

TITOLO

LA REALTÀ DI VENEZIA

AUTORI

Leone Barlocco (1), Vincenzo De Nardo (2), Fabrizio Ramacciotti (3)

(1) Psichiatra Dirigente Medico Azienda ULSS 12 Veneziana

(2) Direttore Servizi Psichiatrici Mestre Sud e SPDC Azienda ULSS 12 Veneziana

(3) Direttore Dipartimento Salute Mentale Azienda ULSS 12 Veneziana

A Venezia si fa una psichiatria no-restraint sia in terraferma sia nel centro storico. Il mio intervento tratta dei servizi di salute mentale del centro storico, ma sostanzialmente la realtà di Mestre non cambia molto. Ringraziamo gli organizzatori perché questo evento porta alla luce che, ancora oggi, nonostante le realtà così sconfortanti per la crisi economica e per la frammentazione della cultura del sociale, c'è ancora qualcuno che porta avanti battaglie, che non possono e non devono passare inosservate perché in questa realtà si intravede un facile degrado verso una nuova manicomialità. Se la psichiatria, la salute mentale in generale, non si arma di strumenti nuovi, che sono appunto la partecipazione, l'aggregazione, il contatto con realtà diverse da quelle classiche, sarà facile cadere di nuovo nel buio. Anche personalmente presentando questo intervento come primo autore sono molto contento che ci siano questi eventi, questi incontri e che si formino realtà collettive di questo tipo. Ringrazio anche il collega di Terni che sostanzialmente renderà la mia relazione molto più veloce e semplice perché ha fatto delle valutazioni importantissime che condivido pienamente. Il territorio veneziano è complesso, con il dipartimento in

cui è compresa sia la terraferma (la realtà urbana di Mestre) sia l'insularità (Venezia centro storico) sia tutte le isole che fanno parte della laguna. Il servizio del centro storico comprende due CSM: uno è collocato proprio nel centro, nel cuore della città storica di Venezia e comprende come territorio di riferimento anche le isole di Murano, Burano, Sant'Erasmus e Torcello; l'altro CSM, invece, è situato sul lido di Venezia e comprende nel suo territorio un'estensione che va dalla terra ferma di Jesolo fino a Chioggia. Quindi immaginate com'è complesso fare attività territoriale in questo tipo di realtà. Parlo paradossalmente di attività territoriale perché sono convinto che non si può parlare di no-restraint in reparto limitando il discorso a quest'ultimo. Voglio sottolineare è che un reparto isolato dal servizio, è un reparto perdente, un reparto orfano, distante, un reparto che se non applicherà il no-restraint applicherà altre male pratiche. Quindi il servizio incentrato sull'utente comprende necessariamente l'SPDC all'interno del territorio. Noi abbiamo l'SPDC come una proiezione del territorio nell'ospedale come una tappa possibile del percorso che l'utente fa con noi. Il percorso deve essere, o perlomeno noi lo pensiamo così, come un percorso rivolto all'evolutiveità, come un percorso che non si può necessariamente basare sull'ineluttabilità di una diagnosi di cronicità ma che deve vertere sull'emancipazione dell'individuo e quindi sulla creazione di relazioni e sulla crescita individuale. Questi sono i punti che riteniamo fondamentali, nel senso che siamo convinti che se non ci sono questi principi nessuna tecnologia ci potrà difendere dall'oscurantismo di cui dicevamo prima. Rifugiarsi nella tecnologia è una difesa poco utile e poco duratura. Un'altra cosa interessante che ci faceva notare il collega di Terni è che non legare è facilissimo in realtà. Se ci chiediamo come si fa non lo sappiamo. Se i nostri servizi sono strutturati bene e se c'è un buon clima e lavoriamo nel modo giusto non c'è la necessità del restraint, non c'è necessità di legare e la contenzione può tranquillamente sparire dal nostro vocabolario. È anche molto facile dimenticarsene.

Io lavoravo, prima di Venezia, in un SPDC dove la contenzione si attuava in maniera limitata e controllata, però si attuava. Sono arrivato a Venezia e mi sono subito chiesto come facessero loro a non contenere perché mi sembrava impossibile. Ho provato a capire, se ci fosse una tecnica, una modalità specifica, e invece mi sono reso conto che era la normalità del lavoro quotidiano: era la partecipazione, l'ottimismo che il servizio portava avanti e che non produceva la necessità di questo tipo di pratica. Abbiamo visto che definire la contenzione una pratica medica, anche dal punto di vista legale, non sta tanto in piedi.

Nel 1978 presso l'ospedale civile di San Giovanni e Paolo a Venezia si apre il Centro diagnosi e cura. Gli spazi adibiti per ospitare il futuro SPDC erano di fatto aree residuali ricavate all'interno delle strutture ospedaliere. Nel caso specifico la scelta ricadde sull'ex astanteria annessa al pronto soccorso, incorporando anche una parte di deposito barelle. La superficie reale non superava i 200 metri quadrati e le condizioni generali non avrebbero rispettato i criteri minimi per ottenere l'autorizzazione a normale uso abitativo: soffitti non intonacati, impianto elettrico volante, servizi igienici carenti ed altro ancora. Ecco, successivamente faremo anche una considerazione rispetto al rapporto con le amministrazioni perché secondo noi anche questa è una cosa da curare. In una realtà come quella veneziana, che tra le prime aveva percorso l'idea di una psichiatria di comunità, una psichiatria senza manicomi, l'SPDC diveniva un "figlio di nessuno" e questa era la cosa pericolosa. Non era figlio del gruppo ancorato alla psichiatria anti-istituzionale, che vedeva nel ricovero ospedaliero il limite del trattamento, il trattamento farmacologico come negazione e occultamento della contraddizione, non era figlio del gruppo che faceva riferimento ad alcune posizioni psicoanalitiche, le quali vedevano nella crisi e nel farsene carico soprattutto farmacologicamente un elemento altro rispetto alla cura al punto da necessitare una separazione tra cura e trattamento nella crisi. Nel 1980 veniva aperto Palazzo Boldù, il

palazzo dove si trova il nostro Centro di Salute Mentale, e in quel periodo l'obiettivo generalizzabile a tutti gli psichiatri veneziani indipendentemente dall'area di appartenenza, era quello di rendere l'SPDC inutile e quindi rimpiazzabile. Ora se questo poteva avere un senso nel contesto ideologico di quel tempo, diventava una cosa pericolosa perché l'isolamento, come dicevamo prima, crea dei mostri. A Venezia l'idea di una psichiatria centrata sull'ospedale non era affatto condivisa e in questo senso l'SPDC era visto alla stregua di una contraddizione da abbattere o da ignorare, di un non luogo di cui vergognarsi come ci si era vergognati dei manicomi. La psichiatria, però, vive nella contraddizione da sempre e quindi ignorare una contraddizione senza affrontarla crea anche qui delle difficoltà importanti. Fortunatamente poi le cose sono migliorate. In una notte del 1980 il gruppo dei direttori dei servizi psichiatrici, suscitato da alcuni colleghi del servizio di igiene mentale, irruppe in SPDC rinvenendo un paziente contenuto con mezzi meccanici. Ne seguì un putiferio. Il forte confronto fece sì che ancora tutt'oggi la contenzione del paziente G.V. sia stata l'ultima effettuata dall'SPDC di Venezia. Da lì i poi non c'è più stato nessun tipo di contenzione. Sfortunatamente però, nonostante l'acquisita consapevolezza della necessità di cambiamento, l'SPDC ancora a lungo fu luogo di contraddizioni. Alla fine degli anni '90 il clima fortunatamente cambiava un po' e si presentava così l'occasione sia per affrontare problemi di ordine architettonico legati alla struttura dell'edificio, sia e soprattutto per affrontare quelli ideologico-operativi che al centro dei conflitti degli anni '80 non erano più stati elaborati. Chiudendo questa parte, diciamo che affrontare una contraddizione, trovando delle soluzioni insieme, sicuramente fa migliorare il quadro. La soluzione fu trovata focalizzando l'attenzione sull'utente, essere umano sofferente, ma anche individuo portatore di diritti; da ciò derivarono le "coordinate etiche", a cui il servizio avrebbe fatto costantemente riferimento ossia a quei valori legati al diritto di cittadinanza e al

concetto di persona quale individuo consapevole capace di un agire pianificato e diretto ad uno scopo, fatto da regole e convenzioni in un contesto dotato di significati. Qui si fa riferimento al modello di cui si diceva prima: l'SPDC è solamente un attore dell'opera che mette in atto il servizio insieme all'utente. Quindi nel modello veneziano l'SPDC ha determinato la sua posizione nel processo assistenziale a partire da quanto necessitante al meccanismo di presa in carico territoriale, che rimane il protocollo centrale, in funzione sussidiaria, ma non subalterna alla priorità della riabilitazione del paziente grave e non solo.

L'SPDC di Venezia ha 12 posti letto ed è situato proprio nel centro storico in un contesto architettonico sicuramente di rilievo artistico. Ci sono due medici residenti, nel senso che sono due medici che lavorano uno come responsabile di struttura e un altro medico che lavora esclusivamente in SPDC, una caposala, 12 infermieri professionali, due infermieri generici, 4 operatori sanitari. Poi occorre dire che esiste, ed è utile sottolinearlo, la guardia attiva, che per noi come gruppo di lavoro è un elemento di qualità perché permette a noi medici di territorio di lavorare in SPDC attivamente e non di essere chiamati semplicemente per dei problemi, ma partecipare alla vita di reparto e quindi costituire una parte di quella continuità che l'utente deve sentire necessariamente. Sia le equipe territoriali sia gli stessi medici costituiscono questa continuità. Il reparto è diviso in una zona maschile composta da due stanze con due letti, una stanza con un letto completa di bagno e in una zona femminile composta da tre stanze con due letti e una stanza con un letto completa di bagno. Entrambe le zone sono provviste di blocchi bagno indipendenti. C'è il soggiorno, la tv e il giardino (questo sicuramente aiuta a detendere alcune situazioni che potrebbero finire male), lo spazio per gli infermieri e per lo scambio di consegne. Naturalmente viene data molta attenzione al no-restraint tuttavia non bisogna fare nulla di particolarmente alto dal punto di vista tecnico per avere questo orientamento e per

fare uscire completamente la contenzione dalla nostra visione. Viene data inoltre molta importanza allo scambio delle consegne e delle informazioni nonché alla continuità assistenziale con il territorio. La lotta allo stigma deve essere tenuta presente anche all'interno dell'SPDC. Tante volte succede che i nostri pazienti vengano etichettati come psichiatrici e quindi trattati come se fossero orfani di un corpo nel senso che nessuno si occupa delle loro potenziali problematiche somatiche. Spesso, tuttavia, quest'ultime portano a numerosi problemi che limitano la qualità di vita, la libertà dei pazienti e impediscono loro di recuperare quelle potenzialità che noi invece tanto speriamo di aiutarli a recuperare. Quindi anche l'attenzione agli aspetti somatici, alla precisione degli esami, alle valutazioni e all'inquadramento di aspetti propriamente medici in un reparto di psichiatria non deve essere dimenticato. Anche il nostro SPDC è articolato secondo la lunghezza e quindi la strutturazione a corridoio aiuta, come diceva prima il collega di Terni. Anche qui c'è l'attenzione ai colori, per gli aspetti di sicurezza e per il comfort. C'è la postazione per gli infermieri e abbiamo una sala riunioni: i nostri incontri, le nostre riunioni sono centrali nella giornata del reparto. Dedichiamo ovviamente come tutti tempo e attenzione al confronto, dedichiamo un'ora al giorno – medici, infermieri, operatori – a discutere dei casi. Le nostre riunioni sono aperte al territorio per cui cerchiamo di personalizzare il nostro intervento. Non siamo precisi come i trentini dove tutto è strutturato e stabilito, ma lavoriamo un pochettino più di fantasia. Non abbiamo protocolli per tutto, ma cerchiamo comunque di fare del nostro meglio e cerchiamo soprattutto di personalizzare l'intervento, è chiaro che il programma di un paziente che viene ricoverato è assolutamente concordato con l'equipe curante. Cerchiamo di tenere un buon clima non solo di lavoro, ma anche di servizio nel senso che ad esempio dal CSM gli utenti vengono a trovare altri utenti ricoverati in SPDC, si sostengono a vicenda riducendo la sofferenza di rimanere in un luogo che è comunque un luogo che ha un

aspetto sanitario. Il clima di reparto è sicuramente qualcosa a cui facciamo molta attenzione, inteso come qualcosa che va dall'arredamento, alla struttura, al rapporto con gli altri servizi e al rapporto fra operatori e utenti. Il clima di reparto è anche influenzato dal clima del servizio, come detto sopra. Se il clima di reparto è inquinato, sarà sicuramente più difficile lavorare e in momenti critici si potrebbero verificare con più probabilità eventi pericolosi.

Sul problema dell'aggressività volevo stressare l'aspetto della relazione tra clima di reparto e aggressività. L'aggressività è una variabile che non possiamo ignorare, è una variabile che è presente e può essere aperta, ma c'è anche un'aggressività larvata che non può essere ignorata e che può esplodere. La risposta, che un servizio organizza a fronte di comportamenti aggressivi, non lo qualifica solo rispetto agli aspetti di qualità, ma ancora di più rappresenta un fattore predittivo del verificarsi di comportamenti violenti al pari degli altri fattori critici rilevati dalla letteratura. Quindi qui volevo stressare questo tipo di aspetto, sottolineare che per evitare di arrivare a situazioni esplosive bisogna esserci, bisogna partecipare. È chiaro che l'assenza, l'estremo tecnicismo, la grande distanza dall'utenza ci porta inevitabilmente ad una reciproca incomprensione, alla creazione di momenti di estrema frustrazione che poi possono esplodere in violenza. La violenza può essere evitata. Dal momento che l'alleanza terapeutica è riconosciuta per avere la più importante influenza sugli esiti della terapia, una conclusione dovrebbe essere che lo staff, nel suo sforzo di rafforzare elementi di supporto per l'atmosfera di reparto, potrebbe migliorare anche l'esito della terapia.

È importante ricordare che l' SPDC ha anche una sua specificità perché è dentro l'ospedale e questo non possiamo dimenticarlo. Anche andare a vedere chi ricoveriamo, perché e per come, ha una sua importanza. Noi siamo molto attenti agli aspetti diagnostici, sappiamo tutti che la richiesta che l'SPDC si trasformi in luogo

dove chiunque dia fastidio in ospedale venga rinchiuso è un'istanza sottile, sotterranea, che però è presente. Perciò dobbiamo fare i conti con la collaborazione, e con i contatti con i nostri colleghi dell'ospedale. Quindi l'appropriatezza del ricovero per diagnosi è una variabile (una delle tante, non sicuramente la principale), utile a capire se stiamo lavorando nella direzione giusta. Il fatto di tenere bassi i ricoveri in caso di uso di sostanze o di aspetti di demenza o di problematiche organiche è secondo me qualcosa che sicuramente denota un'attenzione al tipo di lavoro che si fa e sicuramente non può che produrre un miglioramento nella vita di reparto. Spesso e volentieri le situazioni che ci mettono più in crisi non sono quelle che sappiamo gestire normalmente, ma sono quelle che invece si configurano in maniera differente, che viviamo con maggiore ambiguità perché ci sentiamo di non avere gli strumenti giusti.

Rispetto alla gestione del TSO e alla gestione dei permessi dei pazienti per gli allontanamenti, dobbiamo ricordare che noi non abbiamo le porte aperte. Stiamo pensando ad un cambiamento di questa condizione ma dobbiamo tenere conto del fatto che c'è modo e modo di definire una porta chiusa. Proprio nell'ottica della personalizzazione della cura è molto difficile che impediamo ad un paziente di uscire. La chiusura della porta rappresenta semplicemente uno strumento per obbligarci (obbligare forse l'utente ma più noi) a mantenere una relazione con il paziente nel senso che ogni qualvolta un utente chieda un permesso, voglia uscire, deve discuterne con l'operatore. Questo viene inserito nel contesto generale del rapporto tra la struttura, gli operatori e l'utente stesso. Per quanto riguarda i TSO: il nostro servizio non ne fa tanti, siamo sotto il 10%; anche per la gestione dei TSO parlare solo di SPDC e di criticità nella gestione dei TSO è limitante. La gestione del TSO va fatta nel servizio, sul territorio. È chiaro che tanto più un territorio riesce ad evitare un TSO in una cultura della partecipazione, della condivisione e della prevenzione, tanto più, nelle volte in cui i momenti di rottura si manifestano, la gestione sarà più semplice.

Allontanamenti non ne abbiamo avuti tanti. Come ci regoliamo? Cerchiamo di stare vicini all'utente e cerchiamo ovviamente di limitare l'uso del TSO. Nel momento in cui c'è capitato che qualcuno scappasse, cosa ripeto molto rara, abbiamo avvertito le forze dell'ordine. Sugli aspetti di criticità e di forza e prospettive per il mantenimento dell'assetto no-restraint il collega di Terni in realtà mi ha anticipato e quindi non posso che concordare su quanto già detto fino ad adesso. La forza di questo atteggiamento o di questa prassi è la sua semplicità nel senso che nel momento in cui si decide che la contenzione non fa parte della nostra pratica non ne fa più parte: è un aspetto di cui non dobbiamo più occuparci. È una cosa più semplice del previsto, meno tecnica del previsto e quindi mi auguro che sempre di più ci si avvicini a una completa sparizione di questo brutto aspetto dai nostri reparti e dai nostri servizi. Nelle prospettive del mantenimento di un assetto no-restraint voglio semplicemente fare un ultimo ragionamento sulla stanchezza: è chiaro che un lavoro attento, continuativo e presente è un lavoro che può anche stancare, che sfibra. Se gli organici e il numero degli operatori si assottigliano troppo, vedo che si tende ad utilizzare una quota di neurolettici maggiore. C'è il pericoloso ritorno dalla finestra di quello che abbiamo fatto uscire dalla porta. Ci vuole quindi un'attenzione anche al fatto che lavorare bene costa (questo concetto sui giornali dovremmo stressarlo di più). Lavorare bene non è qualcosa che viene giù naturalmente dal cielo, è un qualcosa che deve essere voluto, ma è un qualcosa che deve essere anche permesso, quindi anche i rapporti con le amministrazioni, con le direzioni sanitarie secondo me sono importanti.