

TITOLO

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA DI GROSSETO: IL LUOGO COME METAFORA DELLE RELAZIONI

AUTORI

Giuseppe Cardamone (1), Edvige Facchi (2), Rita Pescosolido (3)

- (1) Direttore DSM ASL 9 di Grosseto
- (2) Responsabile SPDC P.O. Misericordia di Grosseto
- (3) Capo Sala SPDC P.O. Misericordia di Grosseto

OGGETTO: SPDC come organizzazione e luogo di relazione.

Un Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) è innanzitutto un luogo con una propria organizzazione spazio-temporale ed una sua ubicazione nel contesto dell'ospedale generale. E lo spazio è sempre metafora delle relazioni.

Il SPDC è stato negli anni passati confinato a spazi periferici dentro l'ospedale: fino al 2000 si trovava accanto all'Obitorio ed alle Malattie Infettive. Attualmente, invece, è collocato sul piano piastra accanto alla Neurologia, alla Cardiologia, alla Cappella, posizione strategica per la qualità delle relazioni che si sono sviluppate nel tempo e delle interazioni con gli altri colleghi, tanto da influenzare la percezione del nostro ruolo e della nostra qualità professionale nell'intero ospedale della Misericordia di Grosseto. È uno spazio piccolo, abbiamo in totale sei posti letto in quattro stanze di degenza, due doppie e due singole, tutte dotate di bagno. Si aggiunge un "ambulatorio protetto", una stanza con altri quattro posti letto che può contare su un infermiere dedicato dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 14.00; in caso di necessità, viene utilizzato anche al di fuori di queste fasce orarie, qualora servisse un monitoraggio prolungato (un posto letto è utilizzabile anche come "ambulatorio

protetto notturno”). Vi è poi una zona giorno che fa da refettorio e da spazio per le attività di gruppo, un’infermeria, un ambulatorio medico, una stanza riunioni, una stanza della coordinatrice infermieristica, spogliatoi ed altri piccoli spazi. Logisticamente insufficiente nel suo complesso, ma particolarmente accogliente come contesto clinico, colorato da quando un'utente-artista ha impreziosito lo spazio con le proprie opere.

Il numero esiguo di posti letto, con una saturazione di poco superiore al 70%, consente di mettere in atto un'operazione di no-restraint, ovvero di poter mantenere la porta aperta non praticando la contenzione, in riferimento al principio etologico che vede crescere il rischio di aggressività con l'aumentare della numerosità di soggetti chiusi in spazi angusti e non adeguati. Riusciamo a mantenere un basso indice di saturazione sia utilizzando l'ambulatorio protetto come filtro per situazioni non propriamente da ricovero, ma che richiedono un monitoraggio ed un'attenzione aggiuntiva rispetto alla semplice gestione territoriale, sia soprattutto grazie all'enorme lavoro preventivo svolto proprio a livello territoriale.

Per entrare in un'analisi più dettagliata, riportiamo i dati epidemiologici salienti degli ultimi sei anni (Tabella 1).

	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Ricoveri	206	201	191	183	180	186
Ricoverati	149	147	145	144	138	146
Ricoveri ripetuti	10	26	13	11	12	12
Ricoveri ripetuti a 7 gg	10	0	6	6	4	10
Giornate degenza	1719	1596	1567	1427	1287	1537
TSO	11	16	4	8	12	11

Tabella 1. Dati epidemiologici riguardanti l'utenza del SPDC di Grosseto dal 2008 al 2013.

Il bacino di utenza che afferisce al SPDC di Grosseto è di circa 120.000 abitanti, con una popolazione adulta di 90.000 abitanti; si può apprezzare come nel corso degli ultimi 5 anni ci sia stata una complessiva tenuta del Servizio. Dalla tabella riportata possiamo osservare che c'è un trend in diminuzione del numero dei ricoveri, dei ricoverati e dei ricoveri ripetuti. Il numero dei TSO si mantiene relativamente basso. Sebbene non statisticamente significativo, ciò è indice di un funzionamento costante nel tempo sia del filtro territoriale che della gestione specifica del SPDC, nonostante l'importante diminuzione del personale che si è osservata negli ultimi anni e che ha comportato un calo delle risorse umane.

A Grosseto, l'organizzazione è basata sul principio di continuità di cura: vi è un' équipe unica tra territorio ed ospedale, per cui i medici lavorano sul territorio, ma sono impegnati anche in turni diurni e notturni in SPDC (guardia attiva sulle 24 ore). Abbiamo due infermieri per turno, oltre ad un OSS di supporto nei turni diurni feriali, con lo specifico compito di garantire l'apertura della porta. Per gli infermieri è previsto un analogo programma di turnazione tra ospedale e territorio, ma con fasi temporalmente più lunghe. Alcuni fanno parte di un gruppo, denominato *pool*, che turna sul territorio facendo in modo che, durante i notturni ed i festivi, ci sia almeno un infermiere a garantire le attività territoriali, da poter eventualmente chiamare in aiuto agli infermieri presenti in ospedale in caso di necessità, come ad esempio per migliorare un'azione di contenimento relazionale. Non contenzione, dunque, ma contenimento. E' accaduto talora, invece, di aver impiegato gli infermieri che lavoravano dentro l'ospedale per le attività territoriali, avendo chiuso il SPDC per alcuni giorni per azzeramento dei ricoveri. Dalle testimonianze di altre esperienze italiane emerge quanta importanza rivesta, giustamente, un'operazione di collegamento e di intersezione fra ospedale e territorio. Noi abbiamo questo vantaggio: con un'équipe unica questo tipo di passaggio risulta più naturale.

Chiaramente resta fondamentale la massima attenzione nei passaggi di consegne, così come rispetto a tutto ciò che accade dentro il SPDC; ciò è garantito dalla presenza della Responsabile tre volte a settimana, nonché da una supervisione costante da parte del Direttore del DSM.

Da un punto di vista organizzativo ci impegniamo ad aderire alle procedure di accreditamento ed alle "buone pratiche". Abbiamo istituito dei Registri, come il Registro della porta aperta ed il Registro degli eventi sentinella, tra i quali è annoverata la contenzione come anomalia nel processo terapeutico-assistenziale che non avrebbe dovuto verificarsi. Sebbene dal 2007, dopo un lungo periodo di "minimizzazione", non sia stata più praticata alcuna contenzione, abbiamo voluto comunque istituire un Registro delle contenzioni in modo che, qualora si rendesse strettamente necessaria, ci si attenga a sistemi corretti ed adeguati e, soprattutto, perché l'accaduto sia ben documentato per poterne discutere e potervi riflettere. La stessa apertura della porta non rappresenta un pregiudizio ideologico, bensì una valutazione tecnico-culturale che il gruppo dei curanti è chiamato a rinnovare ogni giorno.

Riconosciamo un'importanza primaria anche alla corretta compilazione delle cartelle cliniche. La modulistica sistematicamente utilizzata con le persone che accedono al Servizio comprendono: 1) un modulo per la privacy; 2) un consenso informato sull'accettazione del ricovero, terapie ed esami; 3) una scheda terapeutica unica computerizzata, che ha sostituito quella scritta sia sulla cartella medica che sulla bacchetta infermieristica e che consente di minimizzare il rischio di errore legato alla trascrizione; 4) la lettera di dimissioni, indirizzata al medico di famiglia, dove viene sintetizzato il decorso della degenza, trascritta la terapia e tracciato il programma post-dimissione: al paziente viene fissato un appuntamento entro 7 giorni.

COMMENTI: SPDC come relazione

Oltre alle procedure, è di fondamentale importanza il lavoro che viene fatto sul clima interno, foriero di informazioni quando si entra in un contesto: esso permette, entrando in un ambiente, di respirare, annusare l'aria che c'è, percepire qual è la situazione anche in maniera impalpabile. Il lavoro sul clima interno passa obbligatoriamente dalla condivisione di una cultura di gruppo. La politica è di trasparenza e di condivisione delle procedure, per cui periodicamente vengono indette riunioni d'équipe.

Oltre alle attività che si svolgono dentro al Servizio, garantiamo attività di consulenza, pratica di *liaison* su richiesta degli altri *setting*, in particolare del Pronto Soccorso. Rispetto ai rapporti con il Pronto Soccorso è stato stilato nel 2013 un nuovo protocollo d'intesa, in sostituzione del precedente che datava al 2000, in concomitanza con l'inaugurazione del nuovo SPDC. Spesso lo psichiatra viene chiamato per situazioni eclatanti, o di agitazione psicomotoria, che non hanno una vera e propria base psicopatologica: è quindi fondamentale una collaborazione, soprattutto nei riguardi di persone non note al Servizio, per formulare una buona diagnosi differenziale e, conseguentemente, definire il percorso terapeutico più idoneo. La finalità del ricovero in SPDC, infatti, non è soltanto la gestione dell'acuzie e la gestione delle emergenze clinico-sociali, ma anche la gestione di crisi ambientali. Talora utilizziamo il momento del ricovero per migliorare la definizione diagnostico-terapeutica ed i tempi di degenza medi sono piuttosto brevi (circa 7-10 giorni). La crisi, quale momento dinamico di cambiamento, offre delle opportunità, per cui è importante non bloccarne le linee evolutive; essa va letta non solo come sofferenza del soggetto, ma come crisi dell'intero sistema, del contesto d'appartenenza ed anche dello stesso sistema curante. Interrogarsi rispetto ai programmi, agli interventi operativi ed ai modelli organizzativi in atto rappresenta un'indiscutibile occasione di arricchimento per

l'équipe. A questo proposito, Arendt scrive: "Una crisi ci costringe a tornare alle domande; esige da noi risposte nuove o vecchie, purché scaturite da un esame diretto; e si trasforma in una catastrofe solo quando noi cerchiamo di farvi fronte con giudizi preconcepiuti, ossia pregiudizi, aggravando così la crisi e per di più rinunciando a vivere quell'esperienza della realtà, a utilizzare quell'occasione per riflettere, che la crisi stessa costituisce" [1].

La relazione terapeutica è il nostro strumento terapeutico principale: sono fondamentali le azioni di accoglimento, contenimento, integrazione, costruzione e ricostruzione dirette non solo alla persona in crisi, ma anche al sistema famiglia-contesto ed all'équipe di riferimento, atti che si esplicano attraverso colloqui individuali e terapie familiari, incontri tra operatori incentrati sul "caso" e/o gruppi di reparto ad impostazione cognitivo-comportamentale. Rispetto all'équipe curante, la crisi di una persona seguita intensivamente può elicitare un senso di impotenza, di fallimento. Il momento del ricovero può, quindi, rappresentare un'occasione per ampliare la rete e condividere una presa in carico particolarmente difficile, per contenere le difficoltà a cui è sottoposta l'équipe e ricomporre le proiezioni di parti scisse. Si ridefiniscono i contenuti espressi e le relazioni, si media la comunicazione tra famiglia, contesto e utente ed operatori in gioco. Ciò significa integrazione dei significati, degli aspetti esistenziali, clinici, familiari e psico-sociali della crisi stessa.

Nell'ottica di una salute mentale di comunità pensiamo che sia importante avere una concezione più comunitaria del Servizio, in costante connessione con il mondo esterno [2]. In quest'ottica il regime delle porte aperte e del no-restraint è frutto di un lungo lavoro non solo sulle caratteristiche strutturali e di funzionamento del servizio, ma soprattutto sulla rete sociale della comunità, chiamata nel tempo ad assumere le proprie responsabilità nel rinnovamento culturale della gestione della sofferenza

mentale, a partire dai propri rappresentanti istituzionali (v. il Protocollo per la gestione dell'emergenza psichiatrica e dei TSO con Servizi Sanitari, Istituzioni e Forze dell'Ordine, [3]).

Infine, non passa inosservata la crescente richiesta, per lo più informale, di un aiuto specifico per problemi di salute mentale da parte degli operatori sanitari ed un incremento di richieste da parte della Medicina del Lavoro, dati che ancora una volta pongono l'accento sulla necessità che il Servizio Psichiatrico si costituisca come uno spazio di relazione con le realtà che la circondano.

Bibliografia

[1] Arendt H. *Tra passato e futuro*, Garzanti, Milano (1991).

[2] Corlito G. *Per il nuovo servizio di salute mentale*, Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, n. 2 (2011).

[3] http://www.regione.toscana.it/documents/10180/23345/sa4709_toscana/421677c6-6d39-4298-a29e-53674ef26c41