

TITOLO

PSICHIATRIA A PORTE APERTE: LA REALTÀ DI TERNI

AUTORE

Angelo Trequattrini (1)

(1) Psichiatra responsabile del SPDC di Terni

Storia di un SPDC a porte aperte

La nostra realtà è molto giovane: siamo a porte aperte e senza contenzioni dall'11 febbraio 2011 dopo un percorso sui generis, in qualche modo diverso rispetto alle testimonianze di chi ci ha preceduto. Vale la pena fare prima un rapido cenno a quella che è l'assistenza in Umbria, dove la nostra esperienza si colloca come una realtà unica per le sue caratteristiche. E' attualmente in corso una riorganizzazione delle ASL, ma fino ad oggi, il territorio regionale è stato diviso in quattro Dipartimenti di Salute Mentale con le sue diverse articolazioni: Centri di Salute Mentale, strutture di riabilitazione, centri diurni e tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura diversi sia per organizzazione che per natura. 1) Il capoluogo regionale, Perugia, ha un SPDC con 18 posti letto ed è un reparto chiuso, a gestione mista fra ASL ed Azienda Ospedaliera giacché il personale medico ed infermieristico è condiviso sia dall'ASL che dall'Azienda Ospedaliera, che dall'Università con la Scuola di specializzazione in Psichiatria. 2) Il reparto di Foligno, terzo centro per popolazione, ha 8 posti letto, è a porte chiuse e pratica la contenzione. 3) Infine noi di Terni, che abbiamo 11 posti letto, siamo a porte aperte e senza contenzioni. Può essere interessante un primo passaggio storico su come è nato il SPDC di Terni, per capire come sia stato possibile realizzare un reparto a porte aperte e consolidare negli anni tale realtà. E' noto che i Centri di Salute Mentale sono nati prima della legge 180 [1], ovvero che le province, gli enti

che amministravano la salute mentale in Italia fino ad allora, avevano già iniziato da prima la costituzione di tali centri. Dall'incontro fra amministratori provinciali sensibili al tema ed il Dr. Gianfranco Boranga, psichiatra capace purtroppo scomparso ma che ricordiamo con piacere, è stato possibile applicare la riforma della salute mentale a Terni. Il primo Centro di Salute Mentale risale al 1959; negli anni '60 e '70 i Centri di Salute Mentale si sono diffusi sempre di più (la legge Mariotti del 1968 ne ha riconosciuto giuridicamente l'esistenza) e nel 1972 l'Amministrazione Provinciale di Terni ha emanato una delibera che approvava un nuovo regolamento del Centro provinciale di igiene mentale. All'articolo 11 si prevedevano i "servizi di degenza a breve termine" (6 anni prima della legge 180): "Il servizio di degenza a breve termine è previsto per soggetti in stato di bisogno psichiatrico acuto e di gravità tale da chiedere un ricovero temporaneo 24 ore su 24". Accadde che nel 1974 fu aperto un servizio psichiatrico di degenza a breve termine all'interno dell'Ospedale Civile di Terni, chiamato "reparto libero": disponeva di 12 posti letto ed aveva la porta aperta, ma vi veniva impiegata ancora la contenzione fisica. Contemporaneamente, ci si dedicò alla formazione del personale: allora, nei Centri di Salute Mentale lavoravano infermieri generici, così la provincia organizzò un corso per 30 infermieri psichiatrici a partire dal maggio 1974, personale che poi ha costituito lo scheletro, l'impalcatura sulla quale si sono retti i servizi territoriali e di ricovero della città. Il reparto libero aveva due funzioni: da un lato evitava a chi necessitasse di ricovero di essere inviato presso gli Ospedali Psichiatrici di riferimento (Perugia o di Rieti), dall'altro l'équipe del Centro di Salute Mentale ternano si recava in questi stessi luoghi portandone via i pazienti già prima della Legge 180. Li conduceva al reparto libero, dove si procedeva a stilare un progetto terapeutico, ad esempio il programma di inserimento a casa, o in strutture specifiche. Arrivò poi il 1978, la Legge 180 e la Legge di riforma sanitaria con le Unità Sanitarie Locali. Il concetto del reparto libero attraversò una crisi che vide

il primario entrare in conflitto con gli amministratori, emigrare in Australia per lavoro lasciando campo libero per creare anche a Terni il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Con i suoi 6 posti letto, relegato in un luogo molto angusto (200 mq), era diventato un reparto a porte chiuse, con sbarre alle finestre e la contenzione che continuava ad essere impiegata. Fino a tre anni fa non vi erano che tre stanze di degenza, un soggiorno e l'infermeria. La porta di ingresso era chiusa ed un'altra porta separava l'area infermieristica dalla zona di degenza; vi erano un solo bagno per le donne, uno per gli uomini, uno per il personale. Due medici fissi nel reparto, un servizio di guardia psichiatrica, due infermieri per turno che si alternavano nel lavoro tra CSM e SPDC, con un grosso aggravio per l'amministrazione costretta a retribuire molte ore di straordinario. Si è trattato di un periodo piuttosto grigio per la salute mentale della nostra realtà, giacchè il reparto rappresentava uno spauracchio per pazienti. Si usava dire: "se non prendi la terapia, ti mando al reparto e lì ti legano!" Che cosa successe, però? Che fosse per un discorso meramente economico, o soltanto perché i tempi stavano maturando, si cominciò a progettare di modificare le caratteristiche e le attività del reparto. In quegli anni fu anche istituito il Dipartimento di Salute Mentale di Terni; il reparto non fu più considerato un'appendice del CSM come era stato fino ad allora, ma gli fu data una entità giuridica autonoma, diventò un centro di costo parlando in termini economici, ebbe un budget autonomo e fu denominato struttura semplice dipartimentale, quale è tuttora. L'organico ed il personale medico è stato negli anni progressivamente incrementato e adesso contiamo 5 unità mediche. Fu pianificata un'équipe infermieristica fissa: gli infermieri già presenti scelsero di andare a lavorare al CSM e fu organizzata una mobilità volontaria, ma arrivarono 12 nuovi infermieri professionali. Iniziò il programma di "umanizzazione del ricovero": ovvero, nei limiti di ciò che quel tipo di struttura poteva permettere, si cercava di attenuare l'impatto e la pesantezza del

ricovero mediante un protocollo di accoglienza del paziente. Molti pazienti al primo ricovero, infatti, non sanno nemmeno come è organizzato un reparto di degenza, come funziona l'ospedale, dove si trova il bagno, qual è il proprio comodino ecc.. Il protocollo di accoglienza, poi costantemente migliorato e portato avanti nel nuovo reparto, serviva proprio ad accogliere il paziente, impiegando competenze sia mediche che infermieristiche. Furono, inoltre, implementate per quanto possibile le attività ricreative pomeridiane e si cominciò a far uscire i pazienti anche se il reparto rimaneva chiuso. I pazienti in fase di compenso potevano uscire da soli, altri uscivano accompagnati dai familiari e/o dagli infermieri. Si dispose che la porta che separava l'infermeria dalla zona degenza fosse lasciata aperta tutto il giorno in modo che i pazienti potessero accedere a piacimento all'infermeria, trovandovi la presenza umana degli infermieri. La visita ai pazienti ricoverati, prima effettuata ogni mattina con colloqui clinici, non fu più considerata solo un atto medico, bensì un'attività del Servizio alla quale partecipavano anche gli infermieri, dal momento che la prevenzione, della violenza soprattutto, si fonda sull'unitarietà dell'équipe nel trasmettere al paziente un messaggio solidale e condiviso da tutti gli operatori. Che cosa è derivato da questo programma? Abbiamo monitorato le contenzioni come indicatore del processo, con l'intenzione di diminuirle. Dati crudi: i TSO rappresentano circa il 15% di tutti i nostri ricoveri; nel 2010, 2011 e 2012 con le contenzioni abbiamo raggiunto quota zero, ma già negli anni precedenti se ne era osservata una progressiva riduzione. Per quanto potevamo migliorarlo, tuttavia, si trattava pur sempre di un reparto piccolo e fuori norma, perché in base ai canoni ministeriali non avevamo il giusto rapporto posti letto/metri quadri. Iniziammo quindi a lavorare sulla ricerca di una nuova sede e, per merito dell'allora direttore del DSM, il Dr. Antonimi, nonché dell'impegno delle associazioni dei familiari, si arrivò ad ottenerla. Nel 2010 la Regione diede l'input per cambiare il reparto entro i primi mesi

del 2011: individuata la sede attuale, iniziarono subito i lavori e la Direzione dell'ASL di allora ci comunicò che il nuovo reparto sarebbe stato a porte aperte e non avrebbe previsto contenzioni. Durante i lavori, ci recammo a visitare il reparto di Trieste, parlammo con il Dr. Dell'Acqua per apprendere dalla sua esperienza in merito, visitammo il SPDC di Grosseto per confrontarci e, a lavori quasi del tutto completati la Direttrice Sanitaria ci comunicò che se qualcuno di noi non se la fosse sentita di lavorare nel nuovo reparto alle nuove condizioni, ciò non avrebbe rappresentato un problema, anzi la sua domanda di trasferimento sarebbe stata prontamente accolta. E successe qualcosa di eccezionale: nessuno se ne andò, nessuno di noi pensò ad un trasferimento dal nuovo reparto. Anzi, continuammo a documentarci, le 11 pagine online in cui il Dr. Torresini parla degli SPDC no-restraint era diventato per noi un documento ufficiale. Quando il nuovo reparto fu pronto, la Direttrice ci comunicò ufficialmente che l'11 febbraio 2011 mattina il reparto sarebbe stato inaugurato e già il pomeriggio i pazienti sarebbero stati trasferiti nella nuova struttura, che da subito avrebbe avuto porte aperte. Ricordo lo spavento dei pazienti nel momento in cui entravano in quel nuovo reparto che non conoscevano, anche quella porta aperta inizialmente li ha molto turbati. Sono comunque due anni e mezzo che continuiamo su questa strada ed abbiamo voluto condividere con voi da dove siamo partiti, da quella delibera della provincia. Ci domandiamo: come siamo riusciti a fare una cosa del genere così in fretta? Forse perché il percorso che abbiamo intrapreso, dall'umanizzazione del ricovero alla storia del reparto, era qualcosa che avevamo dentro da sempre, ma fino ad allora qualcosa ci aveva frenati. La paura dell'operatore a cambiare. Questa amministrazione ci ha fatto vincere la paura: ci ha dato una spinta e ci ha fatti partire.

COMMENTO. Organizzazione no-restraint

Guardiamo dove siamo collocati adesso rispetto al corpo centrale dell'Azienda Ospedaliera di Terni. Inizialmente ci trovavamo al primo piano di una semi-ala, con il blocco dell'emergenza, sale operatorie, pronto soccorso, rianimazione, per cui era agevole recarci in consulenza, soprattutto di notte al pronto soccorso. Adesso siamo stati dislocati in una zona del blocco laterale che comprende altri reparti; siamo passati da 200 a 700 mq di superficie con 11 posti letto. Abbiamo un ingresso, al piano terra, a sinistra tutta la zona degenza, l'infermeria in una zona centrale in modo che si trovi in mezzo ai pazienti, una zona giorno (soggiorno e cucina ad uso anche dei pazienti), un terrazzo dove i pazienti possono fumare anche di notte, un'area medica. L'ingresso presenta una zona di accettazione ed un salottino per i pazienti che vogliono fermarsi in compagnia dei propri familiari. Tutta l'attività del SPDC si svolge nell'ampia zona soggiorno: qui i pazienti mangiano, trascorrono del tempo con i familiari e vi si svolgono anche le attività pomeridiane. Vi è una cucina con un frigorifero dedicato ai pazienti perché vi possano conservare le proprie cose e che nel pomeriggio viene impiegata per attività con i pazienti, quali fare biscotti o altro. Il mobilio non è ospedaliero, abbiamo scelto un mobilio quasi da RSA, con colori diversi anche nelle camere di degenza; i colori sono pastello, due stanze verdi, due azzurre, due rosa. Abbiamo due stanze di degenza più ampie ed altre due più piccole. All'esterno ci sono panchine, piante e via dicendo. Il reparto è funzionale perché è disposto lungo un corridoio che rende piuttosto semplice il controllo dell'ambiente. Le finestre non hanno sbarre, ma un sistema di chiusura a chiave. È un reparto inserito su una struttura già esistente dal 1960. L'organico è scarso rispetto ad altre realtà, in quanto per 11 posti letto contiamo 5 medici in équipe fissa (compreso il responsabile), un coordinatore infermieristico "multiproprietà" fra il nostro SPDC, il SERT, la guardia medica ed il centro diurno, 15 infermieri professionali, 1 OSS ed 1 ausiliario. Abbiamo

una guardia psichiatrica attiva sulle 24 ore anche nei festivi, con tutte le difficoltà del caso: non riusciamo noi cinque medici a coprire l'intera settimana, per cui abbiamo stabilito un protocollo con i 3 CSM della provincia di Terni, il nostro territorio di competenza, in modo che l'équipe medica dell'SPDC copra, per continuità, tutti i turni dal lunedì mattina al sabato alle 14 con i turni diurni e notturni, oltre alla domenica mattina ed alla domenica notte, mentre ogni CSM a turno, secondo questo protocollo, copre altre 18 ore settimanali che sono il sabato pomeriggio, il sabato notte e la domenica pomeriggio. Abbiamo realizzato anche un protocollo per le attività pomeridiane e per l'accoglienza del paziente, nonché una convenzione con l'Azienda Ospedaliera di Terni, giacché siamo dentro un ospedale al quale prestiamo le nostre consulenze e dal quale ne riceviamo altre.

Tutto è normato per una migliore organizzazione, specialmente i rapporti con il pronto soccorso, che fortunatamente sono sempre stati di collaborazione. Non lasciamo niente la caso: è stabilito chi deve passare dal pronto soccorso, chi invece può saltarlo ed afferire direttamente al reparto, dove si colloca il paziente in attesa del ricovero se manca il posto letto e, aspetto fondamentale, che nessuno può essere ricoverato in SPDC fintanto che non c'è il parere favorevole dello psichiatra di guardia. Tutto è stato ratificato da una delibera che ci riconosce e definisce, peraltro, come reparto a porte aperte e senza contenzione. Siamo un reparto che ha aperto in fretta, quindi è di vitale importanza darci delle regole; in un primo momento se ne è occupato il responsabile con l'intento poi di ridiscuterle insieme al fine di apportare miglioramenti. La nostra porta rimane aperta dalle 9 di mattina alle 20 di sera. È vigilata, naturalmente, in modo continuativo e in genere tutti i pazienti possono accedere allo spazio verde esterno, compresi i pazienti in TSO. Consentiamo a tutti, TSO inclusi, di uscire fuori purché restino nel raggio visivo dell'operatore che sta alla porta. In genere l'operatore si colloca fuori sotto la tettoia insieme ai pazienti. Tale

impostazione iniziale è valida tuttora ed i pazienti possono restare nello spazio antistante al reparto, mentre l'allontanamento in spazi più lontani (come al bar, che si trova nel corpo centrale) è possibile solo per i pazienti in ricovero volontario e viene deciso caso per caso mediante una valutazione congiunta medico-infermiere. La porta può anche essere chiusa, ma ciò avviene raramente, ad esempio quando ci sono "pericoli" all'esterno (siamo in una zona abbastanza isolata, vicino al SERT, quindi un buon livello di attenzione è d'obbligo) e/o quando è necessario che l'intera équipe si fermi dentro il reparto. Sappiamo che in molte realtà l'OSS è deputato alla vigilanza della porta, ma da noi tutti partecipano al controllo della porta aperta; gli infermieri e l'OSS si organizzano in autonomia ed elasticità nella pianificazione del lavoro ed è successo anche che, in caso di necessità, della vigilanza si occupasse il medico stesso. Anche l'ingresso dei visitatori è stato discusso ed attualmente abbiamo un orario continuativo dalle 10 alle 21, dopo aver educato i familiari ad un comportamento adeguato per il luogo in cui si trovano; le visite sono comunque filtrate e l'accesso non è consentito a chiunque. Le attività ricreative vengono tenute il pomeriggio dagli infermieri, dato che non abbiamo nel nostro organico né educatori né tecnici per la riabilitazione psichiatrica: c'è chi fa i biscotti, chi gioca a carte, chi gioca a scacchi, spesso le attività sono pensate e proposte anche sul momento.

La nuova organizzazione ha portato vantaggi sia ai familiari, che agli operatori, che all'immagine stessa del reparto psichiatrico: un reparto a porte aperte e senza contenzioni. Sono stati valorizzati principi come l'accoglienza, la relazione, la trasparenza rispetto all'esterno (familiari compresi), le comunicazioni chiare e corrette ai pazienti ed alla famiglia, la continuità delle cure con i servizi territoriali nel post-dimissione. Il paziente ha le stesse limitazioni imposte da qualunque altro reparto di degenza e si fa progressivamente largo l'idea che la malattia mentale non sia poi così pericolosa e da emarginare. L'effetto sul paziente è quello di vivere in un

clima più sereno e disteso, sapendo che ha la libertà di uscire e che non rischia la contenzione, pertanto si evitano sentimenti di rabbia e di risentimento verso la struttura e gli operatori, ma è promossa la fiducia nel rapporto terapeutico per via del rispetto che egli riceve come individuo e la gratitudine di essere aiutato ad imparare a controllare la propria aggressività senza che questa venga soffocata da un intervento coercitivo esterno. Ma gli effetti si percepiscono anche sui familiari, i quali, avendo libero accesso al reparto senza limitazioni durante la giornata, acquistano fiducia nei confronti della struttura e degli operatori, hanno una percezione di trasparenza degli interventi terapeutici perché possono vederli con i propri occhi senza dover immaginare scenari terrifici ed il malato stesso viene percepito dai familiari come meno grave in quanto capace di autogestione nella propria libertà. Aumenta la speranza nella guarigione del paziente, diminuisce il disagio nello stargli vicino e si beneficia di un supporto da parte degli operatori ai quali poter chiedere chiarimenti e rassicurazioni. Ma la porta aperta giova anche agli operatori stessi: viene valorizzata la relazione con i pazienti, che diventa fondamentale proprio nel momento in cui ci si trova a gestire una crisi. Non se ne parla, ma la paura nella gestione di un paziente agitato non risparmia lo psichiatra più esperto e saper gestire un paziente in crisi senza arrivare alla contenzione significa che l'operatore ha vinto la propria paura della violenza. La contenzione non fa più parte del nostro schema mentale. Infine, non mancano effetti benefici sull'immagine del trattamento psichiatrico stesso: nella lotta allo stigma della malattia mentale, è proprio dal momento del ricovero, dalla fase acuta, che bisogna cominciare.

Tuttavia, non mancano criticità rispetto alla nostra situazione attuale. In primis, essere un reparto separato dal corpo centrale dell'Ospedale crea problemi in caso di trasferimenti e/o consulenze in altri reparti. Inoltre, il pensiero comune vede ancora la psichiatria come fondamentalmente deputata al controllo sociale, per cui ad oggi è

ancora difficile immaginare un reparto a porte aperte e senza contenzioni. Per questo siamo fermamente convinti che questa tipologia di organizzazione andrebbe maggiormente divulgata, perché come ce l'abbiamo fatta noi sicuramente è possibile per tutti. Una citazione molto semplice di uno scienziato rende bene l'idea: "Tutti sanno che una cosa è impossibile da realizzare, finché arriva uno sprovveduto che non lo sa e la inventa [2]". Siamo felici ed anche orgogliosi di essere un reparto no-restraint, in cui vivono bene sia i pazienti che gli operatori. Non torneremo mai sui nostri passi, perché il mondo ha bisogno di progressione e non di regressione. E se progresso significa eliminare la contenzione dell'essere umano, questo è un impegno che dobbiamo assumerci per chi è più debole di noi.

Bibliografia

[1] Legge 13 Maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti volontari e obbligatori. Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133.

[2] Einstein A.