Gli SPDC temporanei nell'azienda U.S.L. 8

Giampiero Cesari

Psichiatra, Responsabile U.F. Salute Mentale Adulti Z.D. Arezzo e Responsabile f.f. U.F. Salute Mentale Adulti Valtiberina – Azienda U.S.L. 8 - Arezzo

PREMESSA

Questa relazione non ha, né credo possa avere, le caratteristiche di un comune articolo scientifico: in linea con l'intervento che ho presentato il 24 giugno 2014 a Siena, è prevalentemente una narrazione con alcune riflessioni finalizzate a cercare di individuare se tuttora gli SPDC temporanei possano essere un valido presidio per la tutela della salute mentale della popolazione toscana nel secondo decennio del ventunesimo secolo. Si propone pertanto solo di essere un contributo alla problematica da parte di uno psichiatra che lavora da 30 anni ad Arezzo secondo il "modello toscano" e l'ha ritenuto preferibile al tradizionale modello in uso in gran parte delle regioni italiane, in cui gli staff di CSM e SPDC sono divisi in modo netto, a differenza che nelle Unità Funzionali previste dagli ordinamenti della Regione Toscana.

SPDC TEMPORANEI: UN RETAGGIO DEL PASSATO?

Il 23 giugno 2014 Papa Francesco I ci ha ricordato che «la memoria e l'esperienza (delle generazioni precedenti) devono essere trasmesse alle generazioni venute dopo di loro. Se quella trasmissione non avviene i giovani non saranno creativi ». Con questo spirito cerco di illustrare che quando l'esperienza aretina di chiusura dell'OP e di apertura dei servizi territoriali, che oggi hanno nelle U.F. Salute Mentale la loro espressione, era in una fase ancora recente, ma già ben articolata, era chiaro che si stava costruendo un modello alternativo e non complementare all'ospedale psichiatrico, modello in cui lo spazio per il ricovero ospedaliero era previsto, ma limitato al più basso numero possibile di situazioni. Il servizio era costruito sul dare risposta primariamente ai bisogni più gravi ed urgenti e successivamente al resto della domanda, fino all'obiettivo di costruire un servizio di salute mentale per la comunità.

UN PO' DI STORIA

Come è ben noto, quello ospedaliero è uno dei quattro livelli assistenziali relativi alla tutela della salute mentale che devono essere garantiti a tutte le persone che ne hanno bisogno, secondo l'ordinamento nazionale e regionale[1].

Come appena ricordato, fin dalla sua costituzione, il servizio di salute mentale di Arezzo si è caratterizzato come alternativo e non complementare al ricovero ospedaliero[2]. Il servizio si costituisce come territoriale, ma garantisce fin dall'inizio la possibilità di ricovero ad un numero limitato di persone, per le quali non è sufficiente l'intervento territoriale intensivo, secondo un modello che è molto simile alla gestione della crisi in comunità.

La gestione della crisi nella comunità può probabilmente evitare ricoveri ripetuti, riduce il numero di persone che abbandonano precocemente il trattamento ed il carico familiare e sembra un tipo di cura più soddisfacente sia per i pazienti che per i familiari. Molti dati menzionano specificamente che il carico per l'équipe può essere considerevole[3]e questo è confermato dall'esperienza quotidiana nei nostri servizi.

Nell'Aretino gli SPDC temporanei sono stati la regola per tutte le zone (le vecchie USL) fino al 1995, quando ad Arezzo è stato aperto un SPDC strutturato, seguito dopo breve tempo dal Valdarno. Ogni SPDC aveva la disponibilità di due posti letto. En passant, fino al 1995 anche ad Arezzo (una zona che già allora aveva più di 100.000 abitanti maggiorenni) non venivano utilizzati più di due posti letto ospedalieri per i ricoveri in SPDC.

Le zone «piccole» (Valdichiana, Casentino, Valtiberina) hanno mantenuto gli SPDC temporanei, «funzionali» o «tenda». Secondo le indicazioni regionali (0,6 posti letto ogni 10.000 abitanti), i posti letto degli SPDC (strutturati e funzionali) sono:

- Arezzo: 7 posti letto ordinari + 1 D.H
- Valdarno: 6 posti letto ordinari
- Casentino: 2 posti letto ordinari
- Valdichiana: 2 posti letto ordinari
- Valtiberina: 2 posti letto ordinari

Fig. 1: Azienda USL 8 con le sue Zone-Distretto e i Presidi Ospedalieri

COME FUNZIONA UN SPDC TEMPORANEO?

Quando ci sono persone ricoverate, si attiva un turno sulle 24 ore, di solito costituito da un infermiere e un AdB -od OSS- per turno, eccezionalmente due infermieri per situazioni molto delicate, in particolare TSO, eventualità per la quale sono previsti due infermieri reperibili in ogni singola zona. Gli psichiatri garantiscono la presenza negli orari diurni.

Mentre AdB ed OSS sono personale a convenzione, con previsione che tale personale sia necessario da 4 a 6 mesi per anno e quindi con un budget annuale previsto dalle singole zone per un simile impegno orario, gli infermieri vengono sottratti al normale servizio presso il CSM e le strutture residenziali e semiresidenziali. In altre parole si tratta di un meccanismo di feedback: un servizio ha a disposizione date risorse di personale e in una certa misura può utilizzarle nell'attività territoriale o in quella ospedaliera. Ogni servizio affronta tutte le situazioni cliniche afferenti al proprio territorio, anche le più gravi, senza avere la possibilità di "scaricarle" su altri. Per periodi contenuti di apertura dell'SPDC (al massimo sei mesi all'anno, meglio se il periodo è più breve, fino a quattro mesi), non si creano gravi problemi nel funzionamento del servizio, mentre se il periodo diventa lungo, inevitabilmente diminuiscono soprattutto le visite domiciliari e questo comporta un aumentato rischio di ricoveri: in tal caso il feedback non è più favorevole. La decisione di ricoverare dunque deve tenere conto, in primo luogo ed ovviamente, della necessità clinica e della possibile presenza di alternative, ma non può trascurare che il ricovero determinerà una riduzione delle risorse a disposizione del Centro di Salute Mentale per un certo periodo.

Inoltre, ci sono almeno altri due aspetti critici che devono essere tenuti in considerazione: la sicurezza, per l'utente e per il personale, degli ambienti degli SPDC temporanei ed il rischio, in caso di ricoveri troppo poco frequenti, che l'expertise del personale possa non essere del tutto all'altezza della situazione. Il sistema descritto ha sostanzialmente funzionato continuativamente fino ad un recente passato.

DAL 2009 AD OGGI

Nel 2009 avviene un'improvvisa criticità di personale medico in Casentino. Si rimedia all'emergenza accorpando, fino a risoluzione dell'emergenza, le reperibilità ed i ricoveri del Casentino ad Arezzo.

Dopo un breve periodo tale situazione si ripropone. Si pensa di utilizzare il medesimo rimedio, ma l'opposizione dei sindaci, che rivendicano per i propri cittadini la possibilità di non essere ricoverati fuori dalla propria zona, porta ad una nuova soluzione provvisoria: finché non viene ricostituito il numero dei medici, uno psichiatra di Arezzo accetta un trasferimento temporaneo in Casentino.

Gennaio – Dicembre 2012

Agli inizi del 2012 è invece la Zona Valtiberina a trovarsi in modo imprevisto senza responsabile (in ferie obbligatorie prima del pensionamento anticipato per evitare gli effetti della legge Fornero) e senza una psichiatra (per maternità). Il sottoscritto viene nominato responsabile f.f. (lo sono ancora) e dal 1 Luglio il numero dei medici è

ricostituito. A questo punto, sarebbe teoricamente possibile tornare all'organizzazione precedente, tuttavia per fare questo i medici dovrebbero superare il numero di reperibilità previste di norma dal C.C.N.L.; gli infermieri fanno, inoltre, presente che la frazione del reparto di medicina utilizzato per i ricoveri psichiatrici non ha caratteristiche adatte, sebbene ci abbiano lavorato fino a pochi mesi prima e, in attesa di lavori strutturali più importanti, siano già state apportate delle migliorie. Tale problematica non riceve una risposta. Nel frattempo tra U.O. Medicina e U.F. Salute Mentale Adulti viene preparato un protocollo per i ricoveri psichiatrici.

Gennaio – Luglio 2013

Cambia il Direttore di Zona – Distretto della Valtiberina ed il nuovo Direttore non ritiene prioritari i lavori strutturali per l'adeguamento del reparto ospedaliero, per cui continuano a persistere le condizioni per le quali il SPDC temporaneo non può riprendere la propria funzione.

L'U.O. Medicina, anche a seguito del riemergere di un vecchio contenzioso rispetto a un ricovero ospedaliero di diversi anni prima in SPDC, poi trasferito all'U.O. Medicina, ha un ripensamento sul protocollo dei ricoveri.

Nel frattempo si crea una nuova criticità dall'Aprile 2014: non viene rinnovata la sostituzione di un ½ tempo medico al Valdarno, per cui il Valdarno non è in condizioni di svolgere autonomamente le proprie reperibilità mediche, deve essere sostenuto per svolgerle e le risorse vengono tratte da quelle non utilizzate per la Valtiberina, non essendoci alternative migliori a tale scelta, impedendo però che la Valtiberina abbia il numero di medici necessario per potere organizzare potenzialmente in modo autonomo le proprie reperibilità.

Valdichiana

Nel frattempo, dall'Ottobre 2013 al Giugno 2014 si crea un'ulteriore criticità: a causa dell'assenza per malattia di una psichiatra (sostituita solo nel Maggio 2014) gli psichiatri della Valdichiana non sono in grado di svolgere autonomamente i turni di reperibilità, per cui anche la Valdichiana (dopo la Valtiberina) è accorpata ai turni di reperibilità di Arezzo e si crea un accordo sull'uso dei posti di degenza degli SPDC aperti: Arezzo 7 + 2 e Valdarno 6 + 1, strutturali; Casentino 2 + 1, temporaneo. Il numero complessivo dei posti letto negli SPDC dell'Azienda 8 rimane lo stesso che esisteva il 31.12.2011, quando ogni Zona aveva un SPDC aperto, stabile o temporaneo che fosse.

Gruppo di studio

In relazione alle varie criticità, la Direzione Sanitaria costituisce un gruppo di studio per valutare una diversa organizzazione dell'offerta ospedaliera psichiatrica, coordinato dalla Dr.ssa Pennacchioni (responsabile UFSMA Casentino). Il gruppo, facendo un'analisi di vantaggi e svantaggi, produce un documento che prospetta la possibilità che restino due soli SPDC, ovvereo quelli strutturati di Arezzo e Valdarno, in cui convogliare tutti i ricoveri psichiatrici dell'Azienda USL 8, con l'indicazione che Arezzo sia la sede dei ricoveri delle zone di Arezzo, Casentino e Valtiberina ed il Valdarno la sede dei ricoveri delle zone di Valdarno e Valdichiana. Dopo alcuni mesi dalla presentazione di questo documento, dalla Direzione Aziendale arriva il messaggio di tornare alla condizione quo ante, non emergenziale, per eventualmente poter discutere della fattibilità di una diversa offerta ospedaliera solo in un secondo momento.

Confronto tra Valdichiana e Valtiberina

Da quando l'UFSMA Valtiberina non ricovera nel proprio SPDC, non sono aumentati in modo sostanziale i ricoveri (16 nel 2011 e 18 nel 2013, dallo 0,050% allo 0,059%).

Neanche la Valdichiana ha aumentato i ricoveri (31 nel 2011 e 18 nei sette mesi in cui non ha ricoverato nel proprio SPDC dal Novembre 2013 al Maggio 2014; il tasso rimane pari allo 0,058%, dove non figurano i ricoveri in medicina generale che sono una delle caratteristiche specifiche della Valdichiana. I ricoveri che prima potevano essere appoggiati con basso livello assistenziale in Medicina ora sono tutti ricoverati in SPDC, prevalentemente ad Arezzo, e la degenza media dei ricoveri della Valdichiana ha subito un aumento marcato.

Da cosa dipendono le differenze?

Le due UFSMA hanno la stessa dotazione di personale, pur avendo dimensioni territoriali piuttosto diverse.

Il gruppo della Valtiberina appare sufficiente a svolgere una sufficiente prevenzione attiva della ricadute e quindi il tasso dei ricoveri non ha avuto variazioni importanti.

Il gruppo della Valdichiana esprime una maggiore sofferenza: non sono aumentati i ricoveri complessivamente, ma sono diventati di maggiore gravità e durata.

VERSO UNA CONCLUSIONE?

Gli SPDC temporanei permettono che una persona sia ricoverata vicino a casa e questo ha in genere un valore positivo in termini di maggiore possibilità di vicinanza affettiva da parte di familiari, amici e servizio. Anche se non sempre, spesso le persone ricoverate in SPDC hanno familiari con bassa possibilità di mobilità per raggiungere frequentemente l'ospedale di una città diversa da quella della zona di residenza e, talora, anche familiari e rete sociale meno disponibili a farsi carico di visite frequenti presso il SPDC sede del ricovero.

Gli SPDC temporanei obbligano i servizi a cercare di trovare soluzioni evitando il meccanismo della delega, aspetto molto apprezzato da Burti nella sua visita ad Arezzo (4). Obbligano i servizi a valutare le proprie risorse rispetto alla scelta del ricovero o di un trattamento domiciliare intensivo, tenendo anche conto della preferenza della persona che, rispetto al passato, almeno secondo la mia esperienza, più spesso si orienta verso il ricovero piuttosto che sull'intervento a domicilio. Tuttavia, impongono anche problemi di sostenibilità in termini di risorse appropriate rispetto alle dimensioni dei servizi.

Gli SPDC strutturati, o permanenti, tendono ad aumentare i tassi di ricovero, così come è avvenuto ad Arezzo e in Valdarno, sebbene tali tassi restino sempre tra i più

bassi della Toscana, ma credo che dovremmo interrogarci sull'appropriatezza dei ricoveri, piuttosto che solo sul loro numero, tenendo in considerazione anche l'opinione degli utenti.

Non credo che centralizzare i ricoveri possa portare a risparmi, ma ad uno spostamento delle risorse verso l'ospedalizzazione, con il serio rischio di potenziare il circolo vizioso che, impoverendo il territorio, depotenzia le azioni di intervento precoce e prevenzione delle recidive, aumentando ricoveri evitabili.

La centralizzazione dei ricoveri, d'altra parte, può avere vantaggi in termini di sicurezza strutturale, per utenti e personale, anche se l'opinione sul ricovero da parte delle persone ricoverate (Fig. 2) ed il clima interno secondo l'opinione dei ricoverati (Fig. 3) e degli operatori (Fig. 4), indici che risultavano molto buoni ad Arezzo fino al 2011, quando i posti letto erano limitati a 7, potrebbero subire un peggioramento in considerazione del maggior numero di persone ricoverate e della maggiore complessità dei ricoveri (presenza di alterazioni cognitive gravi, confusione ed aggressività anche in correlazione a dipendenza e/o uso recente di sostanze, comorbidità con disturbi medici generali complessi). Purtroppo su questo non sono in grado di fornire dati aggiornati, ma l'impressione descritta è molto forte negli operatori che lavorano in SPDC.

Fig. 2: Indice di gradimento del ricovero[5]

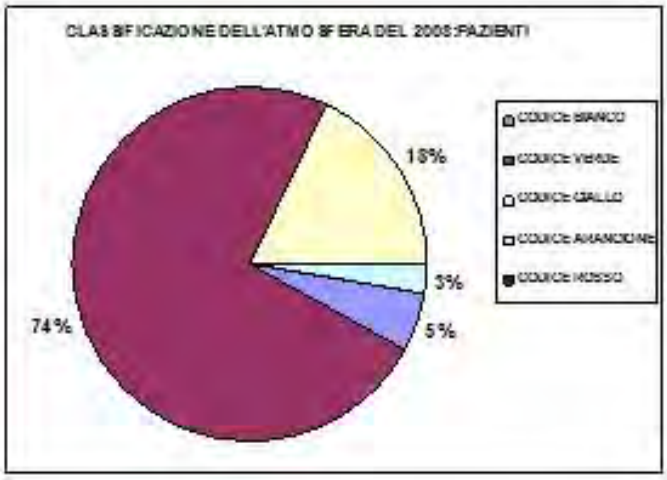

Fig. 3: Atmosfera di reparto, secondo l'opinione delle persone ricoverate[5]

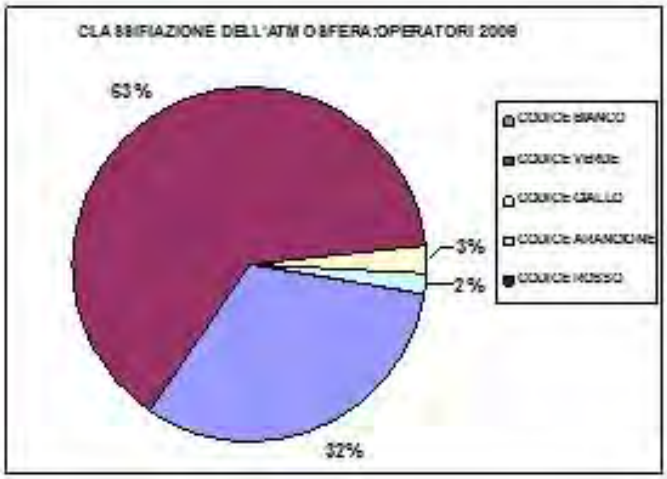

Fig. 4: Atmosfera di reparto, secondo l'opinione degli operatori[5]

Infine, l'attuale modello ha dei costi che possono diventare insostenibili in termini di salute degli operatori se il numero e la gravosità dei ricoveri diventano eccessivi,

limitando, tra l'altro, il lavoro di intervento precoce e di prevenzione delle recidive, se il personale territoriale è dislocato in SPDC per periodi protratti.

COME DECIDERE?

Ho portato esperienza ed opinioni. Sono ben consapevole dei limiti di questa relazione rispetto alle evidenze, pertanto auspico in una futura ricerca mirata in tal campo.

Il grande biologo evoluzionista John Maynard Smith[6] raccomanda di utilizzare pochissimo il mercato in sanità e di investire in ricerche valutative per guidare le decisioni di politica sanitaria: "Anche se queste ricerche costano, l'ignoranza di chi decide costa di più".

BIBLIOGRAFIA

1) De Wet D. (a cura di) (2012): L'Ospedalizzazione per disturbi psichici, da ARS Toscana (2012): La salute Mentale in Toscana. Aggiornamenti e Sviluppi, Cap. 2, pagg. 23 – 38, Collana dei Documenti ARS Toscana, Firenze.

2) Martini P., Cecchini M., Corlito G., D'Arco A., Nascimbeni P. (1985): "A Model of a Single Comprehensive Mental Health Service for a Catchment Area: a Community Alternative to Hospitalization", Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 316: 95 – 120.

3) Joy CB, Adams CE, Rice K (2007): "Crisis Intervention for People with Severe Mental Illness" (Review), The Cochrane Collaboration, Issue 4; John Wiley & Sons, Ltd, London.

4) Mosher LR, Burti L. (1989): CommunityMental Health Principles and Practice, WW Norton & Co., New York, London; Trad. It.: Psichiatria Territoriale Principi e Pratica, Feltrinelli, Milano, 1991

5) Cesari G, Faralli M, Travi M, Cappuccini M Serafini U, Noferi M (2008): "L'SPDC di Arezzo", presentato al Convegno: Se si può, si deve. Perché ci sono SPDCA aperti, chiusi, con contenzioni?, Arezzo, 16 ottobre 2008 (centrobasaglia.provincia.arezzo.it).

6) Maynard Smith J., Szathmáry E. (1995): The Major Transitions in Evolution, Freeman, Oxford University Press, Oxford, New York.