso e con un linguaggio clinico derivato dalla formazione universitaria, poco sgrezzato dalla pratica e dunque estremamente permeabile agli stimoli e alla poliedricità delle loro fonti.

L'approccio alla complessità comporta due rischi opposti: quello di ricorrere ad una eccessiva semplificazione della lettura psicopatologica e quello di perdere di vista il punto di arrivo di percorsi eccessivamente tortuosi, rischiando di smarrire gli obiettivi e il necessario percorso logico che deve necessariamente ordinare l'esperienza clinica.

La difficoltà di trovare quella "via di mezzo" che renda efficace il compromesso e che fornisca sia un'adeguata profondità di lettura che un terreno solido di condivisione è amplificata da un altro elemento che caratterizza la struttura psichiatrica pubblica: la mancanza di tempo.

Cercare un ordine nella complessità con tempi rapidamente scanditi è pericoloso ma necessario; impone di plasmare continuamente il lavoro sul variare delle contingenze e obbliga a riflessioni metodologiche che non prescindano dagli obiettivi.

Su queste basi, l'utilizzo di lingue diverse deve essere funzionale alle capacità di adattare gli scopi alle reali possibilità e di elaborare un

* Medico in formazione specialistica presso l'Università degli Studi di Padova.

costante tentativo di mediazione tra ciò che si può e ciò che si vorrebbe fare, cercando di confinare i percorsi diagnostico-terapeutici in un recinto di limiti contingenti senza per questo dover scadere nel semplicismo.

Nel CSM in cui ho svolto parte della mia esperienza formativa erano presenti in totale circa 1.600 cartelle aperte e il numero dei primi contatti assoluti era superiore ai 150 annui. Un numero di pazienti così elevato, a fronte di cinque spazi ambulatoriali nei quali il personale medico non può far altro che alternarsi, impone ovviamente di definire gli scopi sulla base di ciò che è possibile fare. Tale necessità è rafforzata dal fatto che l'attività ambulatoriale nel CSM è solo una parte dell'attività clinica di cui noi medici in formazione specialistica ci occupiamo, dovendoci contemporaneamente dedicare a diverse altre necessità lavorative e formative.

L'atteggiamento che rischia di conseguirne è quello di ragionare per sottrazione, confinando il lavoro a quel che è necessario per controllare l'urgenza, limitando l'obiettivo al breve periodo e dunque alla gestione e alla prevenzione delle acuzie, interpretando la terapia come strumento di controllo e non di cura, di limite e non di possibilità. La perdita di un ragionamento prognostico sul lungo periodo significa smarrire non solo la necessità di approfondire il bagaglio di esperienze e la storia del paziente, ma anche la possibilità di estrarre dai singoli casi quei criteri generali che consentano la diagnosi categoriale. Si corre il rischio che la necessità di elaborare un percorso razionale porti alla scorciatoia della semplificazione e che l'operato medico si risolva nel tentativo di affrontare frettolosamente le urgenze più significative perdendo di vista il senso di impostare un percorso terapeutico, nonostante questo sia limitato da contingenze inderogabili.

Il pericolo di impoverire l'essenza della nostra attività senza esercitare la possibilità di fare diagnosi a diversi livelli di complessità e di formulare percorsi terapeutici il più possibile individualizzati ingigantisce le dimensioni del problema rendendo necessaria una riflessione su come affrontare le soluzioni.

Queste richiedono innanzitutto l'utilizzo di un approccio puntuale e strutturato, fondato sulla consapevolezza che le domande che formuliamo in una fase inquadrativo-diagnostica non conducono alla semplice soddisfazione di un quesito clinico, ma aprono interrogativi dalle cui risposte dipendono la solidità e l'efficacia del nostro metodo. Meno questo sarà approssimativo e incerto e più avremo la capacità di gestire coerentemente gli strumenti che abbiamo, contrapponendo dei punti di riferimento solidi ai vissuti confusi del paziente.

Fondamentali al percorso diagnostico-terapeutico sono, inoltre, una razionale distribuzione delle risorse e una preliminare quanto necessa-

ria individuazione di un punto di partenza e di un prevedibile (ma non per questo necessariamente raggiungibile) punto di arrivo. L'atteggiamento che mira ad una precisa, solida e coerente gestione delle risorse è quello che tende alla standardizzazione e alla replicabilità, sulla base di un'impostazione in cui l'approssimazione è inversamente proporzionale alla chiarezza operativa.

L'estremizzazione di questo ragionamento conduce a numerosi punti interrogativi; quanto la ricerca di strumenti replicabili e standardizzati può impoverire il nostro lavoro? Quanto il percorso che orienta l'azione clinica può essere davvero replicabile e a quale livello della nostra operatività diagnostica e terapeutica se ne può stabilire un'efficacia? Quando la standardizzazione operativa può rappresentare un valido strumento di coerenza gestionale e quando, invece, rischia di essere la causa di un impoverimento clinico? La soluzione a questi interrogativi nella struttura pubblica è meno teorica di quanto si vorrebbe; la pianificazione e la realizzazione di un'attività puramente standardizzata è infatti estremamente difficile per le già accennate limitazioni di tempi, spazi e personale. È dunque necessario che il dato di realtà riconduca ogni riflessione nei binari ineluttabili del "ciò che è possibile" e che indichi un percorso in cui il ragionamento clinico indirizzi l'operato evitandone la radicalizzazione.

Il punto di partenza di un percorso di gestione razionale delle risorse nel CSM deve risiedere nella comprensione e nella stratificazione del rischio, che focalizzi la gravità del quadro clinico e tutte le possibili direzioni di una sua evoluzione. Una corretta comprensione del rischio, ancora prima di una corretta diagnosi (che molto spesso richiede un'osservazione longitudinale prolungata), consente infatti di ragionare sui molteplici margini di intervento possibili oltre che sulla loro urgenza e indilazionabilità. Tale tipo di percorso terapeutico non può prescindere da un'accurata pianificazione degli obiettivi; questi non sono dei punti di arrivo stabili e definitivi, ma delle tappe intermedie modificabili che guidano il trattamento nel suo svolgersi e che consentono di non smarrirsi di fronte ad un eccesso di complessità.

Questo è indispensabile per poter intervenire individuando nel complesso psicopatologico l'importanza di quei sintomi che possono decorrere negativamente e per gestire la programmazione terapeutica non unicamente nell'attesa dell'acuzie ma nel tentativo di prevenirla.

L'esempio più immediato in questo senso si riscontra nella gestione del paziente giovane, dove i sintomi non sono solo le chiavi di una lettura diagnostica ma anche i filtri di una visione del mondo difficile, da cui scaturiscono dinamiche reattive che distorcono e impoveriscono il rapporto del soggetto con la realtà e con l'altro. In questi il trattamento non viene pianificato urgentemente solo per affrontare l'acuzie psico-

patologica, ma anche per contrastare le dinamiche che determinano l'evoluzione della patologia, prevenendone gli esiti.

Nel corso della mia esperienza ho avuto modo di lavorare con una ragazza diciottenne che, presentando un'importante e ingravescente difficoltà nella gestione dei rapporti interpersonali e nella comprensione empatica dell'altro, aveva lasciato le scuole superiori durante l'ultimo anno, sviluppando un atteggiamento recriminatorio, proiettivo e generalizzante nei confronti dell'ambiente scolastico e dei familiari. A questa lettura del mondo conseguiva una progressiva chiusura che non lasciava presagire margini di miglioramento o di remissione autonomi. L'impostazione di un lavoro che si concentrasse sulle distorsioni più grossolane della sua esperienza ha con il tempo consentito di migliorare alcuni dei circoli viziosi più difensivi e rigidi concedendole la possibilità di riprendere il percorso scolastico e dunque di migliorare un rapporto con i pari che sembrava comprometersi sempre di più. Parallelamente al percorso con la paziente si è impostato anche un intervento con i genitori per cercare di migliorare idee, atteggiamenti, competenze e distorsioni cognitive che agivano come fattori di mantenimento disfunzionali.

Questo è un esempio dell'operatività del CSM che, per assolvere efficacemente alla sua funzione, lavorando su un vasto bacino di popolazione e su un'elevata eterogeneità clinica, deve necessariamente allargare la sua capacità operativa ad un concetto di urgenza ampio, che includa non solo lo scompenso psicotico più grossolano e disorganizzato, ma anche la prevenzione di quadri con un elevato rischio di decorso clinico infausto.

La potenzialità della struttura psichiatrica pubblica non è da ricercarsi, infatti, solo nella sua capacità di essere un valido raccoglitore dei quadri più "residuali" e prognosticamente vuoti, ma soprattutto nel suo essere la tappa iniziale di una pianificazione terapeutica in situazioni di sofferenza psichica.

Le difficoltà contingenti presenti non sono da giudicare come delle barriere invalicabili che spengono qualsiasi tentativo di intervento, ma possono essere utilizzate come validi strumenti di orientamento per guidare la programmazione di percorsi clinici più ampi e condivisi.

Enrico Collantoni,
enrico.collantoni@sanita.padova.it

