

La cartella clinica come indicatore di processo: riflessioni e spunti d'indagine

di Nicoletta Agostini^{*}, Roberto Mander^{}, Mario Ardizzone^{***}**

La cartella clinica in uso nei Centri di Salute Mentale è uno strumento attraverso il quale psichiatri e psicologi hanno modo di conservare la memoria scritta sia dei dati socio-anagrafici, che anamnestici, diagnostici e prognostici delle persone che rivolgono la loro richiesta d'aiuto al Centro stesso; attraverso la cartella è possibile seguire le diverse fasi dell'intervento e il suo esito.

L'intervento, messo in atto già prima della "presa in carico", si basa su due elementi: la richiesta formulata al momento dell'accoglienza nel CSM e poi elaborata nei colloqui preliminari; la consensualità, ovvero l'accordo che si viene a creare attraverso l'incontro tra le richieste del paziente, le sue motivazioni e i suoi obiettivi e la proposta terapeutica formulata dall'operatore, medico o psicologo, coadiuvato dove occorra dall'assistente sociale.

Da quanto detto, emerge l'importanza della fase di "accoglienza", durante la quale l'incontro tra la persona e il servizio, rappresentato da un suo operatore, dovrebbe consentire l'esplorazione o analisi della domanda, la valutazione e formulazione di una proposta di intervento da parte dell'operatore, da attuare all'interno del servizio nei limiti imposti dalle risorse e dalle priorità del servizio stesso. Di fatto il CSM, proprio in quanto luogo d'arrivo della domanda, è affidatario di un'importante funzione di raccordo con il tessuto sociale: anche nel caso di 'mancata presa in carico' ha la possibilità di realizzare, comunque, un intervento - fosse anche solo quello di re-indirizzare la richiesta - i cui limiti sono di volta in volta definiti dall'incontro tra le richieste e la valutazione di risorse, disponibilità, appropriatezza dei mezzi a disposizione.

La legge che ha trasformato i Centri d'Igiene Mentale in Centri di Salute Mentale, come importanti strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale istituiti all'interno delle AA.SS.LL (D.P.R. del 10 novembre 1999), è una legge che cerca di tradurre in realtà una diversa cultura dell'assistenza sanitaria pubblica e che fa dell'orientamento al cliente un obiettivo di sviluppo organizzativo. Il Dipartimento di Salute Mentale dovrebbe porsi come insieme coordinato di strutture ed attività rispondenti ai bisogni di salute mentale della popolazione; intendendo per salute il benessere psico-fisico e sociale, e non l'assenza di malattia o una presunta normalità. Si vedano a questo proposito le indicazioni fornite dall'OMS (Di Ninni, 2004).

Il CSM è una delle strutture organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, nel quale opera un'équipe pluri-professionale di operatori con compiti di coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio su cui esercita la propria competenza. Il Centro di Salute Mentale svolge le attività d'accoglienza, analisi della domanda e diagnosi; di definizione e attuazione di piani terapeutici e socio-riabilitativi secondo un approccio integrato, attraverso interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete ed anche residenziali quando ciò si rende necessario per garantire la continuità terapeutica. Il CSM opera in stretto raccordo con la medicina di base, sia collaborando alla definizione di piani terapeutici, che a livello consulenziale e di formazione; presta la propria attività di consulenza ai servizi che trattano le dipendenze ed alle strutture residenziali per anziani e disabili; può operare come filtro e controllo della degenza nelle case di cura private neuropsichiatriche; infine, svolge una continua attività di valutazione e aggiornamento ai fini di migliorare la qualità dell'intervento (Di Ninni, 2004).

* Dottore in scienze e tecniche psicologiche.

** Psicologo.

*** Dirigente psicologo nel SSN.

La persona e la sua domanda, nel nuovo assetto organizzativo promosso dalla creazione dei DSM, dovrebbero essere posti al centro dell'intervento; la posizione di chi formula la richiesta di aiuto andrebbe vista non come quella di un utente passivo, pregiudizialmente e scontatamente 'paziente', nei confronti del quale il servizio venga erogato sulla base di un mandato sociale fondato in via esclusiva sulla competenza tecnica. La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, se attuata pienamente, collocherebbe la possibilità stessa dell'intervento nella capacità di integrare nel "mandato sociale" di promozione e cura della salute - che pure ne costituisce una base imprescindibile - la committenza e con essa il cliente e la domanda.

Sempre più spesso, nelle richieste che le persone rivolgono al CSM ci si trova ad avere a che fare con una richiesta che riguarda l'area dei cosiddetti "disturbi emotivi comuni", che non si organizza, per lo meno non subito e a volte mai, come richiesta di cura. Tale dato, insieme al fatto che la domanda non sempre coincide con la richiesta (Grasso, Cordella & Pennella, 2003) che la persona rivolge al CSM, e che viene registrata nella scheda di accoglienza, costituisce un forte stimolo in direzione di una piena attuazione della riforma; lo sviluppo della domanda potrebbe costituire uno degli obiettivi per lo sviluppo del servizio e dei suoi operatori, inteso come sviluppo della competenza organizzativa (Carli & Paniccia, 2003; AA.VV., 2008). Ne consegue che la dimensione relazionale, implicita nello sviluppo della domanda come esito della relazione tra paziente/cliente e operatore del CSM, porta con sé l'incontro di rappresentazioni sociali e culturali dell'intervento, della cura, del disagio e della malattia mentale. Relazionarsi con la domanda porta a confrontarsi con la "cultura locale" del cliente come terreno su cui s'innestano le sue richieste e i suoi obiettivi di sviluppo sia su un piano di consapevolezza razionale, sia sul piano delle fantasie inconse. Allo stesso modo lo psichiatra e/o lo psicologo, in servizio presso il CSM, portano con sé un confronto dialettico tra la cultura locale del servizio (quale espressione particolare di una più ampia cultura dell'assistenza sanitaria pubblica nel campo della salute mentale) e le rappresentazioni cosce e inconse della loro professione e del loro ruolo all'interno del servizio, che si traducono nel rapporto unico che essi stabiliscono, di volta in volta, con quel particolare soggetto che si è loro rivolto (Carli, 1989).

In un'ottica di sviluppo in base alla quale gli operatori interagiscono secondo specifici obiettivi (di cura, riabilitazione, ecc.), da definirsi di volta in volta, sarebbe necessario un orientamento non solo al "cliente esterno", ma anche a quello "interno", quest'ultimo inteso come l'operatore stesso che chiede una cornice in grado di valorizzare la sua competenza. La soddisfazione dell'operatore non può esaurirsi in questioni che investono turni, circolazione delle informazioni, gestione del tempo, feedback sul lavoro svolto, ecc. (Cavaliere, 1996), ma investe soprattutto la condivisione di obiettivi e di strategie, e la partecipazione alla definizione delle scelte che riguardano non solo l'operatività ma anche la "teoria della tecnica".

Questa premessa fa da sfondo al contesto nel quale è nata l'idea di realizzare un'indagine esplorativa sulle cartelle cliniche.

L'ipotesi è stata quella di poter utilizzare la cartella come "documento" (Le Goff, 1977) capace di fornire risposte ad una serie d'interrogativi, primo tra tutti: quale è la cultura locale di quello specifico Centro di Salute Mentale? E' possibile che tale strumento sia in grado di fornire dati utilizzabili per rispondere a questa domanda? L'altro interrogativo che ci siamo posti, e non meno importante è: quali sono le domande a cui la cartella può rispondere e quali invece non sono contemplate? Allo stato attuale, in che relazione si pone la cartella clinica rispetto al nuovo assetto organizzativo del CSM e alla cultura che esso rappresenta? Ed infine: qual è il rapporto che si stabilisce fra gli interrogativi ai quali la cartella può rispondere e l'uso effettivo che di questo strumento e delle sue potenzialità viene fatto dagli operatori? Ci si è chiesti se la cartella fosse vissuta come strumento oggettivo, poco in grado di dare conto delle variazioni soggettive, secondo una visione dell'operatore "esterno", imparziale, non implicato, e della cartella stessa come semplice registrazione "adempitiva" di dati; o, invece, dell'operatore "interno" e parte integrante di un processo, e

della cartella come strumento d'intervento, d'analisi di processo, di verifica, di comunicazione e confronto (pur rispettando quel parametro di "riservatezza" che il trattamento di dati personali implica).

Le cartelle sono state sottoposte a lettura tramite una griglia articolata in una serie di indicatori dettati dall'esigenza di tener conto sia di dati socio-anagrafici (sesso, età, stato civile, titolo di studio, occupazione), sia di elementi di tipo valutativo (diagnosi), e che potessero esprimere quale richiesta veniva fatta dalla persona, gli eventuali eventi critici pregressi, quali le modalità e finalità della domanda, chi era l'inviante, ecc. Inoltre, sono stati previsti ulteriori indicatori relativi a: operatore (se psichiatra o psicologo), numero di colloqui, ed eventuale presa in carico. La scelta e l'articolazione degli indicatori riflette un'attenzione prioritaria alla "domanda in arrivo" al CSM e al modo di trattarla, piuttosto che al successivo eventuale trattamento e al suo possibile esito.

Un'analisi più dettagliata, dei metodi, delle procedure, dei dati e delle possibili correlazioni viene proposta più avanti.

La scelta di utilizzare le cartelle cliniche come fonte da cui attingere per rispondere a questi interrogativi, è motivata dal fatto che esse sono l'unica traccia scritta che rimane dell'intenso scambio relazionale che si esprime nell'intervento. All'interno della prassi d'intervento dei CSM, spesso caratterizzati dall'alta professionalità degli operatori e da una consuetudine di lavoro d'équipe di elevati standard qualitativi, un importante momento di raccordo, confronto e aggiornamento è costituito dalle riunioni di servizio, nelle quali vengono dibattute problematiche inerenti alle prese in carico, ai casi, al coordinamento con altre strutture - sanitarie e non - presenti sul territorio, ecc.. Si tratta di fondamentali occasioni che determinano, in misura notevole, la capacità di operare sinergicamente e di progettare ed attuare un lavoro di équipe e di rete, contribuendo alla crescita di una cultura comune. Di tutto questo, di quello che si potrebbe definire come un meta-pensiero sulla prassi dell'intervento, non rimane tuttavia alcuna documentazione scritta. I motivi vanno sicuramente rintracciati in una scarsità di risorse che non consente di dedicare quelle poche presenti, già ridotte, ad un'attività che nell'ottica del garantire l'indispensabile appare accessoria, ma forse anche da una cultura della propria professione, medica e psicologica, che spesso associa il proprio intervento ad un'arte, o ad una tecnica poco legate al contesto e poco avvezze alla verifica.

La cartella clinica, dunque, costituisce la sola traccia scritta dell'intervento. La parola traccia, in lingua provenzale e catalana *trassa*, in francese *trace* e in spagnolo *traza*, comprende tra i suoi significati quello di linea, orma, segno "che lasciano in terra le cose trascinate, per esempio le ruote. Le pedate che lascia impresse chi cammina". In francese troviamo anche la parola *trac* e in inglese *track*, a cui corrispondono l'olandese *treck* e lo svedese *tryck*, tiro, tratto, da cui deriva *trekken* nel significato di tirare, andare. Un ulteriore significato della parola è quello di cammino, viaggio; infine si usa la parola traccia per indicare anche il primo abbozzo di un'opera.

Da tutto ciò si possono ricavare una serie di riflessioni e indicazioni che chiariscono il senso di una lettura della cartella clinica come traccia, segno di un passaggio di qualcosa o qualcuno che ha lasciato impressa la sua orma (unica e particolare), ma anche cammino vero e proprio, viaggio che implica, in quanto tale, un punto di partenza, una meta, una destinazione, un esito e – di certo non ultimo per importanza - un percorso. Infine, la parola traccia, come si è detto, allude al primo abbozzo di un'opera, ad una prima idea connessa ad un progetto da sviluppare. E ci sembra che tanto la dimensione individuale e particolare – potremmo dire idiografica, facendo riferimento al paradigma della psicologia clinica - tanto l'idea di cammino e d'abbozzo di un progetto, siano contenute all'interno delle categorie che giustificano e fondano il senso della cartella clinica, come registrazione non solo di un primo progetto d'intervento, destinato a modifiche e aggiustamenti successivi, ma anche di un percorso che comporta l'idea di un possibile "venire da" e "andare verso". L'analisi esplorativa delle cartelle cliniche si pone, quindi, come tentativo di verificare quanto effettivamente il loro utilizzo possa riflettere questa progettualità e questo cammino, declinati

secondo delle specifiche ed uniche individualità, e quanto la concezione che sta dietro ad esse non rifletta, invece, il convincimento della possibilità di osservare “dall'esterno” il processo, e l'idea di un' oggettività generalizzante che tende a far perdere la specificità ed unicità della persona e dell'intervento portato avanti con essa.

La cartella clinica è uno strumento messo a punto in ambito medico, e di questa cultura porta con sé il retaggio. Essa rappresenta l'espressione di una cultura diagnostica, tesa ad inquadrare i pazienti in un preciso quadro nosografico ed eziologico, al fine di individuare una terapia opportuna; il principio guida è quello della “cura” del malato. La cartella inoltre ha un valore legale, come gran parte della letteratura in merito pone in risalto. Si tratta di una tendenza nettamente presente nell'ambito della medicina generale, e ulteriormente rafforzata dall'orientamento più recente alla *Evidence Based Medicine*. Solo in piccola parte, per quanto abbiamo potuto verificare, questa letteratura comprende studi sulla cartella clinica nell'ambito della salute mentale.

Uno dei requisiti principali di questo strumento è costituito dalla sua “leggibilità” (Liva, 1990), cui deve accompagnarsi la completezza delle informazioni. Per leggibilità s'intendono aspetti grafici e logici, mentre per completezza ci si riferisce a quel minimo di informazioni indispensabili: “...atte ad orientare il medico che affronta un paziente che è già stato studiato e curato...” (op. cit., p. 42). Lo studio di Liva sull'uso della cartella nell'ambito della medicina generale evidenzia una diffusa sottovalutazione di parti importanti della cartella stessa, come ad esempio il diario clinico, ipotizzando che in alcuni casi sia chiaramente presente una deliberata volontà di lasciare poche annotazioni, “...nel perenne timore degli onnipresenti motivi medico-legali.” (ibidem, p.42). Viene messo in risalto come modalità omogenee di gestione della cartella clinica, ad esempio all'interno di una stessa équipe, possano essere assunte come indicatori “...di un 'clima', a cui tutti tendono ad adeguarsi” (ibidem, p.45). Questa osservazione costituisce un segnale importante di quanto, in ambito medico, si stia sviluppata una significativa capacità di interrogarsi sui propri modelli teorici e operativi e se ne stia cominciando a cogliere il senso come espressione di una specifica “cultura locale”¹. Nel corso degli ultimi anni la questione “cartella clinica” è divenuta oggetto di un interesse crescente, proprio per il diffondersi di un processo di aziendalizzazione dell'assistenza sanitaria pubblica e di una cultura della verifica della qualità nel governo clinico, per la quale vengono messi a punto regolamenti e/o procedure per la gestione della cartella stessa². L'aspetto normativo appare essere molto forte nel modello culturale che presiede alla messa a punto, in ambito ospedaliero, della cartella clinica.

In linea con la necessità di promuovere una cultura della verifica, anche nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale sono stati messi a punto diversi strumenti, tutti riferibili

¹Una sottesa volontà di non lasciare se non una schematica traccia del proprio intervento, per timori di tipo medico-legale, è da vedersi connessa agli aspetti normativi della cartella clinica, stabiliti a partire dal D.M. Sanità del 5.8.1977 (relativamente alle case di cura private), il cui art. 24 prescrive l'obbligo da parte del medico curante di compilare una cartella clinica in cui siano compresi: generalità del paziente, diagnosi d'entrata, anamnesi personale e familiare, esame obiettivo, esami di laboratorio, ecc., diagnosi, terapia, esiti e postumi. Tale disposizione di legge viene rafforzata dal D.P.C.M. del 27-6-1986 (art. 35) e dal D.M. Sanità del 28-12-1991 in cui s'istituisce come parte integrante della cartella clinica la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) con uguale “...rilevanza medico-legale, ...” della quale si dichiara che “...è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico” (cfr. 32° Congresso Nazionale A.M.D.O., Lecce, Innovazione e tecnologia per la gestione della cartella). Appare chiaro, da quanto sopra, come la cartella sia geneticamente legata ad una normativa connessa alla tutela della salute, in quanto registra l'attività prestata dalla struttura sanitaria, descrive il decorso della malattia, attesta la terapia, e consente la prosecuzione della terapia nel futuro e la sua verifica. La cartella è uno strumento di lavoro, ma anche un documento della Pubblica Amministrazione che ha un valore economico e amministrativo - con le conseguenze in ambito amministrativo, contabile e penale che ciò comporta -, ed è, inoltre, un documento pubblico, o meglio, un “atto pubblico di fede privilegiata”, di cui il paziente può prendere visione e richiedere copia.

² La cartella clinica e la documentazione sanitaria, Convegno CEIDA, 17/18-09-2008.

all'ottica della *Evidence Based Mental Health*: si tratta di una riflessione che si sta producendo all'interno di un modello psichiatrico, e che ha portato all'elaborazione di una serie di indicatori utili al monitoraggio della qualità dell'assistenza soprattutto per i disturbi mentali gravi. Tali indicatori, che servono a misurare e a descrivere sinteticamente fenomeni significativi per la popolazione e per i servizi possono essere utilizzati per valutare il cambiamento intervenuto fra un "prima" e un "dopo". L'idea è quella di istituire un confronto sistematico tra ciò che viene fatto e quanto si dovrebbe fare in funzione di determinate linee guida. In tale contesto vengono definite come fonti sia il sistema informativo DSM che le cartelle cliniche del CSM³.

Lungo la specifica linea di sviluppo della cultura organizzativa nell'ambito dell'assistenza sanitaria per la salute mentale, va segnalata la messa a punto di manuali-questionario per la formazione organizzativa, per l'autovalutazione, e per l'accreditamento professionale tra pari, nei quali un notevole risalto viene dato alla documentazione clinica (Morosini, Casacchia & Roncone, 2000). Nello stesso quadro si pongono i corsi di formazione promossi dai vari DSM, come ad esempio a Padova, dove negli anni 2007/2008 è stato programmato un percorso formativo dal titolo "Lavorare per progetti", orientato al tener conto dei bisogni degli utenti in relazione a: percorsi di cura differenziati, progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, individuazione dell'operatore di riferimento. Di questo progetto formativo biennale fanno parte anche l'attuazione e l'implementazione di strumenti di supporto al progetto di cura tra i quali: linee guida e protocolli, sistema informativo, e nuova cartella clinica del DSM per l'area territoriale ambulatoriale e ospedaliera.

Un interessante contributo all'approfondimento della funzione della cartella clinica nell'ambito della Salute Mentale viene da uno studio condotto da De Simone (De Simone, 2008) in relazione al suo uso in contesti diversi da quelli ospedalieri. Lo studio ha portato gli operatori di un CSM della Campania, ad alta intensità di utenza, a rilevare l'esigenza di una maggiore versatilità della cartella clinica, perché risponda in modo più adattivo e flessibile alle esigenze di professionisti molto diversi fra loro, e alla presenza di assai differenti approcci teorici relativamente alla cura del disagio psichico e alla sua eziologia. Da tale riflessione è partito il tentativo di creare una nuova cartella clinica territoriale che tenesse conto di tre diversi ambiti: medico, psicologico, e sociale; e al tempo stesso con un'impostazione semi-strutturata tale da conciliare la raccolta di dati standardizzata con un approccio descrittivo/narrativo più pertinente al modello psicologico-clinico. Tale elaborazione ha condotto alla proposta di articolare la cartella in due sezioni: una sezione dedicata all'accoglienza, in cui, oltre ai dati anagrafici, compaiono i dati relativi al consenso informato; e una sezione anamnestica, a sua volta suddivisa in: anamnesi del soggetto, della sua famiglia di origine, della famiglia/e che il soggetto stesso si è costruito. In ciascuna parte di questa seconda sezione sono previsti campi che riguardano dati fisio e psicopatologici, qualità delle relazioni, eventuali disabilità funzionali, scelte di studio e professionali, esperienze relative al servizio di leva, ad eventuale detenzione, alla sfera sociale. La caratteristica saliente di questa nuova cartella territoriale consiste comunque nel poter essere compilata da più operatori e a più riprese, con la possibilità di seguire nel tempo la storia di vita di una persona, e di facilitare l'elaborazione di una sorta di "anamnesi allargata", di natura bio-psico-sociale, attraverso il concorso di più operatori. Viene inoltre data evidenza - prima delle pagine dedicate al trattamento - ad uno spazio per la precisazione del contratto terapeutico e della proposta trattamentale (De Simone, op. cit.).

La crescita d'interesse nei confronti della cartella clinica in uso nei CSM testimonia come un'ottica rivolta alla qualità dei servizi ponga necessariamente domande sulle caratteristiche di questo strumento nato in un altro contesto culturale rispetto all'assetto territoriale successivo alla legge di riforma del '78. Se una delle caratteristiche fondamentali del

³ Dalle linee guida NICE al sistema di indicatori SIEP, VII Congresso Nazionale SIEP, Biella 15/17-09-2005.

concetto di qualità consiste nel grado di “conformità alle specifiche tecniche” da parte dei prodotti di volta in volta considerati, tuttavia un aspetto non meno importante del concetto stesso risiede nell’“adeguatezza all’uso” da parte dei prodotti stessi; la qual cosa comporta “... la capacità di capire le esigenze dell’utente e di fornire un prodotto che lo soddisfi” (Cavalieri, 1996, p. 88). Interrogarsi sulla cartella clinica impiegata in un Centro di Salute Mentale significa soprattutto porsi delle domande sulla sua “adeguatezza all’uso”; il che implica – in modo tanto fondamentale quanto radicale - il tenere conto di chi la usa. Il presupposto è che ci sia una certa differenza fra l’intervento previsto da questo tipo di cartella e quello che oggi viene attuato.

Questo breve *excursus* sulla cartella clinica pone in risalto come tale strumento, nato in ambito medico, all’insegna di una cultura dell’adempimento normativo a tutela dell’utente e del servizio (in tale discorso rientra il doppio aspetto di atto pubblico e privatezza del documento), negli ultimi anni, in relazione ai cambiamenti organizzativi nell’assistenza sanitaria - la cui aziendalizzazione cerca di riflettere una cultura più orientata al cliente e quindi alla qualità ed alla sua verifica - sia diventato oggetto di una riflessione critica riguardante la sua funzione, anche per quanto riguarda la salute mentale; fa parte di questa riflessione un’analisi di quanto lo strumento sia adeguato all’orientamento attuale dell’assistenza e della cura della salute mentale, e quanto invece vada riveduto secondo criteri più in linea con l’integrazione fra ospedale e territorio e in un’ottica riabilitativa.

La proposta di una lettura della cartella clinica come ‘traccia’ è dunque provocatoria, in quanto questo strumento nasce nell’ambito di altri paradigmi di riferimento, e con una forte centratura sull’aspetto legale e burocratico-amministrativo. Leggere la cartella clinica come ‘traccia’ reca dunque con sé un’adesione, dal punto di vista psicologico-clinico, al ‘paradigma indiziario’, che vede nella capacità di costruire nessi e di applicare una logica abduktiva, una delle basi del metodo storico-ricostruttivo. All’origine di tale paradigma, così come lo stesso significato della parola sembra indicare, vi sarebbe l’arte sviluppata dai primi cacciatori di ricostruire, partendo dalle orme di fango, forme e movimenti di prede invisibili. Il cacciatore sarebbe stato il primo a raccontare una storia, a restituire ad eventi discontinui e discreti una continuità ed un senso. Il paradigma indiziario su cui si fonda l’arte venatoria come lettura delle tracce, trova applicazione anche in altri ambiti, non necessariamente orientati al passato e alla sua ricostruzione, ma anche rivolti al futuro, come avviene ad esempio nella divinazione, documentata dagli antichi testi divinatori mesopotamici (Ginzburg, 1986). E’ questo volto bifronte della traccia, quello che ci sembra più proficuo sottolineare come portatore di senso e di sviluppi connessi anche al presente. Per la semeiotica medica, attraverso la lettura dei segni, delle tracce, è possibile comprendere il presente nella sua stretta relazione con il passato (diagnosi) e con il futuro (prognosi). La natura congetturale, indiziaria, indiretta, delle discipline storiche, in quanto qualitative, è condivisa dalla psicologia clinica, che della narrazione fa uno degli strumenti principali del suo intervento. Se il campo d’intervento e d’indagine della psicologia clinica è quello dell’unicità e infungibilità dell’essere umano, al tempo stesso, però, essa si trova in costante tensione rispetto all’esigenza di poter accedere ad una conoscenza generale suscettibile di avere un carattere predittivo. L’indagine sulle cartelle cliniche vuole essere il tentativo di sondare quanto questa tensione e questo sforzo risultino proficuamente praticabili attraverso questo strumento, sospeso tra rispetto e ricostruzione dell’unicità dei dati da un lato, e possibilità di utilizzarli anche quantitativamente a livello epidemiologico e clinico, dall’altro.

La comprensione del modo in cui sono concepite le cartelle cliniche, delle domande a cui rispondono, e di come sono usate, può fornire importanti indicazioni sulla cultura organizzativa e istituzionale – sia esplicita che implicita – del contesto specifico sul quale indaghiamo, aiutando ad individuarne punti di forza e di criticità. Inoltre, lo studio della cartella clinica, come strumento d’intervento, s’inserisce nell’ambito di una cultura della verifica che a partire dal dibattito sulla scientificità della psicologia clinica si sta progressivamente estendendo alle prassi di intervento della psicologia clinica stessa. Cultura della verifica significa possibilità di confronto e di dibattito all’insegna

dell'adeguamento ai parametri della qualità nel governo clinico dei servizi, opzione che appare sempre più necessaria ed urgente: e un'analisi esplorativa sullo strumento cartella clinica può costituire un tentativo di avviare un confronto ed una verifica orientata in tal senso. L'importanza di una riflessione sulla cartella clinica trova la sua ragion d'essere non solo e non tanto a livello teorico, ma soprattutto in rapporto alla realtà quotidiana dell'intervento, come analisi critica di un documento che può costituire per gli operatori il terreno comune su cui confrontarsi. Spesso gli interventi promossi all'interno di un CSM, proprio per la forte centratura territoriale di queste strutture, necessitano di una pianificazione di rete, di un confronto e di una sinergia con altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale; inoltre possono verificarsi assenze temporanee o trasferimenti che rendono di fondamentale rilevanza la trasmissione degli elementi di conoscenza delle diverse storie cliniche. E intendiamo con ciò riferirci non solamente ai dati *stricto sensu*, ma pure alla possibilità di ricostruire i processi inferenziali che gli operatori hanno messo in atto nello scambio relazionale con utenti e pazienti. Non serve soltanto avere davanti agli occhi dati anamnestici e posologie dei singoli trattamenti farmacologici, ma anche le dinamiche relazionali e contestuali che l'istituzione e l'attuazione del progetto terapeutico hanno comportato. Poterle ricostruire e trasmettere costituisce uno dei presupposti fondamentali sia per un buon percorso di sviluppo organizzativo, sia per una possibile verifica dell'intervento.

L'indagine esplorativa da noi condotta costituisce, dunque, un primo passo per ulteriori e più rigorosi approfondimenti la cui validità possa risultare statisticamente significativa: essa si è sviluppata selezionando per intervalli regolari un piccolo campione di cartelle, aperte progressivamente - nell'arco di un unico anno solare - da parte di operatori molto diversi tra loro per esperienza e per formazione; inoltre un ulteriore e decisivo limite al nostro sondaggio è stato imposto dalle cartelle stesse, la cui compilazione non è sempre risultata esauriente. Si è infine deciso di escludere dall'indagine l'analisi del testo del *diario clinico* dal punto di vista discorsivo, analisi che avrebbe comportato metodologie e procedure più complesse, e risorse più consistenti sia in termini economici che temporali; ciononostante, alcune delle categorie di lettura delle cartelle sono state elaborate tenendo presente a quali domande il *diario clinico* poteva rispondere. Il *diario clinico* si configura per sua stessa natura come spazio discorsivo, dove l'operatore ha modo di narrare la sua storia del percorso di quella specifica persona, ma soprattutto la storia della relazione. Si vuole proporre l'ipotesi che il *diario clinico* sia un racconto che costituisce l'altra faccia del colloquio clinico, lo spazio della riflessione e della meta-narrazione dello stesso, in buona sostanza una forma di resocontazione.

Resta da considerare che l'intervento nell'ambito di un CSM è un intervento "complesso", che chiama in causa figure professionali diverse in interazione sinergica tra loro, spesso non riconducibili ad un unico paradigma teorico. L'ottica e i paradigmi che abbiamo utilizzato per questa nostra prima esplorazione sono di tipo psicologico-clinico, in quanto permettono una più completa esplorazione della domanda (anche nel caso di una prestazione puramente farmacologica), come pure la costruzione della committenza e la progettazione di un intervento appropriato, economico e flessibile.

La psicologia clinica si trova quindi a svolgere un'importante funzione integrativa, consentendo una nuova visione dell'intervento e dei suoi strumenti (tra i quali anche la cartella), non basata sui ruoli, ma su funzioni integrabili e interagenti. Ciò richiede pertanto lo sviluppo di "una competenza organizzativa che si ponga come meta-contesto d'appartenenza per coloro che operano" (Di Ninni, op cit.). L'analisi esplorativa da noi condotta parte dall'ipotesi che la cartella clinica attualmente in uso nei CSM non preveda un lavoro orientato in questa direzione, ma risulti prevalentemente fondata su attribuzioni di "pazienti" a ruoli diversi: quelli del medico e/o dello psicologo, con una sostanziale ancillarità dell'assistente sociale, pur nella sua imprescindibile funzione di raccordo con il tessuto sociale e con il suo territorio.

Nella nostra analisi siamo partiti dal numero totale di utenti che nel corso del 2007 si sono rivolti al CSM; da un totale di 193 cartelle ne abbiamo tratte 32, equivalenti a circa il 15% del totale; la scelta è avvenuta tramite campionamento sistematico, ovvero scegliendone una ogni sei.

Non trattandosi di un'indagine a carattere sociologico ci siamo limitati a raccogliere i dati demografici degli utenti in base a cinque item (genere, età, stato civile, titolo di studio e occupazione), seguendo sostanzialmente quanto viene riportato nella scheda di accoglienza in uso nello stesso CSM. Questi dati dovrebbero rispecchiare, in buona approssimazione, le caratteristiche dell'utenza rispetto alla composizione sociale del territorio di competenza del CSM considerato.

Gli item successivi sono stati indirizzati a definire la domanda, la diagnosi emergente dai primi colloqui e la tipologia dell'eventuale presa in carico. Il nostro intento – attraverso la lettura delle cartelle campionate – era quello di riuscire a leggere il tracciato della relazione fra utente e CSM, a partire dal primo colloquio e fino al momento della decisione di presa in carico o meno.

Già ad una prima lettura i dati raccolti ci hanno portato a riflettere su come rendere le nostre schede più rispondenti a quanto riportato o taciuto nelle cartelle - a volte, come abbiamo visto, estremamente scarse di notizie -. Così, ad esempio, abbiamo deciso di prevedere anche l'opzione "non definibile" per i due item relativi agli scopi e alla modalità della domanda. Anche rispetto alla nomenclatura diagnostica da noi proposta (*disturbo d'ansia, disturbo della personalità, disturbo affettivo, disturbo del pensiero e dipendenze*) abbiamo dovuto contemplare l'ipotesi di una non possibilità di pervenire ad un inquadramento diagnostico certo, e ciò ha comportato l'inserimento, anche per questo item, della voce "non definibile".

Proprio la discussione intorno al modo in cui andavamo compilando le schede ha permesso non soltanto di rendere omogeneo il nostro lavoro, ma anche di mettere sempre più a fuoco il senso della nostra indagine esplorativa, prima di passare a individuare quali correlazioni ci potessero essere fra i dati raccolti. Le 32 cartelle del campione in realtà si sono rivelate un utilissimo indicatore delle modalità d'incontro fra utenti e CSM.

Per esempio, rispetto all'item "finalità della domanda"⁴, pur in presenza di un'alta percentuale di casi non definibili (25%) a causa di una sostanziale incompletezza delle informazioni, abbiamo riscontrato una percentuale significativa di domande finalizzate ad un mutamento preordinato (53%), e una non esigua percentuale di domande di cambiamento (19%), mentre piuttosto limitata è la percentuale di domande di trasformazione (3%). Del resto, i dati relativi alle modalità della domanda evidenziano una forte prevalenza di domande concrete (41%), del tutto in linea con una richiesta di risoluzione sintomatologica e in chiara corrispondenza con il prevalere della finalizzazione ad un mutamento preordinato. Analogamente, la quota di domande orientate (16%) ci sembra corrispondere strettamente – e non soltanto in senso meramente quantitativo – alla quota non molto dissimile (19%) di finalizzazioni al cambiamento. Anche per la modalità della domanda, come e ancor più che per la sua finalizzazione, i dati espressi dalla cartella non ne consentono una chiara definizione in più di un terzo dei casi (34%).

Chi formula la domanda

interessato	94%
familiare o altri	6%

⁴ Nel formulare l'item "finalità della domanda" si è fatto riferimento alla concettualizzazione di Massimo Grasso e Alessandra De Coro in merito agli "stili della domanda". Cfr. Grasso, M., & De Coro, A. (1993) in Carli, R. (1993); concettualizzazione ulteriormente riproposta in: Grasso, M. (2004), p.267.

Finalità della domanda

mutamento preordinato	53%
cambiamento	19%
trasformazione	3%
non definibile	25%

Modalità della domanda

domanda concreta	41%
domanda orientata	16%
domanda diffusa	9%
non definibile	34%

Numero dei colloqui

un colloquio	25%
più colloqui	47%
non precisato	28%

Richiesta prevalente

visita psichiatrica e/o trattamento farmacologico	35%
psicoterapia	25%
trattamento assistenziale/riabilitativo	3%
ricovero	9%
valutazione diagnostica	22%
non definibile	6%

Diagnosi

disturbo d'ansia lieve	25%
disturbo d'ansia medio-grave	19%
disturbo d'ansia non definibile	6%
disturbo della personalità	9%
disturbo affettivo	28%
disturbo del pensiero	3%
non definibile	10%

Le cartelle esaminate, riferibili ad un universo territoriale socio-culturalmente e socio-economicamente assai composito, evidenziano dunque un tendenziale autoproporsi da parte di chi formula al Centro di Salute Mentale una richiesta d'intervento (94% dei casi). Questo dato, però, se a prima vista potrebbe far pensare ad un mutamento culturale assai significativo – nel senso di una minore difficoltà nel riconoscersi soggetti di una problematicità di ordine psichico, e nell'assumerla, per così dire, "in prima persona" -, ad un esame più approfondito non può non essere correlato con una netta prevalenza dei disturbi d'ansia (> 53% delle cartelle prese in esame), a fronte di patologie tendenzialmente più severe (disturbi della personalità, disturbi affettivi, disturbi del pensiero). Nei disturbi d'ansia, infatti, per quanto intensi ed acuti possano essere, le capacità agentive del soggetto risultano di certo molto più presenti e meglio conservate di quanto non avvenga nei disturbi del pensiero, ma anche nei disturbi affettivi e di personalità medio-gravi. Tale prevalenza,

pertanto, attenua di molto la portata di una prima lettura centrata sul “cambiamento culturale”, e sembra invece porre in risalto una cospicua espressione di sofferenza mentale non strettamente riconducibile a categorie nosografiche di particolare gravità sotto il profilo medico-psichiatrico.

Tranne rari casi, infatti, le persone che per quest’ordine di problemi si rivolgono ad un servizio pubblico tendono ad essere fortemente motivate da uno stato di sofferenza da lungo tempo persistente, dal quale si vuole evadere chiedendo innanzitutto una tempestiva remissione sintomatologica. Ecco perché la loro domanda si configura in netta prevalenza come una “domanda concreta” (41% dei casi), a fronte di una percentuale decisamente più modesta (16%) di “domande orientate”!

Ma dare risposta a queste richieste non è impresa di poco conto.

Se la cultura e il mandato sociale di un servizio di salute mentale impongono una presa in carico dedicata e intensiva di tutte le situazioni più gravi e più critiche sotto il profilo psicopatologico, quali risorse resteranno disponibili, nell’attuale penuria di mezzi, per affrontare l’ampio spettro del dolore psichico non chiaramente connotato da una diagnosi di gravità psichiatrica?

Non sempre la sofferenza umana risulta riconducibile ad una deviazione (psico)patologica di tipo nosografico: ma se i servizi della sanità pubblica intendono conservare la loro originaria impronta *socio-sanitaria*, questo interrogativo resta tuttora di straordinaria attualità. Poter dare risposte professionalmente competenti alle richieste dettate dalla sofferenza e dal malessere rimane un imperativo istituzionale, etico, e deontologico che chiama in causa tutti gli operatori della salute mentale, e gli psicologi più di tutti gli altri.

La professionalità psicologica, infatti, risulta pienamente ascrivibile all’universo delle professioni sanitarie, proprio nella fondamentale accezione che l’O.M.S. ha proposto per il concetto di “sanità”: da intendersi non soltanto e non semplicemente come assenza di malattia, ma pure come condizione di complessivo benessere somatico e psichico. E a ben guardare, le implicazioni di tale spostamento di accenti vanno molto al di là della pur importantissima enfasi posta sulle attività di prevenzione e di promozione della salute; configurano, sul piano rappresentazionale, un superamento del binomio antinomico normalità – patologia, al quale poter facilmente ricondurre la contrapposizione fra malattia e assenza di malattia, per ricontestualizzare le vicende legate alla morbilità e alla salute dell’uomo all’interno di un campo dinamicamente più comprensivo, e di certo più congruente con la complessità dell’esperienza umana: il *conflitto tra benessere e malessere*, in cui la presenza di criticità morbose costituisce un aspetto indiscutibilmente centrale ma non esclusivo di tale binomio; dove somatico e psichico si configurano come registri fittamente interconnessi; e dove i diversi gradienti di benessere e/o malessere sono in larga parte espressione del “posto” occupato dal soggetto, della condizione relazionale-sociale in cui egli viene a situarsi.

In questa stessa luce i dati relativi alla diagnosi d’ingresso impongono una riflessione seria e approfondita. Che più della metà dei primi contatti porti ad una categorizzazione diagnostica riconducibile allo spettro dei disturbi d’ansia può indicare contemporaneamente due cose:

1) il servizio di salute mentale va costituendosi sempre di più come punto di riferimento e di contatto non soltanto per i gravi disturbi psichici, ma anche – almeno a titolo di domanda e di possibile consultazione – per i disturbi meno gravi (quantitativamente assai più presenti nella popolazione generale);

2) l’area dei disturbi d’ansia può risultare impropriamente ridondante sul piano quantitativo, proprio nel senso di essere percepita e utilizzata dagli operatori quale *contenitore diagnostico di frontiera*, al quale ricondurre la maggior parte di quelle situazioni che afferiscono al servizio pur senza in realtà saturare i criteri minimi per una diagnosi psicopatologica.

E ancora una volta ci ritroviamo di fronte alla grande questione della sofferenza psichica, e della sua non automatica inscrivibilità nell’ambito di una patologia franca e conclamata!

Gli operatori, cioè, nel loro interloquire sensibilmente e responsabilmente con chi è portatore di sofferenza, tenderebbero – in modo quasi automatico e in perfetta buona fede – ad

includere comunque tale malessere all'interno di una categorizzazione psicopatologica, non essendovene altre a loro disposizione!

Quanto alle dimensioni del primo contatto (in termini di numero dei colloqui ad esso dedicati), le cartelle prese in esame propongono una notevole variabilità nel comportamento dei clinici. Se nel 25% dei casi il primo contatto coincide con un solo e unico colloquio, nel 47% delle situazioni tale fase tende a protrarsi per più di un incontro, da due fino a sei incontri.

Sembra di poterne dedurre un atteggiamento assai flessibile da parte degli operatori, assolutamente in linea con una cultura dell'accoglienza e del primo contatto che ha fortemente caratterizzato il clima e l'attività dei servizi di salute mentale fin dalla loro nascita, con il concorso attivo di tutti gli operatori e per impulso determinante degli psicologi. Gli operatori, cioè, "sanno" che accoglienza e primo contatto costituiscono una dimensione fondante del lavoro clinico e istituzionale, non pregiudizialmente confinabile entro una quantificazione rigida del numero d'incontri. Il "primo contatto", inteso nella sua accezione clinica più pregnante, va a concludersi nel momento in cui le funzioni dell'accogliere, del contenere, del riconoscere e del prospettare si siano compiutamente dispiegate: qualche volta ciò può avvenire nell'arco di un solo incontro, ma il più delle volte sono necessari una pluralità di colloqui (Ardizzone, 1989).

Risulta infine di notevole interesse la diversa distribuzione delle domande d'intervento sia in rapporto alla loro finalità sia in rapporto alla modalità della loro presentazione.

Come accennavamo in precedenza, c'è una forte "concretezza" nelle aspirazioni degli utenti e nel loro modo di presentarsi e di chiedere (41% di domande concrete, e 53% di domande tese ad un mutamento preordinato). E questa concretezza sembra caratterizzare fortemente anche l'immagine che gli utenti possiedono della psicoterapia.

Con questa concretezza degli utenti occorre assolutamente confrontarsi, senza cadere in un atteggiamento infastidito ed espulsivo; ma aiutandola a declinarsi progressivamente in un atteggiamento meno esteriorizzante, meno appoggiato ad oggetti o provvidenze che ci si aspetta dall'esterno, e sempre più capace d'implicare un coinvolgimento autentico del Sé: di progredire cioè in direzione di una domanda orientata, e rivolta verso il cambiamento.

Bibliografia

Ardizzone, M. (1989). Psicoterapia e trattamento breve nei servizi di Salute Mentale: l'intervento focale di primo contatto, in *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, pp.72-82;

AA.VV. (ottobre 2008). Rapporto sulla cultura locale dei CSM italiani - Promuovere l'efficacia organizzativa nei Centri di Salute Mentale italiani; lo sviluppo della competenza psicosociale, ricerca condotta dalla Cattedra di Psicologia clinica dell'Università Sapienza di Roma – Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica per il conto del Ministero della Salute, www.culturaorganizzativa.it;

Carli, R. (1989). Lo psicologo clinico nei servizi socio-sanitari. Introduzione. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 6 -14;

Carli, R. & Panizza, M.R. (2003). *L'analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

Cavalieri, P. (1996). La competenza psicologica nella gestione della qualità nei servizi di assistenza sanitaria, *Psicologia Clinica*, 1, 87-103;

De Simone, R. (2008). Il servizio accettazione e la Cartella Clinica territoriale quali strumenti per la riorganizzazione di un centro di Salute Mentale ad alta utenza. *Psichiatria di Comunità*, VII, 3, 171-175.

- Di Ninni, A. (2004). *L'intervento per la salute mentale*. Roma: Kappa.
- Ginzburg, C. (1986). *Spie. Radici di un paradigma indiziario*. In *Miti, emblemi spie. Morfologia e storia* (pp. 158 – 209). Torino: Einaudi.
- Grasso, M., & De Coro, A. (1993). *Analisi della domanda e intervista diagnostica. Un approccio psicodinamico*. In: Carli, R. (ed) *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (pp. 117-142). Milano: Giuffrè, 1993.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica*. Roma: Carocci.
- Grasso, M. (2004). *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, 2^a edizione riveduta ed ampliata. Roma: Kappa.
- Le Goff, J. (1977), Documento/ Monumento. In *Enciclopedia Einaudi* (Vol. V, pp. 38-48). Torino: Einaudi.
- Liva, C. (1990). La leggibilità delle cartelle cliniche. *QA (Qualità dell'assistenza)*, 5/6, 41-46.
- Morosini, P., Casacchia, M., & Roncone, R. (2000). *Manuale questionario per la formazione organizzativa, l'autovalutazione e l'accertamento professionale tra pari*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.