

TITOLO

VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEL MODELLO "PORTE APERTE" NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA: L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI TRENTO

AUTORE

Maurizio Davi (1)

(1) Coordinatore infermieristico di area presso Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento, Dottore Magistrale in Scienze infermieristiche. maurizio.davi@apss.tn.it

Riassunto

Introduzione. La situazione dei reparti psichiatrici per acuti nei vari Paesi europei è molto diversificata. Reparti "no restraint" (a porte aperte e senza uso di contenzione) sono diffusi in Inghilterra, Austria, Ungheria, Romania e Slovenia, mentre in Italia, a più di trent'anni dalla Legge 180, sono ancora rari.

Scopo. Valutare gli outcomes d'impatto del modello "porte aperte" all'interno dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura.

Metodi. La valutazione dell'impatto del modello organizzativo a porte aperte è stata effettuata attraverso l'analisi dei seguenti outcomes: episodi di aggressività, episodi di allontanamento, soddisfazione. I dati della Letteratura sono stati arricchiti da quelli derivati dall'esperienza del Servizio Psichiatrico di Trento.

Risultati. Dall'analisi degli outcomes utilizzati per indagare il fenomeno delle porte aperte è emersa una correlazione tra porte aperte, diminuzione della rabbia e dell'aggressività manifestate dagli utenti, aumento della loro soddisfazione, limitazione degli allontanamenti e/o degli effetti negativi ad essi conseguenti. L'analisi dei vissuti del personale ha invece fatto emergere un generale accordo sui vantaggi legati

all'apertura della porta, ma pure un senso di insoddisfazione e frustrazione legato alla difficoltà di applicare nella pratica questo modello organizzativo ed il bisogno di una maggiore formazione.

Discussione. La Letteratura scientifica revisionata ha evidenziato una prevalenza di svantaggi legati alla degenza in un reparto a porte chiuse: aumenterebbero infatti tra i degenti il senso di ansia, vergogna, rabbia, frustrazione e depressione. Alla porta aperta viene, al contrario, attribuito un significato simbolico di recupero e riabilitazione. Aprire le porte può rappresentare dunque la scelta migliore per i Dipartimenti di Salute Mentale che hanno disponibilità di sufficienti spazi e risorse umane. Determinanti per un'ottimale realizzazione del progetto saranno la formazione del personale, le relazioni interpersonali a tutti i livelli, nonché la capacità di mettere in atto strategie di coinvolgimento di utenti e familiari.

Abstract

Introduction. The situation of acute psychiatric wards in European Countries is very different. "No restraint" departments (with open doors and without restraint) are common in England, Austria, Hungary, Romania and Slovenia, while in Italy, more than thirty years after Law 180, are still rare.

Aim. To evaluate the outcomes of the "open doors" model in psychiatric services.

Methods. The assessment was conducted through the analysis of the following outcomes: aggressiveness, escapes, satisfaction. Trento study outcomes were compared to Literature data.

Results. The analysis of indicators used to study the open doors phenomenon revealed a correlation between open doors and decreased anger and aggressiveness expressed by the users, increased satisfaction, limitation of escapes and/or their consequential negative effects. The analysis on the staff revealed instead a general agreement on

the benefits of opening the doors, but also a sense of dissatisfaction and frustration related to the practical difficulties to apply this organizational model and the need of more training.

Discussion. Literature data show a prevalence of disadvantages related to hospitalization in a ward with closed doors: in fact, it would increase in patients a sense of anxiety, shame, anger, frustration and depression. On the other hand, the open doors have a symbolic meaning of recovery and rehabilitation. Opening the doors can be considered the best choice for the Departments of Mental Health which have the possibility to provide sufficient environmental and human resources. Decisive aspects for an optimal implementation of the project are: training of the staff, interpersonal relationships at all levels, ability to implement strategies of participation for users and family members.

Introduzione

Negli ultimi decenni i Servizi Psichiatrici d'Europa sono stati attraversati da importanti cambiamenti: sono state avviate, infatti, riforme sanitarie e politiche di de-istituzionalizzazione, sebbene il quadro politico attuale sia assai differenziato. La tendenza dei vari Paesi europei ad avere reparti psichiatrici per acuti a porte aperte o chiuse a chiave è molto variabile ed è determinata principalmente, nella maggior parte dei casi, dalla tradizione locale [1]. I reparti "no restraint" (a porte aperte e senza uso di contenzione) sono più diffusi in Inghilterra, Austria, Ungheria, Romania e Slovenia, mentre in Italia sono ancora rari. Tuttavia, a più di trent'anni dalla Legge 180 [2], un numero crescente di reparti ha iniziato ad interessarsi a questo modello organizzativo; tra questi il reparto di Trento [3].



Tabella 1. Distribuzione geografica dei reparti a porte aperte e/o senza contenzione in Italia

Obiettivo

L'obiettivo del presente lavoro è valutare gli outcomes d'impatto del modello "porte aperte" all'interno dei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura.

Metodi e strumenti

La valutazione dell'impatto del modello organizzativo a porte aperte è stata effettuata attraverso l'analisi dei seguenti outcomes: episodi di aggressività, episodi di allontanamento, soddisfazione. La soddisfazione è stata approfondita attraverso un'analisi dei vissuti che ha consentito di confrontare vantaggi e svantaggi dei due modelli organizzativi. Le parole chiave utilizzate per la ricerca della Letteratura sono state: "open psychiatric ward", "Restraint", "locked psychiatric ward", "open psychiatric doors", "locked psychiatric doors", "advantages/disadvantages" e tali dati sono stati arricchiti con quelli derivati dall'esperienza del Servizio Psichiatrico di Trento.

L'esperienza del modello organizzativo a "porte aperte" nel Servizio Psichiatrico di Trento

Il progetto "porte aperte" del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Trento è nato nel 2007, in coerenza con le pratiche e la cultura dell'empowerment e del "Fareassieme" già da anni presenti all'interno del servizio. L'apertura delle porte del reparto di psichiatria ha rappresentato un punto di partenza, un'occasione per attenuare quella distanza che separa il mondo della salute mentale (caratterizzato troppo spesso da isolamento, sofferenza, solitudine e regressione) dalla collettività, un tentativo quindi di restituire dignità e soggettività agli utenti attraverso la loro responsabilizzazione.

All'interno del SPDC si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare, formato da rappresentanti di tutto il Servizio. Dopo aver effettuato un'attenta revisione della Letteratura, si è cercato un confronto reale con altre esperienze italiane no-restraint recandosi in visita in alcuni degli SPDC che lavorano già con le porte aperte. Sono stati visitati i reparti psichiatrici di Mantova, Siena, Arezzo, Portogruaro, Merano. Gli incontri successivi (più di una trentina tra il 2007 ed il 2010) hanno avuto lo scopo di

mettere a fuoco le questioni cruciali, di riferire le sintesi dei confronti con le esperienze italiane di cui sopra, di fornire occasioni formative sull'argomento. Alla fine di un percorso durato quattro anni, il reparto a porte aperte di Trento è stato inaugurato il 17 gennaio 2011 (Figura 1).



Figura 1. Inaugurazione reparto psichiatrico a porte aperte di Trento

Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nel Servizio Psichiatrico di Trento

"Porte chiuse: pazienti ostaggi degli operatori. Porte aperte: operatori ostaggi dei pazienti, questo rappresenta l'inizio della cura" (F. Basaglia).

Questa frase, che ancora oggi colpisce per la sua profondità, rinvia con chiarezza alla questione dei poteri nella relazione. Secondo Basaglia, la cura è possibile solo se i pazienti psichiatrici sono liberi e hanno con gli psichiatri ed il personale sanitario una relazione caratterizzata da reciprocità e conservazione del potere contrattuale. Su questa linea di pensiero si trova il SPDC di Trento, che da anni sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia e

sull'uso del farmaco, al fine di promuovere la responsabilità personale in un'ottica di "co-gestione" della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che "nessuno è privo di risorse" [4]. Aprire le porte dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura non può obbedire soltanto ad una mera ideologia: questa scelta deve muoversi infatti in concomitanza con un cambiamento culturale e un'apertura mentale da parte di tutti. A questo scopo, a seguito dell'apertura delle porte a Trento, si è cercato di ampliare l'offerta di attività riabilitative e risocializzanti a valenza terapeutica, con il fine di fornire delle strategie di coinvolgimento utili a stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo, cercando di favorire al massimo processi di responsabilizzazione degli utenti.

Nel nostro reparto, nell'arco della settimana si svolgono attività strutturate (ginnastica dolce e trattamenti shiatsu, gruppi psico-educativi, arte-terapia, cineforum, laboratori di musica, di teatro e di cucito), talvolta anche aperte al pubblico, oltre ad eventi extra-ordinari come feste e concerti che hanno la finalità di ridurre lo stigma ed il pregiudizio, favorendo un clima di accoglienza e positività rispetto al mondo della salute mentale; in un certo senso "aprendo le porte" alla collettività. Altre pratiche riabilitative che vanno nella stessa direzione sono: la Terapia Cognitivo-Comportamentale, basata sul modello stress-vulnerabilità-coping [5] ed il "progetto UFE" basato sui principi dell' Empowerment [6].

Risultati dell'esperienza del Servizio Psichiatrico di Trento

Episodi di aggressività. Gli episodi di aggressività sono misurati attraverso l'utilizzo della "Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta" - MOAS. Nella Tabella 2 sono messi a confronto i dati degli episodi di aggressività verificatisi a Trento con le porte chiuse (2008-2010) con quelli verificatisi con organizzazione a porte aperte (2011-2012).

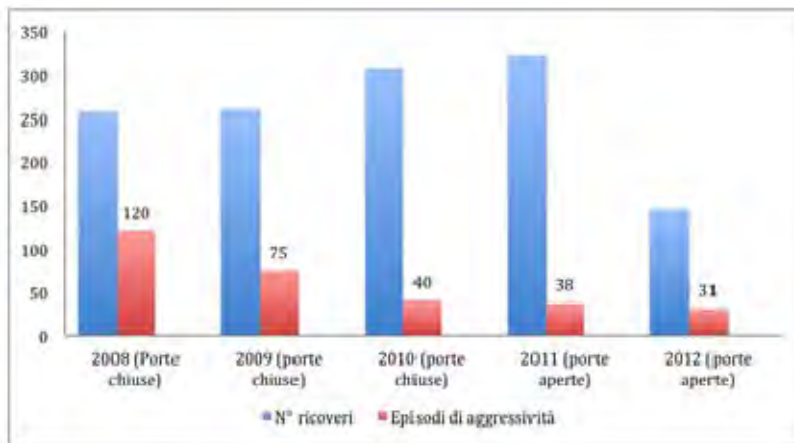


Tabella 2. Episodi di aggressività SPDC di Trento tra il 2008 e il 2012*
*i dati del 2012 sono aggiornati a giugno

Episodi di allontanamento. Gli episodi di allontanamento vengono monitorati attraverso un registro appositamente creato. In esso viene indicata l'ora esatta dell'allontanamento e dell'eventuale rientro, la modalità di uscita (porta d'ingresso, giardino, sala fumo, finestre), l'esito (rientra da solo, accompagnato da operatori/UFE, da forze dell'ordine). Nella Tabella 3 sono presentati i dati degli allontanamenti non autorizzati dal SPDC di Trento dal 2008 al 2012.

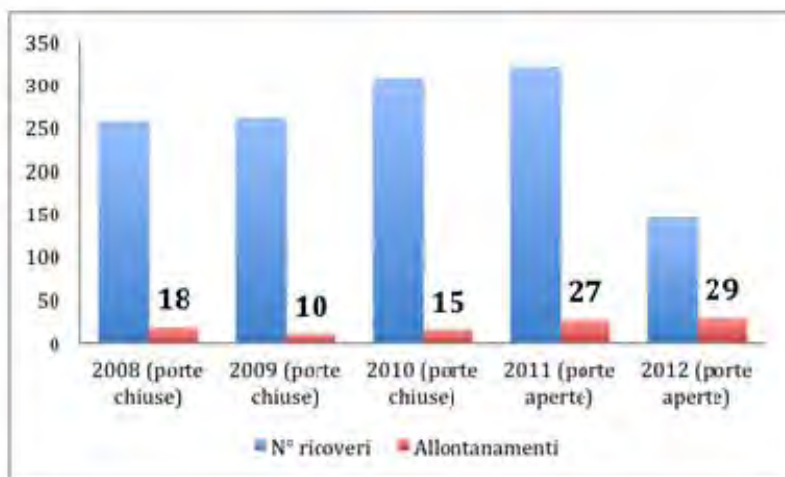


Tabella 3. Allontanamenti non autorizzati dall'SPDC di Trento 2008-2012*
*i dati del 2012 sono aggiornati al mese di giugno

Soddisfazione degli utenti. La soddisfazione degli utenti viene rilevata attraverso un questionario che è stato introdotto in reparto nel 2004 secondo il modello proposto da Vendittelli [5]. Nella Tabella 4 sono presentati i dati tratti dal questionario di

soddisfazione di Trento rivisto ed aggiornato dall'équipe di reparto nel marzo del 2012.



Tabella 4. Dati del questionario di soddisfazione reparto a porte aperte di Trento, aprile/settembre 2012.

Vantaggi/svantaggi delle porte chiuse/aperte: vissuti

Il vissuto degli utenti. Il contributo di utenti e familiari è stato valorizzato fin dall'inizio del progetto. Oltre alla partecipazione alle riunioni di reparto sul tema in questione, si è cercato di approfondire le loro percezioni sui vantaggi e gli svantaggi di un reparto psichiatrico con porte chiuse e/o aperte attraverso la somministrazione di un questionario che è stato poi oggetto di discussione in una riunione di servizio. Le domande del questionario sono state tratte da uno studio pubblicato sul Journal of Clinical Nursing [7], tradotte e adattate nel 2008 dal Dr. Alessandro Salvi e dal gruppo di lavoro porte aperte del Servizio Psichiatrico di Trento.

Il vissuto degli operatori. Il delicato passaggio da porte chiuse a porte aperte è stato strettamente monitorato. Nei primi mesi sono state organizzate frequenti riunioni mirate a discutere dei vissuti del personale e a condividere situazioni di difficoltà legate alla nuova organizzazione; in alcune occasioni è stato utilizzato anche lo spazio quotidiano dopo le consegne infermieristiche. Come strumento di monitoraggio è stata

utilizzata la scheda del "clima di reparto" [5]. Sono stati confrontati i dati sul "clima di reparto" dei primi 6 mesi del 2010, quando il reparto aveva ancora le porte chiuse, con i dati dei primi 6 mesi del 2011 con l'organizzazione a porte aperte. Dati più recenti sono attualmente in elaborazione.

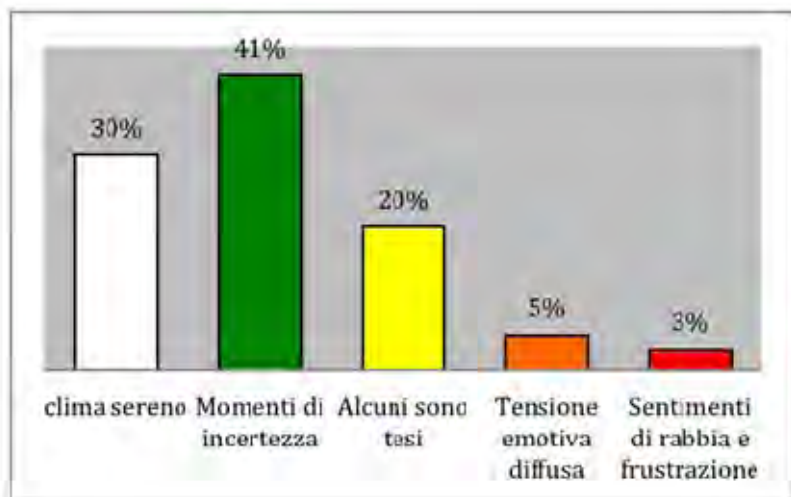


Tabella 5. Percezioni del personale sul "clima di reparto" - porte chiuse (anno 2010)

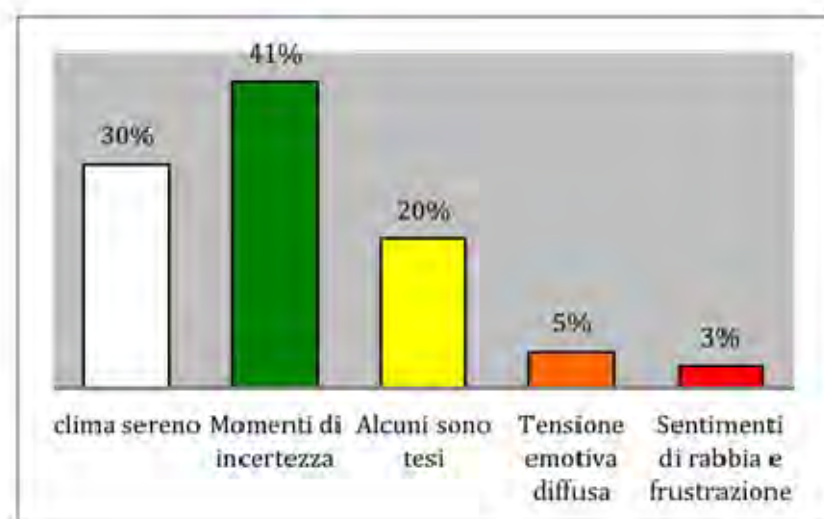


Tabella 6. Percezioni del personale sul "clima di reparto" - porte aperte (anno 2011)

Formazione del personale. Prima dell'avvio della sperimentazione del modello organizzativo a porte aperte, si è cercato di formare il personale attraverso un confronto diretto con operatori che già lavoravano secondo tale modello. Alcuni rappresentanti del gruppo si sono recati, infatti, in reparti psichiatrici a porte aperte e

no restraint di altre parti d'Italia. Per favorire una maggior condivisione delle informazioni raccolte durante tali esperienze, sono stati stilati dei report delle visite ed organizzate riunioni di servizio su questo tema specifico.

Discussione e confronto con la Letteratura

Episodi di aggressività. I dati della letteratura hanno evidenziato una correlazione positiva tra le porte aperte e la diminuzione della rabbia e dell'aggressività manifestata dagli utenti [8]: maggiore era il tempo trascorso con le porte aperte, minore era il verificarsi di abusi verbali e/o di aggressioni fisiche contro gli oggetti o le persone [9]. La gestione dell'aggressività in reparto senza strumenti di contenzione fisica del paziente è una competenza che richiede al personale un'adeguata formazione [8]. A tal proposito, già da diversi anni nel Servizio Psichiatrico di Trento si è deciso di delineare delle indicazioni operative che orientassero gli operatori verso un unico modello di presa in carico della situazione critica, per garantire la sicurezza sia degli operatori stessi, che dell'utente aggressivo e di chi gli è vicino. Una politica non restrittiva già da anni presente all'interno del nostro servizio, della quale l'apertura delle porte è stata solo un ultimo tassello, ha contribuito ad una graduale riduzione degli episodi di aggressività. Tale esperienza ha portato il personale a riflettere su come porte chiuse e programmi molto rigidi di controllo durante i giorni di degenza (ad esempio limitazioni delle sigarette, del denaro e del caffè) fossero spesso elementi di provocazione in grado di scatenare gravi reazioni comportamentali, in quanto percepiti come una limitazione ingiustificata alla libertà dell'utente.

Episodi di allontanamento. La maggior parte degli studi analizzati suggeriscono che gli allontanamenti dalle unità psichiatriche con le porte aperte non sono più frequenti rispetto agli altri reparti, in quanto buona parte dei pazienti dimostra un certo grado di

aderenza ai programmi personalizzati concordati con l'équipe [3, 8, 10-11]. La nostra esperienza mostra invece un aumento del numero degli allontanamenti con le porte aperte, a fronte di una riduzione degli eventi negativi ad essi correlati. Con le porte chiuse infatti, gli allontanamenti degli utenti erano spesso accompagnati da reazioni violente o ad altissimo rischio, ad esempio la forzatura di finestre e serrature, il tentativo di arrampicarsi sulle ringhiere, episodi di aggressività nei confronti degli operatori per il furto di chiavi, atti di vandalismo. Questi dati trovano supporto, peraltro, anche in studi internazionali [8]. I dati raccolti dal personale durante la fase a porte chiuse hanno mostrato, inoltre, che il numero relativamente ridotto degli allontanamenti dalla porta principale era controbilanciato da un più consistente numero di allontanamenti non autorizzati attraverso il giardino. Secondo l'esperienza di Trento, con il modello organizzativo a porte aperte gli utenti che sono usciti dal reparto dalla porta principale non hanno assunto atteggiamenti incongrui e sono rientrati poco dopo (da soli o accompagnati): la meta della fuga è stata solitamente il bar dell'ospedale ed il motivo principale il desiderio di bere un caffè.

Soddisfazione degli utenti. Dalla revisione della Letteratura si evidenzia un grado di soddisfazione maggiore espresso dagli utenti ricoverati nelle unità con le porte aperte rispetto a quelli assistiti nei reparti con le porte chiuse [8, 12]. La riflessione sui dati raccolti nella nostra realtà ha confermato quanto sopra: i dati rilevati dal 2011 ad oggi, infatti, mostrano un progressivo aumento dei livelli di soddisfazione e gli 87 questionari compilati dagli utenti tra aprile e settembre 2012, a quasi due anni dall'apertura delle porte, sono in linea con questo trend positivo.

Vantaggi/svantaggi delle porte chiuse: il vissuto degli utenti. La Letteratura analizzata evidenzia una prevalenza di svantaggi legati alla degenza in un reparto a porte chiuse: aumenterebbero tra i degenti il senso di ansia, vergogna, rabbia, frustrazione e depressione. Alla porta aperta viene, al contrario, attribuito un significato simbolico di

recupero e riabilitazione. La maggior parte degli utenti ritiene oppressivo un reparto a porte chiuse, considerandolo un ambiente più simile ad una prigione che ad un luogo di cura; alcuni vissuti fanno emergere, tuttavia, anche un desiderio di sentirsi protetti e al sicuro [8, 13]. Tale posizione è emersa anche a seguito della compilazione di un questionario sui "vantaggi/svantaggi riguardo l'apertura delle porte del reparto psichiatrico" somministrato agli utenti di Trento prima dell'apertura delle porte [7]. Ciò che emerge da questi vissuti è, quindi, un desiderio di libertà associato ad un desiderio di sentirsi al sicuro e protetti, condizioni possibili grazie alla presenza di personale in grado di "accompagnare" l'utente nel processo di cura garantendo vicinanza e relazione. A tali bisogni, dunque, più che lo stato della porta (chiusa/aperta), risponde la qualità del legame terapeutico proprio della relazione operatore-paziente. Quest'ultima è considerata, secondo il punto di vista del personale infermieristico, fondamentale per aiutare le persone ricoverate a stare meglio e per costruire una buona alleanza terapeutica [14]. Aprire le porte vuol dire mettersi nella condizione di riconoscere i momenti di grandissimo disagio e di sofferenza senza isolare i pazienti.

Vantaggi/svantaggi delle porte chiuse: il vissuto degli operatori. Nello studio di Haglund [7], che è andato ad esaminare i vantaggi/svantaggi di un reparto psichiatrico con porte chiuse secondo le percezioni del personale, è stato evidenziato che gli svantaggi all'attività lavorativa con le porte chiuse è maggiore. Sulla stessa linea si trova Toresini [10], che vede nelle porte chiuse un ostacolo al dialogo con gli utenti. Nello studio di Muir-Cochrane [13] emergono, invece, percezioni contrastanti sulla visione della porta: se da un lato con le porte chiuse il personale si sente privato del ruolo terapeutico e quasi calato nelle vesti di un "carceriere", con le porte aperte ha la percezione di essere un "guardiano", per giunta gravato da un senso di forte ansia legato alla necessità di vigilare sulla porta e dalla preoccupazione di essere

richiamato dai propri superiori nel caso si verificassero degli allontanamenti non autorizzati dei pazienti. Queste percezioni di insoddisfazione sono state condivise nei primi mesi anche dagli operatori del servizio psichiatrico di Trento. I dati analizzati hanno evidenziato infatti, nei primi sei mesi, un peggioramento del clima di reparto: reazioni emotive di tensione (codice arancio) e sentimenti di rabbia e frustrazione (codice rosso) sono risultate diffuse tra il personale. Questa situazione è stata certamente acuita dall'aumento del numero di ricoveri negli ultimi anni, dal ritardo nei lavori di ristrutturazione per ampliare il reparto e spostare l'ambulatorio infermieristico vicino alla porta d'ingresso, dalla mancata riduzione di 1-2 posti letto (attualmente ne abbiamo 15), dai collegamenti non sempre funzionali tra le varie strutture dell'area critica, dalla poco chiara definizione di ambiti di responsabilità ed infine dalla mancanza di una procedura scritta di gestione condivisa.

Formazione del personale. Dalla revisione della Letteratura è emerso come i programmi per limitare l'uso della contenzione e l'utilizzo di strategie alternative si basino prevalentemente sulla formazione del personale, volta a favorire cambiamenti culturali ed organizzativi. Per lavorare nelle strutture a porte aperte sono richiesti al personale infermieristico livelli di preparazione avanzata mirati all'utilizzo di raffinate tecniche relazionali ed alla costruzione di una relazione empatica con il paziente anche nelle situazioni di crisi acuta. In un'indagine nazionale condotta da Davì [3], che andava ad esplorare, attraverso un'intervista, i bisogni formativi degli infermieri nei reparti psichiatrici a porte aperte, è emerso come sia ancora molto sentito il bisogno di apprendere strategie di contenimento basate sulla relazione e di una specifica formazione riguardo la gestione dell'escalation dell'aggressività, bisogno condiviso anche dalla nostra équipe. Si ritiene quindi fondamentale proseguire sulla strada della formazione continua del personale.

Conclusioni

Dall'analisi effettuata emerge che, sebbene le porte aperte siano generalmente percepite come un simbolo di recupero e riabilitazione, da sole non sono sufficienti per migliorare la soddisfazione degli utenti. Più che al controllo della porta, l'attenzione del personale deve essere, quindi, mirata allo sviluppo di strategie relazionali di coinvolgimento ed alla creazione di un clima positivo; tale condizione può essere favorita da un setting adeguato all'interno del reparto e da un numero limitato di pazienti, non più di 10-12, come afferma Toresini [10]. Ciò è in contrasto con la pratica più comune tra gli operatori, quella di vigilare sulla porta trascurando la relazione con gli utenti. Il risultato è una percezione di custodia gravato da un senso di frustrazione legato alla necessità di vigilare e dall'ansia di poter assistere ad allontanamenti non autorizzati dei pazienti, con tutti i rischi che ciò comporta. La presenza di un operatore a rotazione nei paraggi della porta d'uscita è punto di partenza dello stesso percorso "no restraint", ma anziché confermare la funzione "custodialistica" del personale psichiatrico essa si carica di un forte ruolo "terapeutico": nei pressi della porta, infatti, si può creare un clima di negoziazione e di aggregazione continua. La fase del controllo umano della porta rappresenta, quindi, un percorso individualizzante sia per i pazienti, che realizzano che la porta aperta non è per ognuno parimenti valicabile, sia per gli operatori, costretti a "negoziare" con l'utente. La fase successiva deve, però, necessariamente prevedere uno spostamento del controllo dalla porta alla relazione [10]. In un certo qual modo, dunque, le porte aperte amplificano il rapporto operatore-utente e la relazione di cura. Da ciò deriva che la gestione dei pazienti in un reparto a porte aperte senza strumenti contenitivi risulta più complessa: non è facile convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario, o convincerlo ad assumere una terapia. Climi meno restrittivi pongono infatti l'operatore ed il paziente in situazioni di continua relazione e

confronto, obbligano i primi a trovare sempre espedienti relazionali nuovi per confrontarsi con la persona. Fare questo può risultare stimolante per il professionista, ma al contempo estremamente faticoso, frustrante se non si è allenati a farlo. Alcuni autori suggeriscono di intraprendere all'interno del reparto strategie utili a stimolare processi di responsabilizzazione e mutuo-aiuto tra gli utenti stessi, con un coinvolgimento attivo anche dei familiari. Per giungere a ciò è imprescindibile la formazione del personale, vero e proprio punto fermo se si vogliono rendere i reparti psichiatrici meno custodialistici e più terapeutici [8]. Se ciò non avviene con adeguato anticipo, vivere con difficoltà soprattutto i primi mesi di lavoro con il modello a porte aperte può essere normale.

Gli operatori della Salute Mentale in psichiatria oggi possono scegliere di non essere dei semplici "sorveglianti" sulla porta: hanno, al contrario, l'occasione di mirare a sviluppare le proprie abilità in un ruolo che è quello terapeutico, riabilitativo, contenitivo-relazionale, di mediazione e di integrazione, sia per il bene del paziente che per la propria gratificazione professionale. La relazione è l'unico strumento che gli operatori hanno per prendersi cura delle persone ricoverate; intorno a questa gioca tutta la loro professionalità e autonomia. Non è semplice, ma neanche impossibile.

Un lavoro sulla relazione utente-operatore, tuttavia, non è sufficiente da solo per determinare il successo di un reparto a porte aperte; tale modello è applicabile se si realizzano ulteriori accorgimenti.

Organizzativi:

- la volontà di attuare tale politica, una chiara direttiva dipartimentale che enunci gli obiettivi da perseguire e che dia alle strutture le necessarie risorse ambientali e umane;
- un Dipartimento di Salute Mentale ad alta integrazione con fluidi collegamenti tra le varie strutture che lo compongono;

- un'équipe flessibile fra ospedale e territorio (Area criticità);
- un numero di posti letto ridotto (10-12 al massimo);
- definizione di rapporti di collaborazione con Forze dell'Ordine e servizi di sicurezza in caso di necessità;
- definizione di chiare procedure operative per la gestione del modello organizzativo a porte aperte e degli ambiti di responsabilità;
- istituzione di un sistema di monitoraggio dell'incident-reporting;
- definizione di programmi di formazione per il personale;
- favorire approcci riabilitativi (presenza di tecnici della riabilitazione psichiatrica);
- prevedere figure di supporto "alla pari" per favorire climi di maggior accettazione e collaborazione (un esempio sono gli UFE - utenti familiari esperti del Servizio Salute Mentale di Trento);
- prevedere momenti programmati di confronto e supporto per gli operatori (riunioni sui vissuti, riunioni-caso, audit clinici);
- non avere un approccio ideologico (non voler tenere le porte aperte a tutti i costi).

Strutturali:

- un ambulatorio infermieristico posizionato nei pressi della porta d'ingresso, per favorire un monitoraggio discreto delle entrate e delle uscite;
- la creazione di un ambiente più familiare e accogliente (salottino all'ingresso del reparto, possibilità di avere spazi aperti come ad esempio un giardino).

Operativi:

- spostamento del controllo sulla relazione e non sulla porta;
- definizione di strategie personalizzate di assistenza secondo il livello di complessità dei casi (quotidiana rivalutazione clinica e valutazione dei fattori di rischio rilevati);

- messa in atto di strategie di coinvolgimento degli utenti e dei familiari attraverso attività riabilitative di gruppo a valenza terapeutica (terapia cognitivo-comportamentale, gruppi psico-educativi) ed attività risocializzanti (gruppi familiari di mutuo-aiuto, riunioni quotidiane con tutti i pazienti, gruppi di ginnastica o di rilassamento, attività artistiche di disegno o di scrittura, giochi da tavola, calcio balilla, ping-pong, cyclette ecc.).

La porta chiusa, oltre ad una barriera fisica, veicola un messaggio di barriera relazionale e terapeutica, che rinforza stereotipi di pericolosità. Viceversa riuscire a tenere la porta aperta attraverso un sensato sistema di alleanze, con responsabilità, attraverso una scelta di tutti gli operatori, rappresenta un riconoscimento dei diritti del cittadino-utente ed un indicatore di buona professionalità.

Bibliografia

- [1] Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P et al. (2004), Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. *European Psychiatry*, 19, 483-488
- [2] Legge 13 Maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* 16 maggio 1978, n. 133.
- [3] Davi M. (2009) Bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici. Il progetto porte aperte. *Rivista di Psichiatria* 5, 320-327
- [4] De Stefani R. (2007) Il fareassieme di utenti, familiari e operatori nel Servizio Salute Mentale di Trento. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 2 (2)
- [5] Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, Bazzoni A, RosicarelliML, Polidori G, et al. (2008) L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Torino: Centro Scientifico Editore, 5-101
- [6] Davi M. (2011) Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei servizi psichiatrici a porte aperte: l'esperienza dell'SPDC di Trento. *L'infermiere*, 2, 28-33

- [7] Haglund K, Von Essen L, Von Knorring L. (2006) Psychiatric wards with locked doors - advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing* 15, 4, 387-394
- [8] Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. (2009) Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 293-299
- [9] Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales S, Guy S, et al. (2002) Safety and security policies on psychiatric acute admission ward: results from a London-wide survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 427-33
- [10] Toresini L. (2005) SPDC aperti e senza contenzione. Pistoia: Fogli di informazione, 203, 5-88
- [11] Lang UE, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, et al. (2010) Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *European Journal Psychiatry*, 24, 4, 199-204
- [12] Muller MJ, Schlosser R, Kapp-Steen G, Schanz B, Benkert O. (2002) Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatric Quarterly*, 73, 93-107
- [13] Muir-Cochrane E, Van Der Merwe M, Nijman H, Haglund K, Simpson A, Bowers L (2012) Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 41-49
- [14] Hall JE (2004) Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Mental Health Nursing* 25, 539-552