

TERRITORIO E MEDIAZIONE

GIUSEPPE CARDAMONE

RELAZIONE SCIENZA-CLINICA-PAZIENTE NEL PASSAGGIO TRA OP E SSM

- La psichiatria riformata italiana si è strutturata sulla base di una poliedrica idea di territorio e per mezzo di una pluralità di pratiche operative nel territorio. Tale strutturazione ha portato dall'Ospedale Psichiatrico ai Servizi territoriali di salute mentale.
- Il passaggio descritto può essere letto come la trasformazione della relazione scienza-clinico-paziente.

- L'ospedale (psichiatrico) era il luogo che permetteva l'applicazione del sapere/potere scientifico sul paziente, da parte del clinico.
- I servizi territoriali di salute mentale sono il luogo di una mediazione, operata da una equipe multiprofessionale, fra il sapere/potere scientifico e un sistema paziente: il paziente cioè in quanto inserito in una trama relazionale, sociale e istituzionale assai articolata e complessa in cui si riconoscono altre figure umane (familiari, parenti, amici...), organizzazioni (gruppi di auto-aiuto, associazioni di familiari, associazioni e cooperative di servizi) e istituzioni (Enti locali, Magistratura, Prefetture e forze dell'ordine, ecc.) e concetti astratti oppure incorporati in pratiche sociali (ciò che si intende, ad esempio, quando si parla di dimensione culturale).

CIÒ SIGNIFICA CHE:

→ L'intervento in salute mentale deve essere pensato come l'azione di un'equipe multiprofessionale e multidisciplinare;

→ L'oggetto dell'intervento non è una singola persona, ma sempre un sistema, un gruppo, di cui occorre prendere in considerazione:

- le dinamiche relazionali interne,
- gli aspetti culturali (ivi comprese le dinamiche di ruolo e di potere di genere),

→ Questo sistema è sempre immerso in una dimensione sociale e istituzionale. Questa dimensione sociale e istituzionale si articola in poteri (formali o informali) che esercitano i loro effetti sull'equipe di salute mentale e sul sistema paziente (es. Magistratura, Sistema di accoglienza, ecc.).

SSM COME LUOGHI DI MEDIAZIONE

I clinici – ed in generale gli operatori della salute mentale – si ritrovano in qualche misura ad essere il luogo di contatto e di **mediazione** fra scienza e società, anche quando il malato è incontrato nella sua singolarità. Tale singolarità è del tutto apparente, perché in ogni momento (prima, durante e dopo l'incontro clinico) rinvia a, ed è in connessione con, le dimensioni ambientali, relazionali, sociali e culturali dell'esistenza (come messo prima in evidenza).

LA MEDIAZIONE È OPERATA NEI DUE SENSI

1) La prima direzione che viene in mente è quella che va dalla scienza alla società: al clinico il problema di mostrare la pertinenza di una scoperta per il malato (e per tutti coloro che hanno una relazione significativa con lui): questo problema della pertinenza della scoperta scientifica per il malato e la società, del fatto che la scoperta è o potrebbe essere interessante per l'uno e per l'altra, riguarda sia le scienze dure (es., la pertinenza di un nuovo farmaco) ma anche per quelle più "morbide" (si pensi ai modi in cui le varie teorie e tecniche psicoterapeutiche o riabilitative cercano di diventare interessanti e quanto tempo impiegano).

→ Questo compito è reso più complicato dal fatto che i metodi attraverso cui viene dimostrata l'efficacia di uno psicofarmaco o elaborata una tecnica terapeutica (o anche riabilitativa) non sono mai in grado di mettere d'accordo tutti gli esperti (scienziati, ricercatori e clinici). Banalmente perché nessuno strumento terapeutico dei disturbi psicopatologici si è dimostrato efficace al 100%.

→ L'efficacia sempre relativa di ogni tecnica o strumento di intervento (alla meglio superiore al placebo) fa sì che il rapporto fra scienza e clinico si colora di aspetti “teorici” relativi alla visione della malattia di quest'ultimo, alle sue idee sulla cura e su ciò che è o dovrebbe essere una persona sana mentalmente... molto sinteticamente non si elimina (sicuramente non si è ancora eliminata; inoltre non è detto che sia eliminabile) una quota di “credenza”, o se si vuole di ideologia, dal lato del clinico. Forse per questa ragione i clinici (e gli scienziati) tendono a riunirsi in gruppi con “credenze” omogenee e complicare ulteriormente lo scenario sociale e culturale su cui contemporaneamente intervengono.

2) Ma mediazione vuol dire anche permettere un flusso inverso che dalla società torna alla scienza.

→ Consideriamo che l'applicazione di uno strumento terapeutico implica un argomento di autorità (scientifica), qualunque sia la “forza” con la quale questa autorità viene dispiegata (istituzione totale vs. studio privato). Questo argomento di autorità riguarda la **natura della malattia**.

→ La natura della malattia proposta deriva ed è incorporata nel contesto attrezzato per dispiegarla, permetterne l'apparizione ed eventualmente cercare di curarla: che questo contesto sia costituito da un laboratorio, oppure da un setting psicoterapeutico o riabilitativo.

Le diverse nature di malattie differiscono per molteplici aspetti, ad esempio:

- la sua collocazione (nel cervello-organo, nell'apparato psichico immateriale, nel sistema familiare, nella società, ecc.)
- le sue cause ed i suoi fattori di contribuzione (disfunzionamenti genetici o neurochimici, traumi precoci, dinamiche relazionali patogene, sistemi familiari disfunzionali, apprendimenti disadattivi, scarso sostegno sociale, eventi avversi, ecc.)
- le logiche attraverso cui si può agire terapeuticamente (compensazioni neurochimiche, elaborazione dei processi traumatici, ristrutturazioni cognitive, ecc.)

→IL CONTESTO TECNICO CREATO PER PERMETTERE IL DISPIEGARSI DELLA MALATTIA E DELLA CURA (LABORATORIO, OSPEDALE PSICHIATRICO, SETTING TERAPEUTICI, ECC.) IMPLICA SEMPRE UN PROCESSO DI SEMPLIFICAZIONE: CIOÈ LA RIDUZIONE DELLE VARIABILI DA CONSIDERARE.

QUESTA SEMPLIFICAZIONE DA UNA PARTE LASCIA SEMPRE FUORI QUALCHE COSA E QUESTO QUALCHE COSA FA PROBLEMA IN UN QUALCHE MOMENTO DEL PERCORSO TERAPEUTICO. QUESTO FAR PROBLEMA AL LIMITE SI PRESENTA COME NON-COMPLIANCE DEL PAZIENTE. IL “RESTO” NON CONSIDERATO, O MESSO DA PARTE, È COSTITUITO DA UNA PLURALITÀ DI ELEMENTI E SOLO A TITOLO DI ESEMPIO POSSIAMO RICHIAMARE:

- le relazioni familiari disfunzionali (che direttamente o indirettamente si oppongono allo strumento terapeutico),
- gli interessi legittimi degli utenti e delle famiglie che arrivano anche a rappresentarsi in forma associativa come istanza di critica agli strumenti scientifici o alle modalità organizzative attraverso cui questi ultimi si dispiegano,
- fino alle diverse concezioni del malato e dei suoi gruppi di riferimento rispetto alla malattia, alla cura e all'idea di salute; concezioni che a loro volta si iscrivono in dimensioni culturali più o meno convergenti con la *weltanschauung* scientifica.

- D'altra parte, Queste diverse forze sociali e culturali – sia che rimangano informali, sia che si diano forme organizzative formalizzate – non solo si traducono (negativamente) in resistenze alla scienza e ai suoi metodi; ma anche si possono manifestare in modo positivo come interlocutori in cerca di un ascolto (è il caso ad esempio delle associazioni di utenti e familiari) oppure come concezioni della malattia e della cura che attivano ricorsi ad altre terapeutiche, sia in modo alternativo sia in modo parallelo.
- Tutto ciò è ancora più vero nel territorio attuale in cui operano i Servizi di salute mentale, in cui si registra una moltiplicazione dell'eterogeneità culturale: all'eterogeneità culturale “endogena” ed autoctona, per così dire, si somma quella “esogena” portata dai flussi migratori internazionali che interessano il nostro paese, così come il resto del pianeta (e non solo le società occidentali o economicamente sviluppate).
- → La mediazione comporta la presa in considerazione del “resto” che la scienza non aveva preso in considerazione inizialmente o escluso intenzionalmente, e che opera sia “**negativamente**” sia “**positivamente**”.
 - Un'esemplificazione di ciò può essere rappresentato dagli “uditori di voci”
 - Un'ulteriore esemplificazione è rappresentata dalle difficoltà diagnostiche e terapeutiche con i migranti.

SVILUPPI ORGANIZZATIVI DEI SSM

→ *Convocare altre discipline e altri professionisti nel lavoro terapeutico-assistenziale*: si pone pertanto la necessità per i Servizi di interagire anche con quelle discipline che possono permettere di meglio comprendere e di interagire con i molteplici “resti” a cui si è fatto riferimento (es. appunto antropologia) oppure con figure che permettano di attuare la mediazione (gli stessi pazienti diventati esperti o i mediatori linguistico-culturali).

→ *Sviluppare metodologie della co-evoluzione fra Servizi, pazienti e contesto sociale allargato*: la mediazione è la premessa e la condizione di realizzabilità di una co-evoluzione fra Servizi, pazienti, familiari e contesto sociale allargato. Questa co-evoluzione può essere consentita dall’attuazione (e in parte anche dall’invenzione) di luoghi e strumenti che permettano:

- il confronto fra le diverse nature della malattia e della cura di cui sono vettori i diversi attori che partecipano al processo terapeutico-assistenziale. Questo confronto deve permettere di mettere in evidenza i conflitti attivi fra le diverse visioni presenti e di individuare delle strategie di azione condivise;
- il confronto fra i diversi poteri che influenzano esplicitamente o implicitamente, apertamente o nascostamente, l'andamento del processo terapeutico: la Scienza, l'istituzione sanitaria, la Magistratura, la dimensione religiosa, la famiglia, organizzazioni del privato sociale, e così via. Questo confronto deve permettere di trovare accordi condivisi che permettano il dispiegarsi del processo di cura.

Il territorio è anche popolato da altre istituzioni che intervengono come ulteriori poteri materiali e culturali che modificano il lavoro di cura in salute mentale. Lo modificano perché cambiano le pratiche della salute mentale (es. custodie cautelari in SPDC o in Comunità terapeutica), oppure perché influiscono complessivamente sulla dimensione culturale connessa alla malattia e alla cura (es., reintroduzione del concetto e della pericolosità del malato di mente per via giudiziaria). Anche questa dimensione istituzionale costituisce un “resto” che la scienza non prende spesso in considerazione. E pur tuttavia tale resto impone un forte lavoro di mediazione territoriale ai Servizi.

SVILUPPI FORMATIVI E CURRICULARI

Si giunge così ad un ultimo punto: quello della formazione dei clinici e degli operatori in generale. Occorre che il sapere e le metodologie della mediazione (nel senso più sopra descritto) costituiscano il bagaglio ordinario degli operatori della salute mentale, congiuntamente alle conoscenze e alle competenze relative alla struttura, organizzazione e funzionamento del Sistema Nervoso Centrale, all'uso razionale dei farmaci, alle tecniche psicoterapeutiche o riabilitative, e così via.

Queste conoscenze e competenze della mediazione non possono costituire un'attitudine personale dell'operatore dei SSM, ma fare parte del suo curriculum formativo sin dagli inizi della formazione (università, specializzazione, formazione continua).

Grazie per l'attenzione

Giuseppe Cardamone