

Ivan Ambrosiano, Cinzia Canali, Fiorenza Milano,
Enrico Stenico e Tiziano Vecchiato

Crisi di welfare: come è potuto accadere? Proposte per affrontare il disagio psichico

Durante la pandemia sono emerse fragilità organizzative, di continuità terapeutica, di integrazione delle capacità e delle responsabilità nelle comunità. I modelli professionali individualistici e narcisistici alimentano un prestazionismo costoso e povero di risultati. Rendono inadeguato il «servizio pubblico». Nascono da «professioni malate» e da «organizzazioni malate». La valutazione delle performance cliniche ha bisogno del coraggio di misurare gli esiti senza limitarsi alle performance prestazionali, considerando tutti i fattori in gioco: le risorse a disposizione (conferite in input), le attività realizzate (erogate in output), gli esiti raggiunti (misurati in outcome). È urgente ripartire dalla dimensione comunitaria della psichiatria e dal modello grupppale nel lavoro terapeutico, relazionale, organizzativo. Queste riflessioni nascono da una serie di laboratori di idee promossi dall'Associazione Asvegra e dalla Fondazione Zancan: i gruppi di lavoro interdisciplinare hanno affrontato queste questioni, cercando di guardare al futuro, quando professioni e organizzazioni saranno chiamate ad affrontare in modi nuovi la ricostruzione dopo le criticità emerse durante la pandemia.

Premessa

Il percorso di riflessione sulle ricadute della situazione pandemica nella salute mentale degli individui, delle famiglie e del tessuto sociale ha prodotto proposte sulle professioni e

le organizzazioni per affrontare le criticità attuali e future. Nascono dalle domande: Cosa sta succedendo? Come evolverà? Con quali ricadute? Come gestire le soluzioni dopo che niente sarà più come prima? Nei laboratori di idee i gruppi di lavoro interdisciplinare hanno affrontato le questioni

AUTORI

- ▶ *Ivan Ambrosiano*, vicepresidente Asvegra, Padova.
- ▶ *Cinzia Canali*, direttrice Fondazione Zancan, Padova.
- ▶ *Fiorenza Milano*, psicologa psicoterapeuta Asvegra, Padova.
- ▶ *Enrico Stenico*, psichiatra psicoterapeuta Asvegra, Padova.
- ▶ *Tiziano Vecchiato*, presidente Fondazione Zancan, Padova.

legate all'immediato, cercando di guardare in proiezione prospettica, quando professioni e organizzazioni saranno chiamate ad affrontare in modi nuovi la ricostruzione dopo le criticità emerse in modo amplificato durante la pandemia.

Durante la pandemia la clinica è stata chiamata ad affrontare questioni imprevedibili, scoprendosi impreparata a condizioni ignote per intensità, concentrazione e complessità dei problemi. Le risorse professionali hanno retto con molta fatica l'onda d'urto del qui e ora, cercando di non esserne travolte e impegnandosi in uno sforzo professionale, scientifico e solidale per mantenere aperta la capacità di comprensione e apprendimento dall'esperienza. Tutto questo è avvenuto all'interno di uno scenario caratterizzato da una concentrazione di sofferenze, dove il mondo interno e quello esterno si sono riconfigurati nelle relazioni. I professionisti hanno vissuto l'assedio di domande inedite, senza il tempo per analizzare e riflettere. Non è stata soltanto l'incontenibile pressione sui servizi a rendere tutto più difficile, ma le molte, croniche fragilità professionali e istituzionali, durante un confinamento diventato paradossalmente il luogo più sicuro. La realtà esterna ha invaso la realtà psichica, generando livelli di insicurezza prolungati, difficilmente elaborabili dalle persone.

Il nuovo scenario ha impattato su mo-

delli professionali e gestionali inadeguati. È emersa una diffusa incapacità di fare e stare insieme, di operare facendo leva su una gruppaltà sottovalutata e confinata in spazi limitati, impoverendo il noi professionale, che è una condizione vitale per un servizio pubblico rivolto a tutti i cittadini. Sono emersi in forme esasperate il rifiuto a proteggersi e a proteggere l'altro, con richieste aggressive di aiuti materiali e risarcitori e, molto meno, offerte di sussidiarietà e solidarietà relazionali. È prevalsa la logica dei diritti da rivendicare piuttosto che la consapevolezza dei doveri di protezione e promozione della salute da esercitare con spirito di reciprocità.

La sofferenza delle generazioni

Nel quadro epidemiologico c'è stato un grave aumento del disagio psichico generale, soprattutto tra i più giovani e i più anziani, soggetti a limitazioni per loro incomprensibili. Si sono chiesti se e quanto fidarsi di istituzioni incapaci di serenità di giudizio, protezione e affidabilità.

Gli studenti hanno sperimentato cosa significa perdere il contatto tra loro e con i docenti, affrontando problemi di concentrazione, stanchezza, alimentazione, gestione del tempo, apatia, solitudine. A queste paure si sono aggiunti gli interrogativi su come sarebbe finito l'anno scolastico. Molto preoccupanti sono stati gli accessi ai servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri. Nell'anno del Covid sono cresciuti i pazienti sconosciuti ai servizi, giovani che in 'situazioni di normalità' avevano un equilibrio che si è rotto. Sono aumentati i tentati suicidi, gli atti di autolesionismo, i disturbi alimentari gravi. Queste forme di disagio si protrarranno nel tempo e per questo è fondamentale pensare a nuove forme di cura nella post-dimissione. Analoghi problemi sono stati vissuti da persone anziane sole o già istituzionalizzate, che hanno sperimentato un isolamento insostenibile e incomprensibile, perdendo i punti di riferimento familiari e affettivi.

Criticità organizzative

Sono emerse in modo amplificato le fragilità organizzative, le croniche carenze di integrazione professionale, l'illusoria continuità terapeutica tra ospedale e territorio, la congestione dei percorsi decisionali. Insieme alimentano le patologie delle organizzazioni malate. La domanda di poter fare e poter sentirsi insieme è andata ben oltre la sfera professionale e organizzativa, e ha messo in discussione le radici strategiche e sistemiche dell'organizzazione sanitaria.

È accaduto mentre la paura enfatizzava l'insicurezza, moltiplicando il paradosso del «come mantenere e garantire distanza e apertura nei servizi pubblici», evidenziando che le precedenti chiusure erano giustificate da protocolli difensivi e non proattivi. Durante la pandemia molte prestazioni ospedaliere e ambulatoriali sono state sospese, sono stati chiusi molti servizi, si è dimenticata la prevenzione del disagio psichico. Contemporaneamente è aumentata l'attesa di qualcosa di nuovo, capace di portare oltre il prestazionismo dell'emergenza, basato sul distribuire farmaci e prestazioni, mortificando il valore terapeutico del porsi in relazione e produrre benessere.

Nuove consapevolezze

L'emergenza ha costretto tutti ad adottare nuove regole per proteggersi sul piano personale e professionale, imparando a valorizzare le configurazioni cliniche necessarie per accogliere, includere, curare, personalizzare, senza creare dipendenze ingiustificate.

I servizi si sono scoperti affetti da una malattia insorta ben prima della pandemia, che ha portato alla frammentazione dei percorsi di cura e alla difficoltà di fare rete tra servizi, con rigidità e sclerotizzazioni delle pratiche e delle organizzazioni che le governano.

La dimensione del tempo è stata messa radicalmente in discussione, in particolare

i tempi di accesso, i tempi per diagnosticare e decidere, i tempi della terapia, i tempi del reinserimento, cioè tutto quello che costringe i servizi dentro la logica del «tutto e subito».

La dimensione gruppale nei servizi

È emersa con forza la necessità di un nuovo bilanciamento tra Io servizio e Noi servizi, dove il problema non è l'integrazione professionale ma l'integrazione delle capacità e delle responsabilità. È necessario potenziarle con gestioni gruppali e comunitarie dei problemi. È una grande opportunità per evitare di «curare senza prendersi cura», senza adattarsi acriticamente a protocolli standardizzati e poco capaci di «personalizzare le risposte».

L'attuale situazione di difficoltà nella costruzione di una reale tutela della salute mentale può essere vista come risultato di una serie di scissioni: tra etica e clinica, tra pubblico e privato, tra professionalità e missione del servizio, tra servizio pubblico e comunità. Ha favorito l'imporsi a tutti i livelli del prestazionismo, dell'efficientismo, dei protocolli standard invece degli esiti di salute e la promozione del benessere.

Dai laboratori è emersa la domanda di una clinica capace di trasformare il vissuto e l'esperienza in pensiero e in proposte, per innovare un welfare basato sul valore irrinunciabile del Noi inteso come potenziale trasformativo. Ad esempio, potenzialità positive sono emerse proprio dalle persone che hanno vissuto la pandemia in situazioni esistenziali al limite, che già vivevano vite «sconvolte» da solitudine e povertà. Durante la pandemia hanno utilizzato la loro forza per affrontare le sfide di ogni giorno, con capacità di gestire insieme i problemi. Non avrebbero potuto farlo da soli e hanno potuto farlo con gruppi che si sono formati nel momento del bisogno e più capaci di affrontare le difficoltà.



Ripensare il noi professionale

Professionisti e persone utenti sono soggetti che si costituiscono all'interno di vincoli e legami reciproci dove non vi è qualcuno che determina l'altro, ma entrambi sono soggetti di relazione che costruiscono «il campo dell'intervento clinico». Tale punto di vista per cui l'Io è fin dall'inizio un Io sociale contrasta con una logica riduttivistica dove l'altro-paziente diviene oggetto di un intervento invece che soggetto partecipante del processo della guarigione. Il soggetto è sempre all'interno di reti e contesti familiari, sociali e comunitari che lo attraversano e favoriscono il divenire persona. Il territorio non è una ubicazione geografica ma un ecosistema e una comunità. Per questo welfare e benessere sono da intendersi come promozione di spazi e tempi di costruzione di salute con le persone, viste nella loro unitarietà bio-psico-sociale. L'attuale clinica «dell'incertezza» spinge a pensare una nuova dimensione etica della clinica stessa.

L'inadeguatezza di modelli professionali individualistici, poco condivisi e incapaci di evolvere, privilegia le pratiche confinate nei propri ambiti operativi, organizzati narcisisticamente secondo le proprie esigenze, tecnicamente inadeguati ad affrontare i problemi. Prevale il prestazionismo costoso e povero di risultati, la staticità, il pensiero conformistico e le rigidità che rendono necessario un ripensamento del paradigma «servizio pubblico». Sono criticità enfatizzate dalla precarizzazione del lavoro dei giovani professionisti sanitari, in organizzazioni che non li accolgono, non valorizzano le loro capacità, fanno del precariato sanitario un male rischioso per i destinatari del loro lavoro e per la stessa missione pubblica. Questi modi di operare istituzionalizzano tutti, le «persone-in-cura» e le «persone-curanti» in una mutualità relazionale rischiosa.

Ripensare i rapporti di potere nelle pratiche cliniche

Contrastare questi rischi significa ripartire da modalità cliniche capaci di comporre le forze con le fragilità, valorizzando il «concorso al risultato», che nasce nell'incontro delle capacità professionali e personali. Questo incontro è espresso dalla metafora dell'Arco di Leonardo da Vinci: «Arco non è altro che una fortezza causata da due debolezze, imperochè l'arco negli edifici è composto di due parti di circolo, i quali quarti circoli, ciascuno debolissimo per sé, desidera cadere, e opponendosi alla ruina l'uno dell'altro, le due debolezze si convertano in unica».

Nell'arco terapeutico ogni fragilità è anche fonte di forza. Nasce dalla consapevolezza che «non posso aiutarti senza di te» e dal suo reciproco «non puoi aiutarmi senza di me». In questo modo ogni persona, anche la più fragile, può testimoniare le potenzialità della propria condizione per fare la differenza. L'arco libera tutta la sua forza quando si diventa capaci di ripensare il «rapporto di potere» tra chi aiuta e chi è aiutato, valorizzando la convenienza del mettere in relazione le forze a disposizione con i potenziali di efficacia.

Il costo complessivo delle risposte non dipende dall'input del servizio (le risorse professionali) ma anche da quelle non professionali, delle persone e del loro spazio di vita. È un concorso gruppale che rende tutto più conveniente per affrontare i problemi di sofferenza interiore, solitudine, depressione, fragilità..., molto diffusi in particolare tra le persone anziane. Diventa paradossalmente più chiaro quando la specializzazione settoriale dei curanti li rende poco capaci di affrontare le diverse condizioni umane. Agiscono le competenze che settorializzano i modi di gestire le capacità professionali, che chiudono lo sguardo professionale alla sola sfera organico-funzionale e comportamentale senza vedere clinicamente anche le dimensioni socio-ambientali, relazionali e valoriali.

Servono quindi condizioni operative per ripensare l'agire professionale e mettersi in discussione. È un problema che non riguarda solo le «professioni malate» ma anche e soprattutto le «organizzazioni malate e patogene».

Ripensare la formazione

Sono esplose le contraddizioni dell'offerta di formazione degli operatori socio-sanitari, in particolare quelli dei servizi di promozione e cura della salute mentale: psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, personale infermieristico ed educatori. Non è un problema di oggi: «Gli attuali programmi formativi appaiono dediti al mantenimento di equilibri già definiti e voluti solo da alcune parti in causa: direzioni tecniche, corporazioni professionali, committenze unicamente interessate ad usare la formazione come sistema di auto-legittimazione, agenzie interessate ad accreditarsi sul mercato con pacchetti formativi standardizzati e preconfezionati, a volte di alta qualità tecnica ma spesso asettici e disancorati dal contesto degli operatori a cui vengono somministrati» (*Manifesto sulla Formazione*, Fondazione Zancan 1993).

Questi problemi sono terribilmente attuali. Lo stesso Manifesto definiva i caratteri fondamentali di qualsiasi azione formativa: favorire i processi vitali, sostenerli nel momento del cambiamento, orientare le potenzialità, offrire strumenti efficaci per operare. Ne definiva anche i principali obiettivi: la promozione dei diritti e delle responsabilità del cittadino, il riferimento alle persone e alla loro storia, l'impegno di servizio ai progetti dei cittadini, il radicamento culturale nelle realtà locali. Si è perso il riferimento al radicamento culturale, professionale e progettuale nelle situazioni locali, stabilito dal legislatore: «Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri» (art. 6 L. 180/1978).

I percorsi di formazione universitari e specialistici rispondono ad una logica privatistica e di lavoro monoprofessionale, povera di confronto dialettico, acritica rispetto alla missione dei servizi pubblici. Non offrono competenze e capacità necessarie per il lavoro interdisciplinare e cooperativo nelle comunità locali. Non meraviglia quindi l'appiattimento dei servizi di salute mentale sulle problematiche della patologia cronica grave, sull'incremento dei progetti riabilitativi rispetto a quelli terapeutici, sull'eccessivo ricorso all'utilizzo di farmaci rispetto all'uso di modelli psicoterapeutici individuali, familiari e gruppal. La valorizzazione del capitale umano è la condizione imprescindibile per valorizzare le professionalità formando alla clinica grupale e interdisciplinare.

Ripensare la ricerca

Un'ulteriore criticità è la mancanza di ricerca clinica e organizzativa sui servizi territoriali e sul distretto sociosanitario inteso come luogo di cura, ricerca e sperimentazione. È una tripartizione necessaria per collegare la missione di cura con quella di sperimentazione e sviluppo di nuove soluzioni nei territori. È la missione tradizionalmente affidata ai policlinici come luoghi per comporre la cura, la ricerca e la formazione delle nuove professioni sanitarie. Ma questo non avviene per i servizi territoriali a cui non è ancora riconosciuta questa possibilità e capacità di fare ricerca in luoghi operativi a questo finalizzati. È un ulteriore deficit che contribuisce a spiegare la carenza di innovazione nei servizi a diretto contatto con le persone.

È difficile pensare a uno sviluppo dei servizi di salute mentale distrettuali senza capacità di questa natura, senza condizioni dove sperimentare e collaudare soluzioni professionali e organizzative, con evidenze scientifiche all'altezza delle sfide da affrontare. Una parte delle raccomandazioni utilizzate nascono infatti da opzioni organiz-



zative e amministrative e non da evidenze scientifiche. La pandemia ha costretto tutti a farsi queste domande, a chiedersi se stavano utilizzando vere o false evidenze e se seguivano passivamente raccomandazioni di dubbia affidabilità. La sfida è aperta ed è connaturata a molte condizioni di lavoro che non vengono valutate con indici di efficacia coerenti con il compito istituzionale di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Vino nuovo in otri nuovi

Non si può innovare con vecchie organizzazioni e vecchie professioni. Oggi questo rischio attraversa le pratiche cliniche pubbliche e private, perché tutti sono esposti a questa eventualità. La valutazione delle performance cliniche e organizzative ha bisogno del coraggio di misurare gli esiti senza limitarsi alle performance prestazionali, considerando tutti i fattori in gioco: le risorse a disposizione (conferite in *input*), le attività realizzate (erogate in *output*), gli esiti raggiunti (misurati in *outcome*), i processi metodologici e organizzativi che li hanno resi possibili.

Non ha senso scomporre l'arco terapeutico nelle pietre/azioni che lo compongono. Quando sono separate in forma di diagnosi, prognosi, piani assistenziali, trattamenti, valutazione... sono pietre da cantiere e non architettura clinica e professionale autoportante. Le sfide dell'arco terapeutico non dipendono infatti dai segmenti di azione che lo compongono. Quando sono separati non sono arco clinico e professionale ma soltanto pratiche incapaci di fare clinica.

L'augurio è che la pandemia ci abbia dato tempo:

- per pensare nuove strategie orientate alle persone, riconoscendo i bisogni prima che si manifestino,
- per il dialogo tra professioni che si impegnano ad essere complementari,
- per rigenerare i servizi e non le singole prestazioni che non sono il fine ma il mezzo per avere cura della persona e della professione.

Priorità da affrontare

Lo scenario complesso, sorprendente, denso di criticità e di potenzialità creato dall'evento pandemico si prefigura come un'occasione unica e imperdibile di ripensare le fondamenta culturali, operative e gestionali del welfare e delle politiche di tutela della salute mentale ripensando:

- a. il ruolo e le modalità operative dei dipartimenti,
- b. i servizi impegnati nella promozione e nella cura della salute mentale della popolazione considerando anche l'epidemiologia dell'invecchiamento e del disagio in età evolutiva,
- c. la centralità gestionale e operativa della dimensione comunitaria della psichiatria,
- d. il modello gruppale nel lavoro terapeutico, relazionale e organizzativo.

Sono proposte che si collocano all'interno della dimensione comunitaria. Evidenziano l'importanza di un cambio culturale dove prevalga la dimensione del Noi, il lavoro di gruppo e la multidisciplinarietà, in dialogo tra servizi pubblici e privati.

Alla redazione del documento hanno collaborato:

Cristina Bastianello, Fp Cgil Venezia; Lorella Ciampalini, dirigente psicologo Ulss 3 Serenissima; Dario A. Colombo, coordinatore NeASS Lombardia; Silvia Corbella, psicoanalista, Milano; Franca De Lazzari, direttore di Gastroenterologia Ospedale Sant'Antonio di Padova; Francesco Dagnello, psicologo psicoterapeuta, Asvegra; Diego De Leo, psichiatra, De Leo Fund; Cinzia Favaron, psicologa psicoterapeuta, Asvegra; Franca Fazzini, psicologa Casa circondariale di Padova; Ornella Galuppi, direttore area salute mentale Cooperativa sociale Nuova idea; Michela Gatta, direttore UOC Neuropsichiatria Infantile, Az. Ospedale-Università di Padova; Valter Giantin, direttore UOC di Geriatria, Ospedale di Bassano del Grappa; Gianmaria Goga, direttore distretto Padova Piovese, Ulss 6 Euganea; Roberta Giuriatti, assistente sociale, Ser.D di Padova; Beppe Greco, medico di medicina generale, Padova; Patrizia Lonardi, presidente Associazione Piaci; Susanna Lazzarini, insegnante, Abano Terme; Ilaria Locati, psicologa psicoterapeuta, Asvegra; Irene Mammarella, docente Psicologia della disabilità, Università di Padova; Tommaso Maniscalco, direttore psichiatra Ulss 7 Pedemontana; Lina Minervini, dirigente psichiatra, Ulss 6 Euganea; Elisabetta Neve, docente servizio sociale Università di Verona; Michela Nosè, professore associato di psichiatria, Università di Verona; Marco Novali, psicologo psicoterapeuta, Asvegra; Luca Pezzullo, presidente Ordine Psicologi del Veneto; Giovanni Pilati, medico, Padova; Gianfranco Pozzobon, direttore dei servizi sociosanitari Ulss 3 Serenissima; Maurizio Salis, direttore Scuola Specializzazione COIRAG; Daniele Salmaso, docente Università Verona e Padova; Fabio Sambataro, direttore Scuola Specializzazione Psichiatria di Padova; Annalisa Timpini, dirigente UOC Cure Primarie Distretto Padova Bacchiglione Ulss 6 Euganea; Emanuela Velo, dirigente medico Reparto Covid Cittadella; Mirella Zambello, Presidente Ordine Assistenti sociali Veneto; Suor Albina Zandonà, direttrice Cucine Economiche Popolari Padova.

I laboratori di idee sono stati coordinati da:

Ivan Ambrosiano, vicepresidente Asvegra, Cinzia Canali, direttrice Fondazione Zancan, Fiorenza Milano, Psicologa Psicoterapeuta Asvegra, Enrico Stenico, Psichiatra Psicoterapeuta Asvegra, Tiziano Vecchiato, Presidente Fondazione Zancan.

I promotori

La *Fondazione Emanuela Zancan onlus* è un centro di ricerca scientifica di rilevante interesse sociale. Realizza dal 1964 studi, ricerche, sperimentazioni sui sistemi di welfare, con il contributo di esperti italiani e stranieri. Collabora con enti statali, regioni, province, comuni, aziende sanitarie, università, centri di studio, italiani e internazionali, soggetti privati, enti del terzo settore, fondazioni, con ricerche e sperimentazioni sulle soluzioni di welfare sostenibili e generative di valore umano e sociale. www.fondazionezancan.it

Il *Gruppo di studio Asvegra Prevenzione e intervento sulle ricadute psico(pato)logiche da Covid-19*, si occupa di approfondire le problematiche psicologiche correlate alla situazione pandemica con progetti e interventi con la popolazione e con istituzioni socio-sanitarie.

L'ASVEGRA, Associazione Veneta per la Ricerca e la Formazione in Psicoterapia Analitica di Gruppo e Analisi Istituzionale, dal 1983 promuove lo studio, la ricerca, la formazione culturale e professionale nel campo della psicoterapia di gruppo e della salute mentale. www.asvegra.it.



SUMMARY

During the pandemic, various fragilities emerged in terms of organisation, continuity of care, integration of capacities and responsibilities in the local community. Individualistic professional models led to costly performance and poor outcomes, and to inadequate public services, because of «sick professions» and «sick organisations». On the contrary, the evaluation of services needs to measure outcomes and not just their performances, considering all factors involved: the available resources (input), the activities carried out (output), the results achieved (measured as outcome). There is an urgent need to restart from the community dimension of psychiatry and from the group model in therapeutic, relational and organisational work. These reflections are the result of a series of workshops promoted by the Asvegra Association and by Fondazione Zancan. Interdisciplinary groups tackled these issues, looking at the future, when professions and organisations will be called to address post-pandemic reconstruction in new ways.