

## **TITOLO**

## **L'ESPERIENZA DI TRIESTE**

## **AUTORI**

Alessandro Barberio (1), Angelo Bessio (2), Sabina Cosina (3)

(1) Psichiatra Centro psichiatrico di Trieste

(2) Infermiere SPDC di Trieste

### **Alessandro Barberio**

Io sono psichiatra e lavoro presso l'SPDC dell'Ospedale Civile di Trieste e sono l'unico medico psichiatra incaricato di questa struttura complessa e svolgo tuttora una funzione di coordinamento. Il primario della struttura attualmente è la Dottoressa Signorelli che, quest'anno ha anche funzioni di responsabile all'interno del reparto di salute mentale. Nel 1977 venne istituita la "reperibilità psichiatrica" presso l'Ospedale Civile. Con Basaglia dal 1974 a Trieste la disarticolazione e la trasformazione dell'ospedale psichiatrico era ancora funzionale ed era aperta l'accettazione del "manicomio". L'istituzione della reperibilità rappresentava un modo per favorire, questo processo di cambiamento. Generalmente le persone venivano valutate dal medico del Pronto Soccorso ed eventualmente inviate direttamente all'accettazione del manicomio. Prima questa valutazione e questo filtro intermedio, rappresentato dalla "reperibilità psichiatrica", non c'era. Il servizio di reperibilità nasce come conseguenza sia di un cambiamento amministrativo e culturale sia per il recepimento di alcune linee guida. Tuttavia, storicamente, l'occasione per la nascita

della "reperibilità psichiatrica" fu rappresentata da uno sciopero dei portantini, accompagnatori e barellieri dell'Ospedale Civile. Quest'ultimi manifestarono il loro rifiuto nell'accompagnare i pazienti dal Pronto Soccorso all'accettazione del manicomio. I motivi di questo rifiuto furono oltre che ideologici anche di garanzia e di sicurezza. Il motivo ideologico riguardava il rischio che l'accompagnamento stesso comportava: spesso e volentieri infatti le persone erano legate; una volta arrivate all'accettazione del manicomio venivano valutate da un'equipe (messa su, all'epoca, da Basaglia), e frequentemente liberate dagli psichiatri che iniziavano a lavorare da quel momento. Lo sciopero determinò così l'istituzione della "reperibilità psichiatrica". Questo meccanismo garantiva la presenza di uno psichiatra reperibile H 24 (nelle ore diurne accompagnato da un infermiere) che si spostava su chiamata del Pronto Soccorso, faceva la propria valutazione e decideva la presa in carico senza passare dall'accettazione. Di lì a breve, l'accettazione venne definitivamente chiusa e tutto il lavoro venne spostato gradualmente sulla presa in carico territoriale attraverso il CSM. Quindi nel 1980 si determinò la chiusura definitiva dell'accettazione dell'OPP contemporaneamente all'inaugurazione del servizio di guardia psichiatrica.

L'odierno SPDC aveva 8 posti letto per l'osservazione temporanea e per 10 anni fu ospitato in luoghi molto angusti costituiti da uno stanzino adibito a farmacia, una piccola stanza e due stanzoni con alcune brandine. All'epoca l'equipe era composta da 15 infermieri, uno psichiatra H 24 (nel senso che la notte c'era una guardia attiva e poi successivamente una reperibilità) e un medico assegnato al servizio. Il resto dei turni erano coperti a rotazione, come accade tuttora, da tutti i colleghi che facevano parte del dipartimento di salute mentale. Tutt'oggi questo sistema può ovviamente creare in alcuni momenti di tensione, confusione e caoticità, ma permette tuttavia di avere quel tipo di intervento molto elastico e flessibile anche in tempo reale e di interfaccia diretta con il CSM.

Fin dall' inizio, la "reperibilità psichiatrica" ha svolto una funzione di filtro soprattutto nelle situazioni di competenza non psichiatrica, consentendo approfondimenti medico-diagnostici qualora lo psichiatra lo ritenga opportuno. I casi che non necessitano di ricovero e presentino condizioni mediche stabili, vengono e venivano inviate presso il CSM, in casi rari anche durante la notte. Ciò deve essere concordato generalmente per situazioni che devono essere tenute in osservazione la notte e valutate dallo psichiatra e dall'equipe infermieristica dell'SPDC. Per i casi particolari di persone non conosciute, di un esordio oppure in presenza di accordi con il CSM si può decidere per un'osservazione prolungata presso l'SPDC. Fra le persone, che arrivano in consulenza durante la notte, raramente ci sono situazioni particolari di trasferimento da un altro centro.

Dal 1980 i CSM sono attrezzati con posti letto H 24. Iniziarono con una media di 8 posti letto per CSM: vi erano 4 o 5 CSM, poi, dal maggio 2006, sono stati gradualmente ridotti con una distribuzione anche del territorio.

Attualmente abbiamo una nuova sede sempre all'interno dell'ospedale maggiore che è decisamente più accogliente e spaziosa. Noi riteniamo, lavorandoci, che potrebbe essere ancora migliorata. Facciamo parte dell'azienda territoriale e questo ci permette di avere anche una dialettica, una contrattazione di un certo tipo soprattutto con il Pronto Soccorso Ospedaliero, cosa che in questi anni purtroppo è rimasta un nodo molto critico e conflittuale. Il personale medico è costituito dal primario attualmente responsabile facente funzione del DSM e da uno psichiatra assegnato al servizio, (il sottoscritto), che insieme ai colleghi del dipartimento coprono i turni di guardia secondo una rotazione predefinita. Il personale infermieristico è costituito da una coordinatrice infermieristica, Daniela Babich, e 13 infermieri turnisti ed un fuori turno (uno solo in avviso). Questa più o meno è l'equipe stabile e tutto il lavoro che è stato

fatto a Trieste, è stato possibile sicuramente grazie al supporto e al lavoro continuativo di tutte le donne e di tutti gli uomini che hanno fatto parte del dipartimento di salute mentale. Dall'apertura dell'SPDC non è mai stato necessario l'utilizzo di mezzi di contenzione fisica. Le porte sono aperte H 24, anche di notte la porta dell'SPDC è apribile dall' interno per mezzo di una porta taglia fuoco. Dalle 20.00 in poi per entrare dall'esterno bisogna suonare. Questo modo di gestire e organizzare l'SPDC (6 posti letto) è leggero, agile e aperto al territorio. Questa apertura al territorio è resa possibile dal fatto che già da molti decenni la legge 180 viene applicata sul territorio. I CSM hanno, come prevede la legge, dei posti di ricovero, ci sono inoltre dei luoghi aperti al territorio che fanno una presa in carico territoriale. L'SPDC non deve obbligatoriamente avere più posti letto: noi abbiamo constatato per esperienza diretta (confermata dai dati in letteratura) che avere più di un determinato numero di posti letto non può che aumentare la sofferenza dell'equipe e la sofferenza dell'organizzazione. Avere un maggior numero di posti letto nello stesso luogo significa gestire più situazioni critiche contemporaneamente favorendo il rischio di incidenti e una eventuale deriva nella contenzione fisica.

Facendo riferimento a quanto detto da Dodaro: è vero, c'è anche una responsabilità di diritti e di doveri a partire dal primario e poi a scendere. Mi chiedo quanto questo ci possa essere anche esternamente al luogo di lavoro: quando appunto si lavora in un SPDC di un certo tipo. Infatti non esistono altri CSM con posti di ricovero come previsto dalla legge 180 che tuttora non è applicata in maniera uniforme in tutta Italia.

Si sta lavorando per fare in modo che la legge 180 venga applicata uniformemente e si stanno proponendo delle modifiche. Nel momento in cui un'azienda provinciale o territoriale inizia anche a non farla applicare, a ridurre le risorse che sono già scarse

rispetto alla presa in carico territoriale, non può che aumentare una deriva oltre che di degrado anche di delega alle stesse forze dell'ordine o alla magistratura.

## **Angelo Bessio**

Lavoro in SPDC di Trieste da 14 anni. La nostra struttura ha sei posti letto, porte aperte 24 ore su 24 e un orario di visite dalle 8 alle 20. A volte si va oltre questo orario per esigenze di servizio. Per l'accoglienza, essendo l'unico servizio a Trieste con l'SPDC, si accolgono le persone 24 ore su 24 per un'area vasta che comprende Trieste e la provincia di Gorizia. L'organizzazione della giornata è simile a quella delle altre strutture: si ha il passaggio di consegne seguito dalla gestione delle struttura e dalla gestione personalizzata degli assistiti per la quale si cerca di valutare i bisogni delle persone caso per caso.

Per quanto riguarda i permessi non abbiamo dei protocolli ma si agisce caso per caso. Abbiamo infatti valutato che non può esserci un protocollo applicabile a tutti: ogni persona ha i suoi bisogni. Ci siamo permessi di fare cose che a descriverle fanno sorridere. Per esempio ci siamo trovati ad accompagnare a casa un paziente ricoverato in TSO che per far fronte alla sua necessità di prendersi cura del proprio gatto. Nell'esempio, il tornare a casa, rappresenta, per la persona, un fabbisogno primario e quindi non trascurabile. In altre situazioni, se non lo si ritiene opportuno perchè si considera che la persona non sia ancora pronta per l'uscita sia da sola che accompagnata gli si fa capire che per il momento non si può. In linea di massima non ci sono stati problemi per quanto riguarda la contenzione: non c'è nessuna contenzione fisica e non ne ho mai vista una. Da sette anni abbiamo la fortuna di avere una struttura particolarmente nuova, quindi abbiamo dei letti non proprio ospedalieri, abbiamo comuni letti bassi. Come abbiamo detto prima le porte sono

sempre aperte ed è un habitat molto confortevole, anche gli ospiti che vengono a visitare il servizio rimangono positivamente colpiti, la struttura piace.

Le crisi vengono gestite caso per caso: le crisi non sono mai le stesse e una persona non ha mai la stessa crisi di un'altra. La struttura in cui ci troviamo ci aiuta tanto nella gestione degli episodi critici essendo senza barriere. Quando necessario si richiede l'aiuto delle forze dell'ordine. Tale procedura è ultimamente risultata difficoltosa. Le forze dell'ordine devono giustificare gli interventi all'interno di una struttura sanitaria e capita che considerino gli episodi critici di aggressività nel reparto di pertinenza esclusivamente sanitaria.

### **Sabina Cosina**

Abbiamo portato un caso clinico con aspetti di criticità e di forza. Si tratta di un caso clinico che avevamo ricoverato nel mese settembre e che ci ha messo a dura prova. Si tratta di un uomo di 40 anni, con un passato di OPG per gravissimi motivi in una fase di scompenso con episodi di violenza correlata sia all'uso di alcol che all'interruzione della terapia. Questo scompenso è stato correlato alla perdita del lavoro e delle figure di riferimento familiari.

Questo caso ha messo a dura prova il servizio psichiatrico e tutto il DSM coinvolgendo tutte le strutture: le cooperative, gli educatori, il CSM, gli psicologi e gli assistenti sociali. In nove anni non avevo mai visto episodi di violenza simili, con notevole aggressività sia verbale che fisica, quest'ultima diretta solo nei confronti di oggetti e non del personale (ha danneggiato pareti e rotto un vetro molto grande). Il personale era impaurito ma la nostra forza è stata l'unità e lo spirito di gruppo. Personalmente mi sono sentita protetta dal gruppo e dalla collaborazione anche durante la notte quando il personale era costituito esclusivamente da donne (tre infermiere e una dottoressa). Ovviamente questo caso è stato gestito e condiviso con tutto il DSM e

con le cooperative sociali lavorando molto sulla personalizzazione della cura. Abbiamo contrattato con il paziente (Dj di professione) che potesse portare in stanza lo stereo durante la degenza (siamo andati a prenderglielo). E' stata impostata una terapia adeguata ed è stato gradualmente accompagnato fuori per incontrare i suoi familiari. Successivamente è stato fatto un graduale reinserimento, prima in CSM e successivamente a casa, dove si trova adesso.

Le nostre prospettive per il mantenimento dell'assetto no-restraint sono di continuare a personalizzare le cure con i nostri strumenti: il dialogo, l'osservazione, l'ascolto, le relazioni e lo stare con loro. Noi stiamo con loro, parliamo con loro anche tutta la notte e se rifiutano la terapia stiamo anche diverse ore a convincerli. Il reparto è anche dotato di un cucinotto dove è possibile fare il caffè e di una stanza con la TV.

Concludo con una bella frase del Dalai Lama, anche se non si riferisce direttamente alla psichiatria: "Siamo tutti esseri socievoli quando viviamo in un ambiente amichevole e siamo automaticamente più fiduciosi e più felici".