

Trenta anni di 180

Autore: Sandro Tangredi*

44

La riforma psichiatrica italiana nasce da un gesto molto preciso: nel 1961 venne chiesto a Franco Basaglia, giovane neodirettore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia, di sottoscrivere e quindi di legittimare le contenzioni, ed egli si rifiutò di compiere tale atto: si aprì una stagione di proporzioni difficilmente prevedibili e immaginabili.

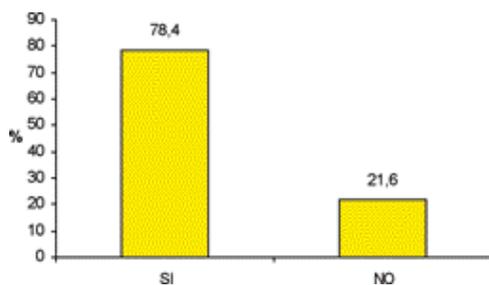
Nel suo realizzarsi la riforma, dal 13 maggio 1978 ad oggi, ha in parte perso il suo significato e valore originario: quello della liberazione. Ma non liberazione in senso astratto, o simbolico, o ancora di emancipazione economica o forme simili che tutti evidentemente oggi condividono. Si tratta della liberazione primigenia, quella dalla contenzione nei letti di ospedale, di ospedale civile.

La tesi finale di un master per le funzioni di coordinamento (di seguito ne troverete una sintesi) è stato motivo di approfondimento di questo complesso ed "infermieristico" tema.

NO RESTRAINT/OPEN DOOR un modello d'intervento nell'assistenza psichiatrica

La riduzione della libertà di movimento è operata in numerosi ambiti della medicina: molti pazienti sono contenuti in sala operatoria, nei servizi di pronto soccorso, nei reparti di medicina e chirurgia per evitare di compiere movimenti che possano recare loro danni o in ogni caso sempre con l'intento di salvaguardare l'incolumità del soggetto. È chiaro però che in ambito psichiatrico l'uso di pratiche contenitive assume una rilevanza diversa, non possiamo dimenticare un passato nel quale erano agite con mezzi che talvolta le rendevano più simili alla tortura che non a trattamenti terapeutici (catene, gabbie, sedie munite di cinghie per finire con lo strumento maggiormente evocato nell'immaginario collettivo, la camicia di forza): un desiderio di rottura e la consapevole necessità di stabilire una relazione terapeutica

con i malati basata su fiducia, rispetto e collaborazione ha portato alcuni servizi a "liberarsi" dalle contenzioni, ad assumere filosofie operative "altre". In Italia la rinuncia alla contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (d'ora in poi S.P.D.C.) è realtà in 12 Dipartimenti di Salute Mentale (dato 2007).



Presenza di mezzi di contenzione nelle strutture psichiatriche italiane (Progres -Acuti)

Questo elaborato documenta la fattibilità del modello no restraint analizzando la realtà del Dipartimento Salute Mentale di Mantova, unico presidio lombardo ad attuare tale metodica.

Ma cosa si intende per no restraint/open door? Semplicemente e palesemente:

- la pratica di non contenere mai il paziente;
- la pratica di lavorare con la porta aperta.

IL S.P.D.C. OSPEDALE CARLO POMA DI MANTOVA

La struttura Il S.P.D.C. dell'Azienda Ospedaliera Ospedale "Carlo Poma" di Mantova è collocato all'interno dell'area ospedaliera in una palazzina recentemente ristrutturata, facilmente accessibile e ben segnalata. Ha 14 posti letto situati in una struttura a piano terra dotata di presidi di sicurezza (maniglie delle finestre removibili, vetri di sicurezza, segnalatore acustico e visivo in caso di apertura



della porta...) e arredata secondo principi di confort e sicurezza ambientale (eliminati suppellettili in vetro e metalli pesanti, assenza di arredi che contengano parti in vetro quali quadri, armadi, tavoli...). La dislocazione delle camere garantisce l'osservazione dei pazienti più a rischio che vengono collocati nei pressi dell'infermeria.

L'organizzazione è stata analizzata con il modello di Henry Mintzberg, una delle teorie più accreditate, utilizzata da tempo nel management infermieristico per fare una lettura del Sistema Sanitario e in esso del Sistema Infermieristico.

Degli elementi fondamentali della teoria di Mintzberg, per esigenza di sintesi, si evidenziano:

- il vertice strategico;
- il sistema di pianificazione.

Il vertice strategico

Il Dipartimento Salute Mentale detiene il potere decisionale, ha la responsabilità globale, formale ed istituzionale dell'organizzazione, alloca risorse e svi-

esposto nel dipartimento a potenziali atti costrittivi è direttamente coinvolto nell'attuazione di "modalità soddisfacenti, appropriate e non restrittive". Nel territorio di competenza del Dipartimento Salute Mentale di Mantova vi sono tre S.P.D.C., tutti operativi con metodiche no restraint/open door (tra cui quello dell'Azienda Ospedaliera Ospedale "Carlo Poma" oggetto della mia analisi).

Il sistema di pianificazione

Premessa ed obiettivo primario della pianificazione delle attività del personale infermieristico e di supporto del S.P.D.C. di Mantova è garantire in tutti i turni (copertura delle 24 ore) la presenza minima di un operatore che si alterna in corsia nelle attività di:

- osservazione e di assorbimento delle richieste/necessità degli assistiti;
- mantenimento di un'adeguata atmosfera relazionale e di confort al fine di prevenire situazioni di tensione;
- gestione dei comportamenti aggressivi.



luppa strategie. È l'elemento che chiarisce e definisce la "politica" del servizio. Le decisioni che vengono assunte dal responsabile del dipartimento costituiscono elemento vincolante per il nucleo operativo, parte dell'organizzazione che produce servizi ed eroga prestazioni. La carta dei servizi del Dipartimento Salute Mentale di Mantova redatta nel 2005 esplicita la mission e gli obiettivi che si pone: "Promuovere la salute mentale ed emozionale dei cittadini della provincia di Mantova e garantirne la cura con modalità soddisfacenti, appropriate e non restrittive".

Essendo il Servizio di Diagnosi e Cura l'anello più

Dalla lettura del Piano delle Attività (da considerarsi piano operativo), documento che illustra in termini cronologici la successione delle attività di reparto, si evidenziano centralità e importanza dell'equipe: nei vari turni sono previsti momenti dedicati al confronto e alla discussione delle problematiche cliniche e non dei pazienti ed allo scambio di informazioni. Tali momenti di confronto sono sia interdisciplinari (medici e infermieri) che non.

La formazione non esiste schematismo o preparazione tecnica che fornisce, nella gestione della crisi, uno strumento efficace in ogni situazione ma



la comprensione analitica del comportamento aggressivo e l'analisi strutturata di accadimenti negativi nel processo di cura sono elementi che possono aiutare nello svolgimento di un buon lavoro terapeutico.

Comprensione del comportamento aggressivo

L'aggressività può avere forme aperte (atteggiamenti negativi, violenze verbali, fisiche...) o mascherate (maldicenza, ironia, satira, frecciate, indifferenza...): l'agitazione utilizza il corpo come mezzo di espressione di una sofferenza o di una disorganizzazione fisica, essa è comunicazione ed in quanto tale differenziata a seconda della storia personale e dello stato clinico di chi la agisce oltre al contesto sociale e locale in cui accade. Secondo evidenti analisi e criteri di stadiazione dell'aggressività si riconoscono una serie di fasi (escalation) nella modifica della linea basale emotiva del soggetto potenzialmente aggressivo:

- fase del fattore scatenante;
- fase di crescita dell'aggressività;
- fase della crisi;
- fase del recupero;
- fase della depressione post-critica.

Attuando tecniche di desescalation dell'aggressività si può ottenere la gestione clinica della crisi. L'equipe mantovana ha approfondito con specifico corso formativo i seguenti temi:

1. segnali anticipatori di aggressività;
2. identificazione di fattori calmanti;
3. tecniche comunicative.

Analisi degli eventi avversi

I processi assistenziali sono costantemente monitorati attraverso la rilevazione e analisi strutturata di accadimenti legati al processo di cura che abbiano avuto (o avrebbero potuto avere) conseguenze negative per i pazienti.

"La scheda di segnalazione degli eventi avversi", permette di individuare le possibili cause "radice" della violenza e i fattori predisponenti.

Prevede:

- La descrizione dell'evento avverso (o del quasi evento), il confronto fra la sequenza ideale e quella reale delle azioni che lo hanno generato

ed una serie di "perché", allo scopo di risalire a ritroso nella catena causale ed individuare le possibili cause radice;

- Domande relative a questioni organizzative e gestionali che le ricerche hanno individuato come frequentemente implicate nel verificarsi di errori umani;
- La descrizione delle strategie individualizzate per la prevenzione e la riduzione del rischio di eventi avversi;
- Una matrice per la quantificazione del rischio, derivante dal rapporto fra la probabilità che si verifichi un evento e l'entità del danno, reale o potenziale, ad esso associato.

La scheda per la rilevazione degli eventi avversi in dotazione agli operatori del SPDC di Mantova deriva da un lavoro di revisione della letteratura sull'argomento.

CONCLUSIONI

È essenziale per una metodica di lavoro no restraint/open door una chiara direttiva dipartimentale che legittimi/enunci gli obiettivi da perseguire e doti la struttura delle necessarie risorse ambientali ed umane oltre ad attuare tutti quegli interventi preparatori alla buona gestione del soggetto in fase di scompenso psichico che vanno dalla regolamentazione dell'attuazione di un T.S.O. (protocolli di collaborazione con il Pronto Soccorso, con le realtà sociali territoriali, le forze dell'ordine, la vigilanza interna dei presidi ospedalieri; ...).

Il gruppo degli operatori costituisce la risorsa operativa che mette in atto la metodica non restraint: formazione e lavoro "di gruppo" sono elementi fondamentali per attuare tecniche no restraint di gestione della persona in difficoltà e potenzialmente aggressiva.

A trent'anni dalla riforma che ha portato al superamento della manicomialità sopravvive ancora negli ospedali civili una psichiatria che adotta vecchi metodi, che attua la contenzione meccanica (con tutte le garanzie di sicurezza naturalmente) e che necessita di luoghi separati, chiusi.

Da quanto documentato la possibilità di ridiscutere un nuovo approccio con il paziente psichiatrico in fase di scompenso è concreta, attuabile.

