

TITOLO

LA REALTÀ QUOTIDIANA NEGLI SPDC NO-RESTRAINT, L'ESPERIENZA DI MANTOVA: PORTE APERTE DAL 1978, NO-RESTRAINT DAL 1990

AUTORI

Giovanni Rossi (1), Debora Bussolotti (2)

(1) già direttore del DSM di Mantova, attivo in associazioni di volontariato

(2) responsabile della struttura semplice SPDC di Mantova

Inviato il 7 gennaio 2014, rivisto il 20 aprile e accettato il 2 maggio 2014

PARTE PRIMA : I FATTORI AMBIENTALI di Giovanni Rossi

Il 3 giugno 1978, 21 giorni dopo l'approvazione della legge 180, veniva aperto l'SPDC di Mantova. Da quel momento un insieme di fattori ambientali e professionali ne avrebbero garantito i caratteri open door, da subito, e no-restraint, dal 1990.

In questa prima parte prenderò in considerazione i fattori ambientali. Nel trattarli potranno essere usati come sinonimi gli aggettivi "esterno" e "di contesto".

L'SPDC non era ancora aperto ed il primo fattore esterno era già in campo. Era costituito dalla Amministrazione dell'Ospedale di Mantova, cui competeva la decisione sul come e quando farlo partire.

Si deve a quei politici, schierati nei partiti di centro sinistra e, soprattutto, dalla parte delle istituzioni, la decisione di aprirlo immediatamente e di collocarlo nel nuovissimo reparto, posto al piano terra dell'ala più nuova dell'ospedale. Doveva essere il reparto di chirurgia estetica, diveniva seduta stante il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Grazie a quella apertura di credito ed alla comodità e sicurezza degli ambienti fu possibile partire con il piede giusto sin dal primo ricovero del 3 giugno 1978 quando il

primo paziente vi entrò assieme ad un medico e ad una infermiera (il primo fattore professionale).

Quella coppia, come i colleghi che li accompagnarono, proveniva dall'esperienza di apertura chiusura dell'ospedale psichiatrico ed aveva ben chiaro il diverso significato di parole quali cura e custodia. Era stato aperto il manicomio e, dunque, era naturale che anche le porte del nuovo SPDC rimanessero aperte. Era stato molto ridimensionato, ma non risolto il problema delle contenzioni meccaniche, e, dunque, si ritenne che si dovesse procedere verso il loro superamento, anche nel nuovo reparto.

Abbiamo così introdotto quello che ci è sempre parso il tratto, non sappiamo se unico o comune alle altre esperienze, che ha determinato la realtà quotidiana, lo scorrere della vita, nell'SPDC di Mantova.

Il convivere di due gruppi di fattori: quelli professionali e quelli ambientali, nel modulare aspettative, comportamenti, stili comunicativi, culture dell'esperienza no-restraint mantovana.

Per questa ragione abbiamo ritenuto di scomporre questa relazione in due parti. Affidandone la prima parte, relativa ai fattori ambientali, ad una voce ora esterna. Mentre la seconda parte, relativa ai fattori professionali, sarà svolta dall'attuale responsabile dell'SPDC.

Si badi bene, ci teniamo a ripeterlo, non si tratta di definire prima la cornice, per poi descrivere il quadro. Oppure di dare prima una visione da lontano, e poi entrare nel dettaglio. Non è così. Piuttosto ci preme sottolineare come una comune cultura possa permeare ambiente e professione, portando mutuo soccorso a quella delle due parti che stia attraversando un momento precario.

Detta in altri termini a Mantova si è creata una cultura no-restraint diffusa. Se è vero che gli operatori dell'SPDC non sanno nemmeno più come si applichino le cinghie di

contenzione, è altrettanto vero che le istituzioni e l'opinione pubblica mantovana danno per scontato che un SPDC non le debba usare e debba essere aperto.

Sono 35 anni, dal 1978, che l'SPDC di Mantova ha le porte aperte. Sono 23 anni, dal 1990, che è no-restraint. A parte Trieste, che sta al no-restraint come il Brasile sta al calcio o gli All-blacks al rugby, possiamo dire che quella di Mantova è l'esperienza più longeva.

Senza dilungarci in dati quantitativi, ci limitiamo a segnalare che in questo arco temporale sono circa 12.000 i mantovani che sono stati ricoverati.

Come è facile comprendere - visto il tempo ed il numero delle persone passate - le variabili entrate in gioco nella realizzazione e mantenimento dell'esperienza no-restraint sono state multiverse.

Si pensi ad esempio al fatto che dal 1978 ad oggi si sono succeduti 6 direttori/primari, 6 responsabili medici dell'SPDC, 6 coordinatori infermieristici, e decine e decine di infermiere/i da quelli, formati nel manicomio e nel suo superamento a quelli che vengono dalla laurea in discipline infermieristiche. Ma dei fattori professionali dirà più avanti Debora Bussolotti.

Veniamo a considerare i principali fattori ambientali che agiscono nella quotidianità no-restraint.

In questa sede, per brevità, ne daremo solamente una classificazione e porteremo un esempio per ciascuna categoria.

È bene però ricordare che ciascun fattore seppur con alti e bassi è sempre stato attivo in tutti questi anni.

Primo fattore ambientale : il riconoscimento nella città

Il riconoscimento delle istituzioni locali è fondamentale perché garantisce e valorizza. Garantire significa difendere il gruppo professionale e la struttura. Valorizzare significa dare credito al servizio. In sostanza il riconoscimento delle istituzioni agisce sulla responsabilità degli operatori sottolineandola in termini di fiducia. Il Sindaco di Mantova ha premiato con l'edicola di Virgilio, attribuita ai mantovani che si sono distinti per le loro opere, gli operatori dell'SPDC di Mantova in occasione dei 25 anni di apertura. Gli operatori contraccambiarono regalando un portavasi fatto con le cinghie di contenzione.

Secondo fattore ambientale : il riconoscimento presso l'opinione pubblica

L'opinione pubblica è fondamentale nel creare aspettative. Se è vero che la sanità è l'unico mercato in cui è l'offerta a creare la domanda, è altrettanto vero però che le modalità di risposta alla domanda possono variare in funzione di un'aspettativa diffusa. Così se ci recheremo ad uno sportello maldisposti saremo meno tolleranti rispetto al tempo di attesa, ogni minuto durerà soggettivamente di più. Viceversa se ben disposti troveremo elementi piacevoli anche nell'attesa. Una conversazione ad esempio potrà fare passare il tempo più velocemente.

Analogamente se l'opinione diffusa alimenta l'aspettativa di trovare in SPDC un ambiente aperto sarà più probabile che lo sia davvero. Soprattutto se l'opinione diffusa coincide con l'opinione pubblica ufficiale. La *Gazzetta di Mantova* è da sempre l'organo dell'opinione pubblica mantovana. Con una battuta a Mantova si dice che non sei morto se non compari sulla penultima pagina della *Gazzetta*, quella dei necrologi. La *Gazzetta di Mantova* ha sempre sostenuto la legge 180 e l'esperienza no-restraint ed è impegnata a fare comunicazione sui temi della salute mentale in maniera positiva, senza sensazionalismi.

Il direttore della Gazzetta ha partecipato ad un forum di Rete 180 sul tema "stampa e salute mentale". Rete 180 è la voce di chi sente le voci, una radio web fondata nel 2003, fatta da persone che hanno o hanno avuto problemi di salute mentale.

Terzo fattore ambientale : il riconoscimento presso i tutori dell'ordine pubblico

La signora Gianna Schiavetti era una persona con parecchi problemi. Lei li vedeva in modo opposto rispetto agli psichiatri, alcuni in particolare. I TSO si susseguivano uno dietro l'altro. Con pazienza passo dopo passo siamo riusciti a costruire una relazione, partendo dal rispetto delle regole che mano a mano venivamo negoziando. Gianna ha potuto trasformare in risorse la sua inclinazione al sogno ad occhi aperti ed il suo carattere combattivo. Il suo record di TSO (35) si è trasformato in esperienza che le è servita a condurre una trasmissione radiofonica ed a pubblicare un libro, nel 2008, "Curarsi da soli, psichiatri permettendo" , presso Stampa Alternativa. Le è stato accanto Ildebrando Volpi, comandante della polizia locale di Mantova. Sono accomunati dal fatto che anche Volpi è uno scrittore, di gialli.

Il rapporto con i tutori dell'ordine pubblico mantovano rappresenta un punto di forza. Si è costruito negli anni. Certo per la disponibilità dei reciproci responsabili, ma anche per un lavoro costante di formazione incrociata, basato essenzialmente sullo scambio di esperienze e su momenti strutturati di formazione, nei quali i casi critici venivano discussi con un gruppo di vigili urbani.

La presenza delle forze dell'ordine, anche nel reparto se necessario per gestire momentanei problemi di ordine pubblico, ha di fatto allargato la tematica del no-restraint anche agli operatori della sicurezza. Va segnalato che il riconoscimento da parte dei tutori dell'ordine pubblico dell'esperienza no-restraint si basa sulla interdipendenza delle pratiche piuttosto che su protocolli scritti.

Quarto fattore ambientale : il riconoscimento presso la magistratura

Nell' SPDC di Mantova, ovviamente, si sono verificati incidenti, anche gravi. Allontanamenti dal reparto clamorosi: per esempio un paio di fughe, utilizzando per allontanarsi un'ambulanza e soprattutto alcuni suicidi.

La magistratura, come suo dovere, ha sempre sottoposto a verifica questi episodi tragici e dolorosi, anche per gli operatori. In alcuni casi le indagini sono state sollecitate dai parenti delle vittime. In nessun caso le indagini hanno superato la fase preliminare, esitando nella archiviazione.

In un caso, ad esempio, il magistrato si è espresso riconoscendo che non vi era alcuna relazione tra la condotta professionale di medici ed infermieri e l'evento, dato che tutte le possibili attività erano state eseguite nel modo migliore. E ricordato che "i principi ispiratori della legge 180 del 1978 che ha comportato il passaggio da un'assistenza del malato di tipo sostanzialmente contenitivo ad un sostegno di carattere principalmente terapeutico, hanno garantito la libertà del paziente psichiatrico di sottoporsi a cure mediche e la sua dignità di persona...", affermava che "non è possibile dimostrare l'esistenza di un rapporto causale fra la condotta omissiva e l'evento morte., essendo il suicidio per definizione la realizzazione di un rischio che è insito nell'impostazione terapeutica seguita dai medici e rimane un atto multideterminato e cioè il risultato di numerosi fattori che possono essere di carattere individuale, clinico, interpersonale, situazionale, privo di prevedibilità".

Quinto fattore ambientale: il riconoscimento "scientifico"

Spesso le esperienze no-restraint vengono etichettate come buone in quanto dettate da motivazioni umanitarie e basate sul sacrificio degli operatori. Non è così, anche se una certa refrattarietà a documentare le pratiche no-restraint la dobbiamo riconoscere.

L'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) ha da alcuni anni costituito un osservatorio delle buone pratiche, cui si può accedere per trovare esempi pratici e certificati di pratiche che consentano di migliorare il proprio servizio sanitario. L'Agenas ha anche emesso alcune raccomandazioni, che indirizzano i servizi nei percorsi di miglioramento. Una di queste, la numero 8, raccomanda la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.

Ebbene, dal 2010 l'esperienza no-restraint dell' SPDC è certificata da Agenas come adatta a realizzare quella raccomandazione, a conferma che il lavoro no-restraint non solo fa bene ai pazienti, ma anche migliorare la qualità del lavoro degli operatori.

Sesto fattore ambientale : il riconoscimento nell'ospedale

Ad esempio l'SPDC è stato visitato da una delegazione norvegese. Circa un'ora dopo la visita accadde un fatto gravissimo. Un ragazzo, ricoverato in SPDC, si gettò dal quarto piano, nello spiazzo antistante la mensa aziendale affollata, nella quale, stavamo pranzando con gli ospiti norvegesi. La situazione era gravissima. Ora sappiamo che quel ragazzo si è salvato e si è ripreso, ma allora temevamo tantissimo. Dovevamo occuparci del ragazzo e dei suoi familiari, gestire il nostro senso di fallimento e continuare il colloquio con i norvegesi. Fu in quella occasione che comprendemmo che godevamo del riconoscimento dell'ospedale. Le decine di operatori presenti, che ne avevano le competenze, intervennero immediatamente, gli altri ci mostrarono in tanti modi, anche successivamente, il loro rispetto.

L'SPDC, un fiore all'occhiello per la città, il cui credito migliora il buon nome di Mantova

In sostanza la consapevolezza della interazione tra i fattori ambientali e quelli professionali nel generare la qualità no-restraint dell'SPDC sviluppa il classico circuito

della reciprocità e del civismo. Prende sostanza un termine oggi spesso abusato: condivisione.

Tutti si sentono parte del risultato, nessuno pensa che l'avrebbe raggiunto da solo. Il buon nome dell'SPDC coincide con il buon nome della città. Diviene il fiore all'occhiello: se persino lì la qualità della vita è buona.....

Per questa ragione, ad esempio, la consegna del portafiori, fatto con le cinghie di contenzione, al Papa da parte di una delegazione di persone con problemi di salute mentale ed operatori diviene un fatto in cui tutta la città, ed il suo buon nome, può riconoscersi.

L'intervento di advocacy in caso di crisi di uno o più fattori ambientali

In definitiva quello che si è voluto qui sottolineare è la dimensione corale della esperienza no-restraint mantovana. Essa non è dipesa da un'unica figura di riferimento o da un unico decisore.

La controprova di tale interdipendenza si è avuta nel 2012, quando l'Azienda Ospedaliera "Poma", da cui dipende l'SPDC di Mantova, ha fatto scelte in contrasto con il modello no-restraint. Senza entrare nel dettaglio mi limito a ricordare che la stessa azienda gestisce anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Questo OPG viene visto da alcuni come il modello da imitare per superare gli OPG gestiti direttamente dal Ministero di Giustizia. L'OPG di Castiglione viene proposto come la migliore delle soluzioni "restraint" possibili. Questo progetto incontra il favore della quasi totalità degli psichiatri che dirigono i DSM lombardi e della amministrazione regionale. Chiunque capisce che se si adotta il modello restraint (anche il migliore possibile) questo metterà in crisi il modello no-restraint che si basa su principi e pratiche non compatibili. Tuttavia non appena si sono manifestati i segni della crisi nell'SPDC di Mantova, si è sviluppato un movimento di advocacy, organizzato da

cittadini, operatori, familiari, associazioni di volontariato, avvocati, sindaci e sindacati. In sostanza quelli che abbiamo chiamato fattori ambientali si sono mobilitati a sostegno del progetto no-restraint.

Nel momento in cui veniva meno la disponibilità dei responsabili gestionali, si strutturava un soggetto in grado di ottenere, attraverso una azione di advocacy, che l'esperienza no-restraint dell' SPDC di Mantova non venisse interrotta. E così il gruppo professionale ha potuto uscire dalla situazione di criticità¹. Questa esperienza dimostra quanto sia utile la presenza nel tessuto sociale della città di sentinelle che segnalano il pericolo appena i primi segnali di fumo si alzano dal bosco.

¹Il volontariato di advocacy si caratterizza infatti per l'attivazione di vertenze perché i servizi pubblici siano effettivamente nella disponibilità dei cittadini. Nel caso specifico di Mantova questa funzione è stata assunta da "Mi Riguarda Osservatorio per la cultura della salute mentale e di lotta allo stigma". "Mi riguarda" sottolinea che la sua funzione è quella di dare concretezza ai diritti alla salute, alla libertà personale ed alla non discriminazione ed è composto da cittadini, persone con il problema, familiari, avvocati, operatori, amministratori pubblici, giornalisti e sindacalisti.

PARTE SECONDA : I FATTORI PROFESSIONALI di Debora Bussolotti

Professionisti, organizzazione, orgoglio professionale

Lo stile no-restraint è il tratto identitario principale del nostro gruppo di lavoro. L'orgoglio per una professionalità tramandata di generazione in generazione, tra persone unite da una comune visione della sofferenza psichica e dei percorsi di cura e riappropriazione della vita è stato ed è un potente propulsore motivazionale.

Siamo un team composto da 13 infermieri full-time (6 donne e 7 uomini), 3 part-time, 3 OSS, 1 OTA, una coordinatrice infermieristica e 4 medici. Gli psichiatri sono posti volutamente alla fine del nostro elenco, perché siamo convinti che questo stile di

lavoro si fonda elettivamente sulla motivazione professionale di chi fa assistenza. L'incontro tra medico e degente avviene nel setting del colloquio: una vera e propria cornice protettiva, con i propri tempi e la propria ritualità. È l'infermiere, in cambio, a trascorrere le proprie ore di servizio in un contatto continuo e non strutturato con il paziente ed è la qualità della sua prossimità e del suo ascolto la chiave del successo di questo stile terapeutico.

Vorremmo ora sintetizzare i principi e gli elementi organizzativi cardine della nostra operatività:

- (1) Non sono le peculiarità positive individuali che consentono un funzionamento no-restraint, ma la capacità di funzionare da autentico gruppo di lavoro in senso bioniano: di capire e restituire integrando sensibilità, esperienze e ruoli.
- (2) Il no-restraint è lavoro corale di SPDC, CPS, CD, CPA e CPM, Azienda Ospedaliera, Polizia Municipale, Amministrazione locale e territorio nel suo insieme.
- (3) La manutenzione del funzionamento gruppale deve essere continua ed accurata. Ogni giorno si tengono due riunioni dell'equipe di reparto. Ogni settimana il medico di riferimento territoriale e la microequipe del CPS vengono in SPDC per l'incontro con il degente e la sua famiglia o la sua rete naturale di supporto, per la progettazione terapeutica e l'analisi delle criticità. Si realizzano sistematiche attività di supervisione gruppale.
- (4) Il reparto è aperto tutti i giorni, dalle 7 alle 21. Nelle ore notturne la porta è chiusa all'esterno, ma si apre a spinta dall'interno. Durante la notte viene applicato un allarme sonoro che si attiva in caso di apertura.

- (5) La permeabilità tra interno ed esterno è promossa anche attraverso le uscite con gli operatori territoriali di riferimento, i permessi a domicilio con i familiari, la presenza delle associazioni dei familiari in reparto.

Attualmente il nostro SPDC presenta carenze infrastrutturali significative. Dispone di una sola sala-refettorio per le attività gruppali e di uno spazio esterno estremamente esiguo (due panchine davanti al reparto). Questo limite dovrebbe risolversi a breve, perché l'Azienda Ospedaliera sta attrezzando un'area verde attigua con gazebo ed un percorso vita ad hoc.

Per concludere vorremmo condividere una riflessione su un rischio crescente di uso iatrogeno degli SPDC in rapporto a gap dell'offerta terapeutico-riabilitativa dei Servizi di Salute Mentale. In particolare, ci preoccupa il rischio di ricovero "sine die" o di revolving door dei giovani adulti multimpulsivi (Doppie Diagnosi, Disturbi di Personalità Borderline, Antisociali e la vaghissima categoria dei NAS). Questi adolescenti o tardo adolescenti rischiano oggi di divenire gli indimissibili per antonomasia: le famiglie "ne hanno paura e non se la sentono più di tenerli in casa e le comunità li ritengono "ad altissimo rischio medico legale" e li rifiutano. Nel Mantovano, ad esempio, non ci sono comunità per giovani utenti, se non in un regime di media protezione, ma in questo caso la protezione è per definizione alta. Le CPA della nostra zona hanno utenti maturi e spesso residuali. Non rimane che mandare "lontano". Gli scenari prevalenti, a questo punto, sono due. Il primo: il ragazzo rifiuta l'allontanamento e si ripete ad oltranza la spirale PS-SPDC-CASA-PS-SPDC. Il secondo è quello di esperienze comunitarie positive, dove, però, la distanza dal luogo di residenza limita in modo molto significativo la possibilità di un percorso terapeutico sul contesto familiare, sintonico al percorso riabilitativo comunitario. Spesso in questi casi

il rientro a domicilio si accompagna ad una ripresa più o meno rapida delle dinamiche relazionali disfunzionali sottese all'eclatanza comportamentale.

Ecco, dunque, tornare in conclusione il tema del no-restraint come modalità di lavoro di un intero Servizio di Salute Mentale, dove non si custodisce la devianza comportamentale, ma si attivano nei contesti naturali di vita progettualità ad autentico significato evolutivo.

Bibliografia essenziale

Agenas (2010) <http://buonepratiche.agenas.it/practices.aspx>

Schiavetti G. *Curarsi da soli, psichiatri permettendo*. Stampa Alternativa, Viterbo. 2008.

Volpi I. *Le regole d'oro*, Tre Lune Editore, Mantova. 2004.