

Riflessioni, considerazioni e commenti della Campagna Salute Mentale sul documento del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) sul ruolo del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ambito delle attività del Dipartimento di Salute Mentale, del trattamento dell'acuzie e dell'emergenza urgenza psichiatrica.

Indice

A - ELEMENTI DI CONDIVISIONE

- **Modelli Organizzativi**
- **Adolescenti in SPDC**
- **Contenzione**
 - **Premessa**
 - **Linee d'indirizzo nazionali e regionali in materia di contenzione**
 - **Indicazioni operative sulla prevenzione, gestione e limitazione della contenzione in SPDC**

B - ELEMENTI DI NON CONDIVISIONE

- **Premessa**
- **Perseguire l'abolizione della contenzione**
- **Le Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni**
- **Accogliere l'urgenza**
- **SPDC e territorio**
- **Assegnare un posto**
- **SPDC no restraint**
- **Rispetto degli standard e formazione degli operatori**

CONCLUSIONI

A- ELEMENTI DI CONDIVISIONE

Modelli organizzativi

Il documento del GAT pone attenzione ai fattori che condizionano il rischio di comportamenti aggressivi in SPDC, in riguardo ad aspetti strutturali, organizzativi e funzionali, ricoveri inappropriati, formazione del personale.

Riprendiamo le principali criticità e indicazioni evidenziate nel documento da noi condivise, seguendo la struttura dello stesso. In particolare:

1- *“Gli SPDC mostrano chiari limiti e inadeguatezze nel trattamento d’alcune patologie quali quelle delle forme meno gravi di depressione, i disturbi d’ansia gravi, e in genere degli anziani”.*

2- *“Il ricovero in SPDC avviene per problematiche di tipo sociale, mentre dovrebbe essere prioritariamente utilizzato per valutazioni di tipo clinico-diagnostico e/o di trattamento per soggetti con disturbi psicopatologici specifici, per situazioni d’urgenza e TSO”.*

3- *“La sempre maggiore frequenza di ricoveri di soggetti minori in SPDC comporta complicazioni nella gestione del reparto, oltre ad essere inappropriata di sé. E’ necessario, sotto quest’aspetto, avviare progetti d’integrazione psichiatria-NPI con il coinvolgimento della pediatria per il trattamento ospedaliero delle urgenze in età giovanile – adolescenziali”.*

4- Centralità del ruolo dell’équipe, del lavoro di rete, dello sviluppo di progetti volti al riconoscimento precoce e al trattamento degli esordi psicotici, l’integrazione tra soggetti istituzionali e non istituzionali.

5- *“Il potenziamento del ruolo del CPS attraverso il collegamento con i servizi del terzo settore e con la rete dei servizi per la salute mentale – con l’attivazione di sportelli d’ascolto gestiti da **associazioni di volontariato e/o familiari**, all’interno delle strutture del DSM o in luoghi dedicati nell’ambito territoriale, al fine di migliorare il livello d’informazione per gli altri familiari e i pazienti”.*

6- Migliore valorizzazione degli interventi presso i Centri Diurni, per la gestione di casi subacuti con personale formato e dedicato al fine di evitare ricoveri in SPDC.

7- Il ruolo delle CRA, non solo nella presa in carico integrata con il CPS dei pazienti dimessi dal SPDC (subacuti), ma come struttura da utilizzare per la gestione di situazioni particolari.

8- Il ruolo della formazione e stabilità del personale operante nel reparto.

9- La chiarezza delle regole e la non eccessiva strutturazione/rigidità delle stesse.

10- L’attività da svolgere in reparto per l’avvio o la verifica del PTI con il coinvolgimento delle famiglie.

11 - Il richiamo agli standard e nello specifico:

- *“Numero Posti letto, secondo le indicazioni contenute originalmente nell’articolo 64 delle Legge 833/1978, e in seguito confermate nei progetti obiettivi regionali lombardi del 1986 e 1995 e nel Progetto Obiettivo nazionale “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”, relativamente alla necessità di considerare 1 p.l. ogni 10.000 residenti e un numero di posti letto in SPDC non superiore a 15/16, sono considerate da questo gruppo di lavoro ancora attuali per la buona efficacia delle cure nei reparti psichiatrici”.*

- *“La dotazione minima di personale per gli SPDC, coerente con i requisiti d’accreditamento previsti nella DGR 38133/1998 (negli SPDC operano almeno 3 medici di I° livello fino a 10 p.l. con incremento di 1 unità ogni 5 p.l. successivi; 240 minuti d’assistenza infermieristica per posto letto e in ogni caso presenza in servizio di almeno 3 unità per turno di cui almeno 2 unità infermieristiche”.*

Adolescenti in SPDC

“La rete sanitaria di comunità e specialistica (UONPLA, Pediatria di base, Medicina Generale, SERT e Psichiatria) mostra rilevanti mancanze e inadeguatezze nella risposta ai bisogni espressi da soggetti in questa fascia d’età. E’ noto che i servizi NPI ed i DSM non intercettano tempestivamente gli esordi psicotici, dato confermato dal monitoraggio delle attività territoriali di psichiatria, che indicano che la percentuale di soggetti psicotici nei CPS quintuplica a partire dai 25 anni”.

“La scarsa comunicazione tra rete territoriale e servizi ospedalieri, tra NPLA e DSM, la mancanza di servizi dedicati a questa fascia d’età e la scarsa formazione dei neuropsichiatri e psicologi nella presa in carico di questo tipo di disturbi giocano un peso rilevante”.

Il ricovero in SPDC di soggetti adolescenti è caratterizzato da notevoli difficoltà e criticità, sintetizzabili come segue:

- Ambiente non appropriato ad affrontare le problematiche dell’età.
- Aumento della stigmatizzazione e dell’isolamento sociale dai pari.
- Problematiche connesse al consenso, alla privacy e medico-legali.
- Esposizione del minore ad una condizione traumatica e non appropriatezza della gestione del bisogno di cure del minore e della sua famiglia.

Sono evidenziate le seguenti proposte:

- 1) Attivazione di posti letto dedicati alla gestione delle emergenze psichiatriche in Adolescenza.
- 2) Creazione di équipe dedicate all’interno dei DSM con figure professionali con specifiche conoscenze e competenze nell’area dei disturbi psichiatrici dell’adolescenza e della prima età adulta.
- 3) Eventuale attivazione di spazi di ricovero dedicati, contigui al SPDC. ecc.

Contenzione

Premessa

“Va detto con chiarezza che in genere le diffuse pratiche di “contenzione” dei nostri servizi di Psichiatria non appartengono a quest’ambito semantico del “contenimento”; e neppure a quello del “contenimento ambientale”, di cui parlavano De Martis e Racamier. Appartengono a quello della repressione sintomatica, del cortocircuito tra esplosione psicotica e risposta che la tacita e ne sopprime anche non solo l’espressione ma le possibilità trasformative, che richiedono un transito (e un “contenimento”) diverso dell’esperienza che essa segnala. Sono dunque l’espressione di un “fallimento” del contenimento.

Conosciamo tutti le condizioni in cui lavoriamo e lo stato dei luoghi in cui afferiscono le urgenze psichiatriche. Nella maggior parte dei casi la pratica della contenzione e la sua diffusione sono gli indicatori della povertà e della rigidità delle risposte e dei contesti (automatici, medicalizzati, improntati al cortocircuito sintomatico...) deputati al “contenimento” dell’esperienza psicotica (e, si spera, alla sua trasformazione”.

Linee d’indirizzo nazionali e regionali in materia di contenzione

Segnaliamo quanto segue:

- Il richiamo alle sette raccomandazioni contenute nelle *Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni*, nelle quali le stesse intendono introdurre nell’assistenza psichiatrica le *modificazioni (di conoscenze, d’atteggiamenti, di risorse, di gestione, d’organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale”.*

- *L'apertura dei servizi verso l'esterno induce l'operatore sanitario ad agire all'insegna della buona pratica e riduce il livello d'autoreferenzialità dei servizi.*
- *La compartecipazione al processo assistenziale **da parte del paziente e dei familiari** e, come risposta ai bisogni d'educazione sanitaria, **proporre, insieme con le associazioni, iniziative informative** che garantiscano la trasparenza dell'agire professionale e favoriscano un atteggiamento collaborativo da parte del paziente, dei familiari e dei caregiver.*

Indicazioni operative sulla prevenzione, gestione e limitazione della contenzione in SPDC

In particolare riportiamo:

- La formazione degli operatori alla relazione, all'osservazione del paziente, al lavoro di gruppo;
- Rispetto degli standard di personale garantendo la presenza di un numero congruo di operatori sanitari in presenza di pazienti complessi (temporaneo potenziamento delle risorse);
- Il problema della lunghezza dei ricoveri;
- La personalizzazione del rapporto terapeutico;
- Migliorare il confort ambientale;
- Favorire la comunicazione nell'équipe curante;
- Garantire interventi territoriali precoci e integrati per ridurre il ricorso al ricovero.

B- ELEMENTI DI NON CONDIVISIONE

Premessa

L'analisi contenuta nel documento del GAT, nei cui punti principali di criticità evidenziati per la maggior parte ci riconosciamo, mostra le carenze del funzionamento dei servizi di salute mentale della Regione Lombardia.

In sintesi riprendiamo le principali criticità segnalate: la difficoltà d'accesso dovuto allo stigma, le inadeguatezze a trattare alcune patologie quali depressioni meno gravi, i disturbi d'ansia, gli anziani, la difficoltà ad intercettare l'accesso dei giovani agli esordi, la non appropriatezza dei ricoveri in SPDC di minori, l'integrazione con la NPI, i SERT, i MMG, la scarsità di personale, la formazione e la stabilità dello stesso, la necessità di potenziare il ruolo dei CPS attraverso il collegamento con il terzo settore, l'integrazione con il territorio, l'attivazione e il sostegno dei familiari, la necessità di valorizzare gli interventi presso i Centri Diurni e l'utilizzo delle CRA per la gestione di particolari situazioni, la chiarezza ed elasticità delle regole, l'avvio del PTI e altro.

Quanto sopra rappresenta in realtà quanto in questi anni Campagna Salute Mentale e URASAM che ne fa parte, hanno segnalato alla DGS RL, senza trovare risposte adeguate alle necessità e soluzioni concrete.

Affrontare il tema della contenzione e del ruolo degli SPDC significa allargare l'ottica d'osservazione sul funzionamento generale dei Servizi di salute mentale. L'occasione di questo lavoro diventa perciò l'opportunità per mettere la lente d'ingrandimento sugli inceppi del sistema, sulle sue manchevolezze, sulle sue distorsioni, per l'applicazione d'interventi immediati volti alla risoluzione dei problemi identificati.

1- Perseguire l'abolizione della contenzione

La parte riguardante la contenzione, i cenni storici, gli esempi riportati, i confronti con altre discipline, tutti tesi a dimostrare l'utilità della contenzione, tale da considerarla in taluni casi un atto terapeutico dovuto, da attuarsi per il bene del paziente e a garanzia degli operatori, la cui omissione sarebbe punita

dalla legge, offre le premesse per giustificare e continuare la sua applicazione. Ciò vanifica quanto da altre parti è riportato nel documento, ovvero:

“La ricerca di buone pratiche alternative alla contenzione meccanica dovrebbe potere entrare negli obiettivi qualitativi dei DSM, anche collegandosi ad un gruppo regionale che funga da Osservatorio Regionale sul superamento della contenzione e che abbia una funzione d’approfondimento permanente per coordinare e monitorare l’evoluzione delle procedure e iniziative in questo campo e costituirsi come risorsa per tutti gli operatori del settore”.

Meglio sarebbe l’istituzione di un’autorità esterna e indipendente, un *Ufficio per la salute mentale* che ponesse l’abolizione delle contenzioni come obiettivo da perseguire da parte dei DSM, il loro monitoraggio, dove la voce di pazienti, familiari e conoscenti possa trovare espressione e ascolto.

2 - Le Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni

Ben diversa da quella del GAT è la posizione delle Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni, per la quale la contenzione è da prendere in considerazione solo di fronte ad uno stato di necessità, che tuttavia andrebbe prevenuto.

Qui di seguito citiamo alcuni contenuti delle Raccomandazioni della Conferenza delle Regioni, che evidenziano come la contenzione non sia da considerare un atto terapeutico e vada possibilmente eliminata:

- Le Regioni intendono con questo documento introdurre nell’assistenza psichiatrica *le modificazioni (di conoscenze, di atteggiamenti, di risorse, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di Salute Mentale.*

- Il CPT (European Committee for the prevention of Torture) “a fronte della violenza del paziente, suggerisce, **in alternativa al legare** mediante cinghie e alla sedazione chimica, **l’utilizzo della relazione e il trattenerlo con le mani**; in particolare nelle situazioni di carenza di personale ... ecc.”

Segnaliamo, inoltre, che la Commissione Europea ha censurato l’Italia perché la sua legislazione non prevede la presenza di uno psichiatra nell’attuazione del TSO.

L’imperativo di questo documento è **che si debba evitare la contenzione fisica in ogni situazione**, attraverso una strategia che prevenga i comportamenti violenti in ambienti di cura.

3 - Accogliere l’urgenza

Ugualmente non condivisibile è la visione medica che sottende l’impianto del documento del GAT. E’ una visione descrittiva del fenomeno che poco si addice alla malattia mentale, che si caratterizza invece per l’entrata in gioco in maniera preponderante della dimensione relazionale.

Del resto anche nel documento si afferma che: *“ i parametri in psichiatria si differenziano da quelli medici, presentando sempre la rottura di un equilibrio con l’ambiente (famiglia, l’Altro del soggetto, compreso il servizio, l’ambiente ecc.) perciò, anche di fronte a quadri psicopatologici apparentemente non gravi, e seppur diversi, vi è tuttavia un’urgenza”.*

E’ l’urgenza, infatti, che va accolta nel SPDC. Le non urgenze, è auspicabile trovino sistemazione in altri luoghi, CRA, CD, in CPS, ecc. come richiamato in diverse parti anche dal documento, senza che ciò debba significare uno scarico di responsabilità del SPDC su strutture esterne meno monitorate e soggette a controllo.

4 - SPDC e Territorio

L’analisi del GAT, pur se severa in alcuni aspetti, rischia di diventare un puro elenco di enunciati e di buone intenzioni che non trovano riscontro applicativo. Manca, infatti, un quadro coerente d’impegni che renda conseguenti le affermazioni.

Da un lato è affermata la necessità del lavoro territoriale, si dice che a causa dello stigma l’accesso in SPDC, o in CPS avviene solo quando la patologia è in fase avanzata, in particolare nelle fasce giovani,

con i danni che ciò provoca, si afferma la necessità di abbreviare i tempi di degenza, di trovare altri luoghi per i ricoveri inappropriati. Nello stesso tempo si giustifica l'uso della contenzione e nessun impegno preciso è indicato per la sua eliminazione. Anziché operare correttivi per lo sviluppo e l'implementazione d'attività territoriali tendenti a ridurre il bisogno del ricovero, si prospetta la riorganizzazione degli SPDC secondo il modello medico ospedaliero. Non si può separare la 'razionalizzazione' o la 'riorganizzazione' degli SPDC senza nello stesso tempo programmare una 'rimodellazione' delle attività nel territorio. L'una è strettamente legata all'altra.

Là dove sono stati attivati progetti su casi gravi, quelli dei cosiddetti abbonati all'SPDC che per particolari fragilità escono e rientrano in continuazione, attraverso un'attività ed un'equipe dedicata d'accompagnamento nel territorio, si è arrivati a fare precipitare gli ingressi in SPDC. E parliamo di buone prassi presenti anche in Lombardia.

5 – Assegnare un posto

Di fronte all'urgenza occorre sempre molta attenzione e un tempo adeguato d'osservazione da parte degli operatori coinvolti. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale in questo senso per interrompere gli elementi angoscianti e/o persecutori sempre presenti al momento del ricovero. E' la relazione ciò che può fare da elemento separatore, che può permettere il superamento di conflitti o elementi persecutori tra pazienti, o lo stato d'agitazione della persona, in misura maggiore che non la separazione degli stessi in luoghi diversi per intensità di cura.

Un luogo pur bello e appropriato da solo non assegna un posto al soggetto, è la relazione con gli operatori, e poi con l'integrazione nel territorio, a riconoscere o no un posto per sé che la persona possa occupare. E' innanzitutto l'accoglienza della persona nella mente degli operatori e dell'istituzione ad assegnarglielo. Avere un posto significa sentire di valere qualcosa per qualcuno.

6 – SPDC no restraint

Per rendere più attrattivo l'ingresso occorre ridurre lo stigma, privilegiando l'accoglienza agli aspetti di controllo, rendendo i luoghi di ricovero e di cura, oltre che accoglienti, più simili a luoghi di vita. Per questo, oltre ad abolire la contenzione, occorre tenere le porte degli SPDC aperte e servizi funzionali su 24 ore. Ciò è possibile riducendo negli SPDC il numero degli ospiti, diminuendo i giorni di ricovero, trovando altre soluzioni nel territorio o in luoghi di post acuzie fuori dell'ospedale. Occorre prendere esempio da chi ha abolito la contenzione ed ha aperto le porte degli SPDC.

Citiamo ad esemplificazione l'esperienza di Mantova, recentemente premiata dalla Joint Commission europea per la qualità del servizio. Per non parlare di altri DSM no restraint.

Come mai non sono stati forniti i dati sulla contenzione disaggregati per DSM e per orario come da noi richiesto? Le contenzioni all'12-13% come media della Lombardia sono un dato inaccettabile quantitativamente ed inoltre, la percentuale media senza il dettaglio specifico dei singoli DSM non permette di avviare interventi mirati. Occorre un'immediata programmazione con tempi certi per la riduzione fino alla sua totale eliminazione.

7 – Rispetto degli Standard e formazione degli operatori

Si evoca il rispetto degli standard di personale, ma nessun impegno è indicato.

Senza la quantità necessaria di personale non vi può essere qualità del Servizio. Manca personale negli SPDC, nei CPS, per attività di territorio, per assistenza domiciliare, per creare momenti d'incontro e di legame indispensabile al mantenimento dell'equilibrio delle persone e per il sostegno alle famiglie.

Va ricordato, inoltre, l'inserimento lavorativo, forme di cura territoriale, la residenzialità leggera, l'accompagnamento nella quotidianità. Non è, infatti, possibile parlare di modelli organizzativi in sé se non li si collega con le risorse a disposizione, agli orari d'apertura dei servizi, alle opportunità d'offerta nel territorio.

Fin tanto che lo SPDC fa da volano a quanto nel territorio non trova risposta, nessuna razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse, o nuova modellizzazione degli SPDC sarà adeguata.

I veri nuovi modelli di SPDC, indipendentemente dalle diversità dei quadri clinici degli ospiti, sono quelli dove la quantità d'operatori presenti, una formazione continua centrata sulla relazione, opportuni provvedimenti incentivanti per gli operatori, insieme ai, talvolta necessari, interventi farmacologici e l'apertura al territorio, permettono il recupero di legami e dell'equilibrio che nel momento d'acuzie si era rotto.

Siamo convinti, e buone pratiche lo dimostrano, che ciò che si spende di più in risorse sul piano della relazione è ampiamente recuperato in termini di minori giornate di degenza per paziente, di cura più appropriata e minore necessità e frequenza dei ricoveri.

Un buon utilizzo delle residenze esistenti in aggiunta ad un adeguamento degli organici, permetterebbe una successiva riduzione del bisogno di p.l. in SPDC legati all'emergenza urgenza, con altro recupero di risorse da utilizzare per attività nel territorio, il vero luogo di prevenzione e continuità di cura.

Il ricovero in SPDC, da considerarsi sempre una misura estrema deve diventare, quindi, un momento di raccordo con il CPS per impostare o adeguare il PTI.

L'analisi sulla NPI e SERT, ancorché severa nella denuncia della scarsa capacità d'intercettazione e d'intervento, richiede il passaggio dall'elenco dei buoni auspici ad un necessario approfondimento della complessa situazione e all'assunzione d'impegno per un radicale cambiamento.

Ciò che non trova risposta nell'ambito di vita della persona, ritorna in termini di crisi, d'acuzie, di ripetizione ... di cronicità, con le relative conseguenze in termini di vita per i soggetti e per la società.

CONCLUSIONI

L'aver posto all'attenzione della DGS RL la contenzione come pratica diffusa, pericolosa e ingiustificata dal punto di vista epidemiologico, se non nei casi eccezionali contemplati dal diritto, ha rappresentato per CSM l'assunzione delle prerogative proprie dell'associazionismo e dei familiari di difesa della dignità, della libertà della persona che, in quanto essere che ha il dono della parola, pur se talvolta imbrigliata dalla sofferenza psichica, merita di incontrare un Altro che non taciti, ma che lo ascolti e gli risponda.

La consultazione all'interno dell'associazionismo che rappresentiamo, ha colto l'impronta clinico-medica che impregna il documento, inadeguata a leggere e ad affrontare le complesse situazioni che richiedono interpretazioni maggiormente orientate alla relazione e soluzioni di maggiore integrazione sociale.

Siamo grati alla DGS di RL di avere assunto l'impegno da noi sollecitato avviando questo lavoro, la cui continuazione richiede una programmazione di tempi e azioni certe, ponendo questo contributo al centro della riflessione e degli interventi da attuare.

I più cordiali saluti

5 dicembre, 2011

Campagna per la Salute Mentale