

I Servizi di Salute Mentale dell'Area Vasta Sud-Est: Riflessioni Preliminari

Author(s):

Giannini A. affiliation: Psichiatra-UFSMA Zona Senese

Cesari G. affiliation: Responsabile UFSMA Arezzo

Cerretini M. affiliation: Psichiatra UFSMA Grosseto

Per inviare un commento a questo articolo clicca [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: I Servizi di Salute Mentale dell'Area Vasta Sud-Est: Riflessioni Preliminari">qui.](#)

To post a comment on this paper please click [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: I Servizi di Salute Mentale dell'Area Vasta Sud-Est: Riflessioni Preliminari">here.](#)

Abstract

Mental health area is increasingly perceived because of both numerical impact and familiar and social burden. Tuscan Mental Health Services are progressively oriented toward assessment of their own work by data base analysis. Our data cover South East Wide Area (ESTAV) and come from a larger study about all Tuscan Mental Health Departments (DSM) promoted by Tuscan Psychiatrists Board (CPT): we found out increase of number of new outpatients in all three DSM of ESTAV; with respect to hospitalization area, results showed differences between each DMS with the exception of physical contention (absence of this practice) and of a trend toward "open doors" Psychiatry Units (SPDC); percentage rate of patients addressed towards job is also comparable all over the ESTAV. Epidemiological survey on important issues as patient flow, hospitalization and effect of vocational training on work, suggest further considerations on clinical governance to make Psychiatric Services increasingly able to hold psychic discomfort but also to promote reintegration in society.

In questo articolo abbiamo utilizzato alcuni dati estrapolati da una ricerca promossa dal Coordinamento degli Psichiatri Toscani in tutti i DSM della nostra regione. L'intento iniziale dello studio era quello di evidenziare aspetti salienti del lavoro nei Servizi al fine di delinearne l'evoluzione nell'arco di tre anni lungo una direttrice ideale che andasse dalla prevenzione alla gestione della cronicità. I dati raccolti sono purtroppo parziali, data probabilmente la crescente richiesta che gli operatori subiscono in tal senso per gli scopi più diversi, a fronte di una informatizzazione non ancora appropriata. Non consentono pertanto di delineare il profilo dei Servizi così come auspicato, mentre possono costituire un interessante spunto per considerazioni più generali. Con tale spirito ci siamo soffermati a riflettere su alcuni aspetti relativi ai tre capoluoghi dell'Area Vasta sud-est, negli anni 2006-2007-2008. Abbiamo preso in considerazione i dati sull'utenza, sui ricoveri, sulla riabilitazione lavorativa.

Partendo dai dati quantitativi sull'utenza, si osserva un elemento comune, rappresentato dal progressivo aumento di incidenza dei nuovi casi che entrano in contatto con gli operatori (tab.I).

	2006		2007		2008		
	PREV. IN.	INC.	PREV. IN.	INC.	PREV. IN.	INC.	PREV. FIN.
Arezzo							
	1,976	0,591	1,979	0,546	1,914	0,602	2,081
Siena	0,735	0,201	0,925	0,386	1,097	0,417	1,357
	914					532	133?
Grosseto	2,820	1,021	2,562	1,170	2,330	1,215	2,246
	2809	1017	2552	1166	2466	1286	2377

Tab.I - ATTIVITÀ SANITARIE DI COMUNITÀ

Tale realtà non stupisce se si considera la crescente incidenza di diagnosi psichiatriche nella popolazione generale. Al contempo deve essere probabilmente riconosciuta ai vari gruppi di lavoro, pur con le dovute differenze, una capacità di esercitare una maggior attrattiva sulle persone in difficoltà o per lo meno un impatto meno negativo.

Nel tempo i professionisti della Salute Mentale ed i luoghi della terapia sono forse divenuti nell'immaginario generale meno stigmatizzanti e più accessibili. Sebbene non sempre sia stato fatto tutto il possibile per combattere i pregiudizi in tal senso, complessivamente un certo rinnovamento culturale degli operatori e la maggior efficacia degli interventi hanno agito affinché i Servizi acquistassero credibilità per una parte rilevante della comunità.

Ciò comporta dei benefici indubbi per i cittadini sia nel senso di una maggiore certezza di riferimenti in caso di difficoltà, sia nel senso di aver favorito una più tempestiva richiesta di aiuto. Certamente molto rimane ancora da fare, soprattutto in alcune realtà, ma non vi è dubbio che la tendenza generale sia questa.

Anche per gli operatori vi sono dei benefici, nel senso di un ruolo professionale maggiormente riconosciuto, un lavoro meno confinato all'assistenzialismo e all'emergenza, un'utenza più varia, un panorama di interventi più gratificante. Diverso è poter impostare il lavoro in maniera coerente ai primi segnali di difficoltà, piuttosto che essere obbligati a raccogliere quel che resta di una serie sconclusionata di esperienze terapeutiche dopo decenni di storia di patologia. Oppure avere a che fare con persone con le esperienze di vita più diverse, piuttosto che avere a che fare in maniera monotona con un gruppo ristretto di persone dipendenti dal servizio.

D'altra parte si aprono anche alcune problematiche.

Tralasciando le considerazioni di ordine socio-politico che potrebbero essere fatte sul dato epidemiologico, troppo complesse da condurre in questa occasione, c'è da domandarsi sul piano sanitario quanto le persone si stiano avvantaggiando di una maggiore sensibilità e competenza diagnostica psichiatrica, ma anche quanto si stia verificando una medicalizzazione impropria di problematiche di ordine sociale, relazionale, esistenziale, in carenza di strumenti più opportuni.

In questo senso gli operatori possono giocare un ruolo importante, incoraggiando una sanitarizzazione spinta che non nega a nessuno la propria diagnosi con relativa terapia, oppure introducendo elementi di critica al pensiero dominante che permettano l'emergere di altre ipotesi e quindi altre risorse. Così facendo essi hanno la possibilità di sottrarsi ad una delega al controllo sociale sotto forma di incasellamento diagnostico, deontologicamente meno grave rispetto a quella subita in passato, ma forse più subdola e invischiante. Hanno la possibilità soprattutto di tenere alta la propria dignità professionale, non mettendola al servizio del puro silenziamento dei sintomi, ma valorizzandola nelle proprie valenze psicoterapeutiche di stimolo in senso evolutivo dei singoli, delle famiglie, dei gruppi sociali.

Un corretto "atteggiamento psicoterapeutico" può rappresentare, entro certi limiti, una salvaguardia da un altro problema di ordine pratico, ossia la progressiva saturazione dei Servizi (tab. II).

	2006	2007	2008
Arezzo	1,001	0,967	1,087
Grosseto	0,908	0,966	0,963
Siena	1	1,200	1,24

Nel corso del tempo essi sono stati probabilmente più incoraggiati alla presa in carico dei pazienti che non alla loro dimissione. Questo si è tradotto talvolta in un atteggiamento assistenzialistico privo di evolutività, anziché in una attività finalizzata ad una realistica autonomizzazione.

Tab. II - INDICATORE DI SATURAZIONE

La mancata crescita, se non la riduzione, delle risorse, a fronte della crescita progressiva dell'impegno, ha costretto a focalizzare l'attenzione su questo aspetto. Ma è un po' come se si trattasse di una bilancia che ha su un piatto il rischio di saturazione e sull'altro il rischio del mancato controllo. Alla fine quest'ultimo pesa quasi sempre di più ed è difficile rinunciarci. D'altra parte non sarebbe nemmeno accettabile che questa fosse la soluzione all'insufficienza di risorse.

E' vero però che le tre realtà del nostro territorio, che in parte sembrano aver imparato a rinnovare l'utenza senza accumularla automaticamente, non sono in grado di fornire un dato sulle dimissioni "esplicite", come se con tale istituto avessimo ancora qualche imbarazzo, non considerando che, a prescindere da qualsivoglia aspetto pratico, esso rappresenta un elemento terapeutico fondamentale se si vuol parlare con onestà di "percorsi" o "progetti" (tab. III).

	2006	2007	2008
Arezzo	n.c.	n.c.	n.c.
Grosseto	n.c.	n.c.	n.c.
Siena	n.c.	n.c.	n.c.

Tab. III - DIMISSIONI ESPLICITE

Per ciò che riguarda la gestione dei ricoveri, abbiamo a disposizione i dati riguardanti il tasso di ospedalizzazione, la degenza media, i ricoveri plurimi, i TSO (tabb. IV-V-VI-VII).

	2006	2007	2008
Arezzo	0,1	10,11	0,11
Grosseto	0,19	0,18	0,15
Siena	0,17	0,15	0,15

Tab. IV - TASSO OSPEDALIZZAZIONE N° RICOVERI

	2006	2007	2008
Arezzo	17,73	16,97	16,23
Grosseto	7,95	7,26	8,38
Siena	9,06	11,3	8,48

Tab. V - DEGENZA MEDIA

	2006	2007	2008
Arezzo	4	2	4
Grosseto	16	11	11
Siena	8	15	11

Tab. VI - RICOVERI PLURIMI > = 3

	2006	2007	2008
Arezzo	1,21	1,76	0,92
Grosseto	Non rilevato	0,70	0,66
Siena	3,13	2,70	2,42

Tab. VII - TRATTAMENTO SANITORIO OBLIGATORIO (T.S.O.) PER 10.000 (POP.TOT.)

Sebbene nel complesso si assista ad un certo avvicinarsi numerico tra i valori rilevati nelle tre zone, permane comunque una notevole difformità. Essa suggerisce stili diversi nell'interpretazione della fase ospedaliera all'interno del percorso di cura, ma sarebbero necessari molti altri elementi per poterli delineare in maniera corretta.

Oltre alla descrizione quantitativa degli aspetti più grossolani, sarebbe interessante esplicitare ciò che durante il tempo del ricovero accade nell'approccio alla crisi.

Probabilmente i gruppi di lavoro provengono da storie ed orientamenti diversi circa la maggiore o minor valorizzazione degli aspetti biologici, piuttosto che di quelli sociali o relazionali, con le differenti ipotesi di lavoro che ne conseguono. Ampliare la riflessione ad aspetti qualitativi consentirebbe forse di cogliere maggiormente il senso dei percorsi terapeutici e le effettive ricadute che essi hanno sul benessere delle persone, cosa che non sempre sembra ispirare la costruzione degli indicatori da parte delle istituzioni preposte. Gli unici aspetti qualitativi che vengono solitamente valorizzati sono quelli relativi all'utilizzo di mezzi di contenzione ed alla chiusura delle porte dei

reparti, sui quali peraltro emerge una sostanziale uniformità nei tre SPDC (tabb.VIII a-b).

	2006	2007	2008
Arezzo	assenza	assenza	assenza
Grosseto	assenza	assenza	assenza
Siena	assenza	assenza	assenza

Tab.VIII a - PRESENZA/ASSENZA CONTENZIONE FISICA IN SPDC

	2006	2007	2008
Arezzo	chiuse uscite su programma personalizzato	chiuse uscite su programma personalizzato	chiuse uscite su programma personalizzato
Grosseto	a discrezione del medico	aperte chiuse con TSO	aperte chiuse con TSO
Siena	aperte	aperte	aperte

Tab.VIII b - PORTE APERTE/CHIUSE IN SPDC

Nonostante la forzatura di carattere ideologico che ha in parte alterato i tempi e le modalità con cui ciascun servizio avrebbe più consapevolmente potuto affrontare tali questioni, essi hanno di fatto "rinunciato" a mezzi di contenzione che non siano quelli di tipo farmacologico, con conseguenze positive e negative che andrebbero anch'esse meglio analizzate fuori da ogni tipo di condizionamento.

Una cosa È certa: se la libertà dei pazienti deve accompagnarsi alla sicurezza, l'elemento centrale diventa la relazione con gli operatori, che deve essere garantita sia in termini di adeguata formazione che di adeguata proporzione numerica. Incompatibili con tali obiettivi sarebbero comunque reparti con dimensioni maggiori delle attuali, in cui verrebbe ad alterarsi il buon clima emotivo tipico del piccolo gruppo.

Per ciò che riguarda l'intervento riabilitativo, abbiamo preso in considerazione il dato degli inserimenti socio- terapeutici e del vero e proprio reinserimento nel mondo del lavoro.

La percentuale di pazienti che effettuano percorsi riabilitativi di tipo lavorativo È piuttosto uniforme nelle tre zone (tab. IX).

	2006	2007	2008
Arezzo	2,55	4,13	3,39
Grosseto	2,40	2,50	2,40
Siena	4,70	3,60	2,70

A questo proposito, bisogna però rilevare come, per unanime affermazione degli operatori che si sono occupati di raccogliere tali dati, questi sono risultati anche quelli più difficili da ottenere, in quanto non sono previsti dal sistema informativo regionale. Per uniformarne la rilevazione e renderli più attendibili e confrontabili, sarebbe invece opportuno che venissero inseriti nelle rilevazioni di routine.

Tab.IX - INSERIMENTI LAVORATIVI/ TOT. ASSISTITI

A prescindere da questo, il dato sugli inserimenti socio-terapeutici, che in origine lo studio aveva considerato rilevante per definire l'investimento dei servizi in termini riabilitativi, È forse più controverso. La varietà di obiettivi e di forme con cui gli inserimenti socio-terapeutici sono stati utilizzati È tale da non consentirne una lettura univoca.

Gli operatori hanno oscillato nel tempo da una interpretazione progettuale finalizzata alla crescita del soggetto, ad una interpretazione assistenziale, ad una di pura sussidiarietà sociale.

Mentre in alcuni servizi lo sforzo maggiore È da molti anni quello di rendere il percorso il più aderente possibile agli interessi, alle motivazioni e ai bisogni di ogni singola persona, cercando di utilizzare il più possibile gli strumenti forniti dalle normali vie di collocamento al lavoro, in altri solo più recentemente si sta attuando una finalizzazione di tale strumento ai soli casi in cui sia chiara fin dall'inizio la potenziale evoluzione in rapporto di lavoro effettivo.

E' anche vero che l'ipotesi per cui la realizzazione sociale e lavorativa di un soggetto si possa ottenere solo attraverso un percorso standardizzato che preveda per esempio terapia occupazionale, inserimento socio-terapeutico, tirocinio formativo..., È essa stessa discutibile. Probabilmente i nostri modelli d'intervento, essendo radicati culturalmente in specifiche fasi storiche, dovrebbero essere più spesso rimessi in discussione in funzione del modificarsi della cultura e dei bisogni. Le nostre "offerte riabilitative" si rivelano spesso inappropriate alle esigenze di una popolazione giovane e per fortuna non ancora cronicizzata. Si apre in quei casi una problematica molto delicata, in cui dalla corretta individuazione di strumenti realmente personalizzati, dipende il destino futuro del soggetto verso la normalità o verso la malattia. Ogni volta che si rilevano i dati sugli ingressi nel mondo del lavoro ci si confronta con lo stesso imbarazzo. Quali ingressi si devono considerare: solo quelli di chi ha alle spalle un inserimento socio-terapeutico o anche quelli di chi ha seguito un percorso riabilitativo/psicoterapeutico diverso?

E poi: dobbiamo attenerci ai soli pazienti con diagnosi di schizofrenia o consideriamo tutti coloro che sono in cura nei servizi? Perché se È vero che i dati sulle assunzioni degli invalidi possono essere gonfiati con diagnosi di nessun impatto sulle capacità lavorative (vedi i dati dei Centri per l'Impiego, che includono tra i casi psichiatrici anche coloro che hanno una diagnosi psichiatrica aggiuntiva, per esempio una reazione depressiva che si aggiunge ad una patologia fisica più importante, oppure il ritardo mentale lieve, che pone problematiche diverse da quelle dei disturbi psichici gravi), È vero altrettanto che la sofferenza e la disgregazione sociale e relazionale non si identificano solo con un ristretto ambito diagnostico, ma si possono verificare in un ventaglio molto più ampio di soggetti, per i quali la formula dell'inserimento socio-terapeutico si rivela spesso inappropriata.

In considerazione di ciò, il dato sugli ingressi nel mondo del lavoro nelle tre zone (tab.X),

	2006	2007	2008
Arezzo	9	12	8
Grosseto	3	3	3
Siena	0	3	3

deve essere più correttamente ridefinito come dato sulle trasformazioni degli inserimenti socio-terapeutici in contratti lavorativi. Esso ci dà una misura dell'efficacia di tale strumento, ma non fotografa la capacità complessiva dei servizi di promuovere l'integrazione nel mondo del lavoro, che È per fortuna molto maggiore e passa attraverso tante altre vie.

Tab.X - REINSERITI NEL MONDO DEL LAVORO

Varrebbe forse la pena di riflettere anche su tali percorsi e sulle strategie alternative che sono state utilizzate, onde evitare che rimangano in ombra come accade ancora per tanta parte del lavoro che si svolge nei Servizi.

Riferimenti

- Asioli F. (2009) Peculiarità dell'esperienza compiuta dalla psichiatria italiana. *Psichiatria di Comunità*, 8, 12 – 15;
- Bachrach L.L. (1992) Psychosocial Rehabilitation and Psychiatry in the Care of Long-Term Patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1455 – 1463;
- Cesari G. (1996) Considerazioni sul lavoro con le famiglie nel Dipartimento di Salute Mentale, in *Neopsichiatria. Lavorare con le famiglie*. Edizioni del Cerro, 117 – 133;
- Cesari G. (2007) L'intervento precoce nei disturbi psicotici. *Il Cesalpino*, 16, 2 – 5;
- Coordinamento Psichiatri Toscani (2006) Atti del congresso "Il Modello Toscano per la Salute Mentale" Siena
- Corlito G. (2007) Per una salute mentale di comunità: quattro priorità su cui lavorare. *Psichiatria di Comunità*, 3, 139 – 145;
- Corlito G., Nascimbeni P., Cesari G., Pennacchioni A., Petrillo M. (1990) Il servizio "psicoterapeutico": teoria e pratica nel servizio di salute mentale di Arezzo, in: Benvenuto S. - Nicolaus O. (a cura di) *La bottega dell'anima*. Franco Angeli Editore: Milano;
- De Berardinis M., Valtancoli A. (2007) Il modello toscano per la salute mentale. *Pegaso*, 0, 38 – 40;
- Ferrannini L. (2008) I servizi e gli operatori tra continuità e innovazione. *Psichiatria di Comunità*, 4, 181 – 184;
- P. Martini (1991) Équipe e gruppi di lavoro in un servizio di comunità senza ospedale psichiatrico, in: Scala A., De Marco F. (a cura di) *Équipe e gruppi di lavoro*, Atti Il Giornata di studio S.I.P. Regionale, Spazi della Mente, Napoli, 1991;
- Martini P., Cecchini M., Corlito G., D'Arco A., Nascimbeni P. (1985) A Model of a Single Comprehensive Mental Health Service for a Catchment Area: a Community Alternative to Hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 316, 95-120;
- Mosher L.R., Burti L. (1991) L'Utopia all'opera: il Servizio di salute mentale di Arezzo, in: Mosher L.R., Burti L. *Psichiatria territoriale. Principi e pratica*. Feltrinelli Editore: Milano;
- Pennacchioni A., Cesari G. (1997) La consulenza come risorsa istituzionale: uno strumento per uscire dall'impasse nella cura dei pazienti gravi. *Terapia familiare*. 55, 5 – 17;
- Thonicroft G., Tansella M. (2000) *Manuale per la riforma dei servizi di salute mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma;
- Vendittelli N., Veltro F., Oricchio I., Bazzoni A., Rosicarelli M.L., Polidori G., Morosini P. (2008) L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Seconda Edizione. Centro Scientifico Editore: Torino.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.