

Note sul Documento di riorganizzazione del DSM dell'AO Carlo Poma.

1. **Una sperimentazione** è solitamente un tentativo per andare da un punto A ad un punto B, definendo i mezzi, i tempi, i percorsi e le risorse per farlo. Nel caso della riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale dell'AO Carlo Poma, nel testo c'è scritto che obiettivo della sperimentazione è la riduzione dei ricoveri ed il potenziamento dei servizi territoriali. Un prima verifica necessaria, quindi, è capire se gli interventi programmati sono utili per almeno avvicinarsi all'obiettivo. Qui abbiamo una prima sorpresa. Gli interventi previsti riducono l'offerta di attività territoriale, la presenza sul territorio, l'integrazione tra operatori nei servizi, la continuità assistenziale. Ciò in quanto: con la guardia medica dipartimentale si riducono le ore di attività medica sul territorio, con la chiusura dell'SPDC di Castiglione delle Stiviere, del CPS di Viadana e con il progetto di trasporti secondari dei pazienti nella provincia, si sradicano le persone dai contesti territoriali e dagli operatori che li conoscono. Mediante interventi diretti, si stanno "sigillando" gli operatori dentro i servizi, anziché promuoverne la flessibilità, riducendo la capacità di presa in carico, di gestione territoriale, di affidamento relazionale.
2. **Di che si tratta allora?** di soldi: i pazienti sono considerate non come persone portatrici di bisogni di salute, ma potenziali "pacchetti di prestazioni", adeguatamente compensate da Regione Lombardia. Non è una novità, già in passato qualche Centro Diurno era stato riempito a forza di pazienti tenendo conto più della resa che della reale utilità. Per non parlare di coloro per cui ci si era inventati "residenze leggere" a casa loro. Adesso si tratta di liberare posti letto per collocare i pazienti ex-OPG nelle comunità, massimizzare le prestazioni/visite per medico, inventarsi nuovi contenitori da "spremere" nel modo più lucroso possibile.
3. **Il paziente sparisce.** Viene ridotto ad entità che ha una percezione distorta dei propri bisogni e deve limitarsi ad occupare gli spazi che gli sono destinati dallo psichiatra che l'ha in cura. Riempirà i servizi massimizzando la resa economica. Se è al CPS deve fare la visita ed andarsene, se è al CRA deve ben guardarsi dal valicare la soglia per sostare al centro diurno, se ha una casa, deve aspettarsi che possa essere trasformata in "residenza leggera", se è ricoverato all'SPDC deve star attento a non disturbare per non trovarsi legato o spedito all'OPG.
4. **3,2,1. L'organizzazione del Dipartimento.** E' tagliata su misura non dei bisogni assistenziali, ma del numero di primari che deve mantenere. E' assolutamente esplicito, si passa da una organizzazione che prevedeva tre Unità Operative che ripercorrevano i confini dei distretti socio-sanitari, nonché degli ambiti dei piani di zona, ad un mostro che taglia in due la provincia. Perché in due? Perché sono due i primari lasciati sul territorio per coordinare gli interventi a favore di alcune migliaia di persone. Perché due? Perché altri due vengono lasciati in OPG ad occuparsi dei circa 200 ricoverati. E' a partire da questo presupposto che vengono ridisegnati i confini, riassegnati i pazienti, pesati i servizi (due primari, due SPDC), definite le identità e le priorità dei servizi, i modi di lavorare. E' un presupposto che non condividiamo assolutamente.
5. **L'OPG.** Non se ne parla esplicitamente. In realtà questo "convitato di pietra" è assolutamente presente nel documento e non solo. Culture, pratiche, politiche del vecchio "manicomio criminale" vengono, goccia dopo goccia, infuse nell'organizzazione del DSM. Non c'è scritto nel documento, ma un altro progetto presentato dal Poma in settembre prevede di mettere a disposizione dell'OPG le comunità del Poma (a

partire dalla Piccola Opera) e ciò che resterà dell'SPDC di Castiglione delle Stiviere. Sempre per massimizzare la resa economica dei ricoverati. Poco importa se i pazienti potrebbero essere più agevolmente curati vicino a casa loro.

6. **Separare non integrare.** Anche questo nel documento aziendale non si troverà scritto. Ma viene agito quotidianamente nei comportamenti e nelle dichiarazioni che il nuovo Direttore di Dipartimento fa, aggirandosi per i servizi. Operatori, pazienti, spazi, ciascuno va ridefinito e separato. Certo il bisogno d'ordine è comprensibile per chi fatica a lavorare nella complessità, ma questo produce diseconomie evidenti, interrompe le relazioni, rende più difficile la gestione e il passaggio dei pazienti lungo le diverse strutture necessarie per rispondere ai loro bisogni.
7. **Mortificare ruoli e competenze.** Altro che empowerment. Il modello di comando proposto è assolutamente autocratico. Non riconosce il ruolo altrui. Lo stile è "qui comando io". La gestione del personale del comparto, dalle minuzie quotidiane, alla mobilità è oggetto dell'intervento del Direttore di Dipartimento, con buona pace del SITRA. Non parliamo poi delle relazioni con la dirigenza medica. Questo modo di lavorare produce relazioni di dipendenza, provoca frustrazione e passività, sconcerto e demotivazione. Trattare i collaboratori come oggetti ci dice qualcosa sul modo con cui questi dovrebbero trattare i pazienti e sul clima del servizio?
8. **Soffocare le buone pratiche.** Parliamo della psichiatria di comunità. O meglio del lavoro di comunità per la promozione della salute mentale. Che richiede investimento, coinvolgimento pluriprofessionale, lavoro di équipes, spazi di discussione. O parliamo degli interventi "no restraint" che prevedono le porte aperte nei reparti, il rifiuto di utilizzare strumenti di contenzione, il privilegiare la relazione come strumento di contenimento, cura, sostegno e orientamento. Non ne resta nulla nel documento. Perché prevale una visione oggettivante, fatta di farmaci, prestazioni, DRG e rimborsi. Di conseguenza, l'enfasi si sposta sulla gestione – pasticciata – dell'urgenza; chiudere spdc, aprire guardia medica, spostare pazienti in ambulanza, guardiola in pronto soccorso, ecc.

Un'altra idea di dipartimento.

Partiamo dalla condivisione dell'obiettivo. Ridurre i ricoveri, potenziare l'assistenza territoriale, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Cosa serve?

1) Uno stile di lavoro partecipativo

Speriamo che in un ambito che ha al suo centro il mondo delle relazioni interpersonali non suoni troppo "estraneo" il richiamo all'importanza del clima lavorativo. Un ripensamento delle modalità di funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale non può che partire dalla ricostruzione della rete di relazioni all'interno del Dipartimento, superando, recinti, steccati, ossificazioni e rendite di posizione costruite negli anni. Serve la capacità di coinvolgere operatori, utenti e famiglie in progetti di riordino che mettano al centro il benessere delle persone, valorizzandole, qualunque sia il ruolo che occupano. Per questo consideriamo importante il documento sottoscritto da diversi operatori del DSM sulla riorganizzazione del loro servizio. Perché ci sembra un contributo importante da cui far partire una discussione con loro, le associazioni di famigliari, i vertici aziendali, il terzo settore, i comuni dei diversi ambiti territoriali e l'ASL.

2) Una organizzazione attenta ai bisogni ed ai contesti in cui si manifestano

Se il modello di DSM esistente, organizzato su tre UOP aveva un problema, era che le tre UOP avevano non solo stili lavorativi, priorità, modelli organizzativi diversi, ma che si presentavano come tre “regni” , impermeabili ed in competizione tra loro. Pur con questo problema di integrazione, riuscivano, per la storia costruita nel tempo, a costituire un modello di rapporto con il territorio, i comuni, le associazioni ed il mondo produttivo utile a gestire le problematiche ed i bisogni di salute delle persone che si rivolgevano ai servizi. Il modello proposto dal documento, che articola l’organizzazione su due UOP, rompe tutto questo mantenendo la separatezza tra UOP. Pur ritenendo che il modello articolato su tre UOP, opportunamente rivisto in modo da promuovere una maggior integrazione a livello dipartimentale sia ancora preferibile, riteniamo che l’alternativa più efficace a questo potrebbe essere una organizzazione che veda al suo interno una sola struttura complessa (più l’OPG) che copra l’intero territorio provinciale, al cui interno si articolano diverse strutture semplici, legate agli ambiti territoriali distrettuali. Tutto questo si può fare anche mantenendo la riduzione a quattro delle strutture complesse tra DSM e OPG. Basta ridurre ad 1 la struttura complessa dell’OPG. Pensiamo inoltre che sia importante legare gli operatori al territorio e non alla struttura, per favorire non solo un utilizzo flessibile tra strutture diverse, ma la possibilità di assicurare ai pazienti riferimenti stabili, affidabili, che conoscono loro e il territorio in cui sono inseriti. Pensiamo sia importante quindi articolare la presenza degli operatori in équipes territoriali oltre che di struttura costruendo momenti strutturati di integrazione tra le diverse strutture (CPS, CRA, CP, CD, SPDC) presenti sul territorio e mirati e condivisi progetti di rotazione periodica e programmata degli operatori tra le diverse strutture operative.

Pensiamo che l’idea di sbalottare pazienti da un territorio all’altro, in cerca di un posto letto sia sbagliata e non tenga per nulla conto delle fragilità di questo tipo di utenza e delle loro reti sociali e familiari. Pensiamo sia meglio che i pazienti abbiano dei riferimenti affidabili e conosciuti.

D’altronde, questo principio lo troviamo affermato anche nel documento aziendale, solo per i pazienti viadanesi, però: *“l’utenza presente sul territorio provinciale coincidente con il distretto ASL Bozzolo-Viadana, troverà risposta, per quanto attiene l’eventuale esigenza di ricovero psichiatrico, presso la struttura SPDC del Presidio Oglio-Po, come da piano di cura. Tale prassi, ormai consolidata e documentata da protocollo, nasce dall’esigenza di mantenere il paziente nella propria realtà distrettuale”*.

Pensiamo che questo principio vada mantenuto anche per i pazienti del resto della provincia.

Pensiamo sia quindi utile mantenere una diffusione, il più ampia possibile, dei posti letto degli SPDC sul territorio provinciale, mantenendo aperto – quindi – l’SPDC di Castiglione d.S., per il quale si può ipotizzare, al limite (nel caso in cui il problema fosse legato alla coesistenza con l’Ospedale S.Pellegrino) , un trasferimento presso il PO di Asola, recuperando, in questo modo, una quota di utenti adesso destinata all’ospedale Oglio Po. Pensiamo sia possibile ed utile una riduzione dei posti letto negli SPDC della provincia, solo a seguito di effettivi ed efficaci interventi di potenziamento del lavoro territoriale che comportino una stabile riduzione dei TSO. La situazione attuale vede invece una continua contrazione delle risorse economiche e del personale dedicato agli interventi territoriali ed un progressivo – in parte conseguente – impoverimento delle reti sociali in cui i servizi operano.

A proposito di “emergenze”, pensiamo anche che, in modo ancora più esplicito, sia necessario riproporre il problema dei ricoveri di adolescenti, per i quali va assolutamente superata la procedura che prevede il loro invio in ospedali extraprovinciali, costruendo le condizioni per mantenerli sul territorio di riferimento e ridefinite modalità, sedi e strutture con cui gestire la presa in carico, in modo integrato con gli altri servizi extra aziendali.

[Entra in rete anche tu. Collegati al sito della Funzione Pubblica CGIL di Mantova](http://www.cgil.mantova.it/fp/home/home.htm)

www.cgil.mantova.it/fp/home/home.htm

3) Il lavoro territoriale come priorità

Il progetto di Guardia Medica Dipartimentale, contenuto nel documento aziendale è in diretta relazione con la prevista (e da noi non condivisa) **prospettata** chiusura dell'SPDC di Castiglione d.S.. Sta anche in relazione con l'idea di costruire un complesso sistema di trasporti secondari per trasportare a Mantova i pazienti che dovessero rivolgersi ai PS di Asola e Castiglione. L'idea è, secondo noi, non sostenuta da numeri tali da giustificare la necessità. Considerando i dati che conosciamo, il modello attualmente vigente, che prevede tre medici reperibili sul territorio provinciale, risulta sicuramente più economico, più efficiente, e non risulta aver mai creato situazioni critiche per i servizi o i pazienti. Trasformare la reperibilità in guardia attiva comporterebbe sottrarre quelle ore di lavoro, alle attività territoriali, deprimendo ulteriormente la capacità di dare risposte adeguate alle esigenze degli utenti già pesantemente compromessa dal mancato reintegro delle unità di personale medico cessate negli ultimi quattro anni.

Nel caso in cui i numeri ci dessero torto, e giustificassero una significativa richiesta di interventi nelle ore serali e notturne, si aprirebbe un problema diverso. Bisognerebbe porre il problema di come organizzare il lavoro territoriale in modo da garantire una copertura multi professionale H24 ai bisogni dei pazienti. Se il problema fosse che alcune tipologie di pazienti risultano necessitare interventi nelle ore serali e notturne, non sarebbe corretto pensare ad una risposta solo in termini di "guardia medica". Sarebbe necessario definire modalità con cui coinvolgere i diversi case manager, ripensare l'articolazione oraria delle attività, ripensare, in sintesi, l'organizzazione del servizio in relazione ai bisogni dei suoi pazienti. Se c'è questo problema, pensiamo sia utile approfondirlo, negli incontri con gli operatori, le famiglie, i pazienti per studiare le modalità organizzative più adeguate.

Pensiamo che sia altrettanto sbagliata l'idea di chiudere il CPS di Viadana per aprire un Centro Diurno. La motivazione addotta riguarda i requisiti strutturali per permettere il funzionamento. Pensiamo, che in un territorio così disperso, sia importante mantenere un CPS, non un semplice ambulatorio. Pensiamo che un Centro Diurno non abbia ragione di esser aperto, sia per un problema di utenza, sia per la complessità organizzativa e logistica comportata da un territorio così disperso, essendo preferibile promuovere l'integrazione dei pazienti attraverso le numerose realtà associative presenti. L'efficacia dell'approccio utilizzato nel lavoro territoriale sul territorio viadanese è poi dimostrata dal numero di TSO, che negli anni scorsi si era ridotto quasi a zero.

Pensiamo sia da affrontare invece il problema della integrazione dell'equipe territoriale di riferimento dell'ambito territoriale di Viadana con l'SPDC. Proponiamo di discutere e sperimentare, come previsto anche dalle linee guida per la stesura dei POFA, la possibilità di costituire una unità organizzativa inter-aziendale, che permetta di integrare interventi territoriali ed ospedalieri sul territorio del distretto. Volendo estendere la sperimentazione si potrebbe verificare la possibilità di includere nell' "equipe integrata" anche le attività del Dipartimento Dipendenze dell'ASL che ha a Viadana una delle sue sedi operative.

4) La valorizzazione delle buone pratiche

Non crediamo che siano necessari interventi demolitori finalizzati a cambiare il DSM. Pensiamo sia preferibile un approccio che abbia alla base il “prendersi cura” del servizio, degli utenti e degli operatori, come modalità per promuovere il cambiamento. Allora si tratta di ragionare su come si fa “manutenzione”, partendo dalle “buone pratiche”, dagli interventi ritenuti qualificanti per migliorare la qualità del DSM

Ne individuiamo alcuni, consapevoli che l’elenco potrebbe esser più esteso

- **Interventi di comunità.** Si tratta di affermare e sostenere tutte le iniziative che facilitino un lavoro per la promozione della salute mentale integrato nella comunità locale, capace di far interagire associazioni, famiglie, pazienti, operatori, superando il più possibile un approccio “struttura-centrico”. Per questo pensiamo sia necessario aprire un confronto con gli operatori, soprattutto nei CPS, per definire le iniziative con cui ridare slancio al lavoro comunitario.
- **No restraint.** L’utilizzo di un approccio “a porte aperte” e che rifiuta il ricorso a strumenti di contenzione, caratterizza non solo l’esperienza ormai ventennale dell’SPDC di Mantova, per la quale l’Azienda Ospedaliera ha ricevuto numerosi riconoscimenti, ma una filosofia nell’approccio e nella relazione con il paziente che costituisce un punto di riferimento importante nella storia della psichiatria italiana. Quell’approccio merita di esser indicato come punto di riferimento per l’intera azienda ospedaliera e richiede per poter esser mantenuto un forte investimento su quattro aree: la formazione degli operatori; la manutenzione della “rete sociale” (incluso le relazioni con i CPS), la garanzia di disponibilità di risorse umane adeguate a gestire una adeguata relazione con i pazienti ricoverati; una revisione delle strutture residenziali finalizzata a facilitare l’inserimento temporaneo di pazienti una volta esaurito il periodo di ricovero in SPDC
- **Il case manager.** Pensiamo sia una innovazione significativa, bisogna lavorare perché divenga uno strumento per valorizzare un approccio pluriprofessionale e non “medicocentrico” nella gestione di interventi di promozione della salute mentale. Non può invece esser degradato – come rischia di avvenire nell’attuazione delle indicazioni date al DSM - a mero intervento di controllo, pena l’impoverimento della funzione. In questo contesto, la decisione di escludere dalla funzione di casemanager gli educatori se è assolutamente ingiustificabile ed incoerente con le finalità della funzione, risulta illuminante riguardo alla funzione di mera gestione del controllo sociale che si vuole attribuire a questa figura.
- **Riabilitazione, inserimento sociale e “progetti”.** Negli anni l’AO ha investito parecchio nella realizzazione di “progetti speciali”. Pensiamo sia giunto il momento di procedere ad una valutazione di efficacia e di decidere come strutturarli all’interno dell’attività istituzionale

5) Il ruolo dell'OPG

E' chiaro che, a quattro anni dall'emanazione del DPCM 1.4.2008, si pone in modo evidente il problema di cosa in questi anni è stato fatto – anche dall'Azienda - per provvedere al superamento della struttura, previsto dalla legge. La collocazione prevista dallo scorso POFA, "struttura in collegamento funzionale on il DSM" e di afferenza anche dell'area della Sanità Penitenziaria è da superare, per ricondurre l'OPG ad essere una struttura "dotata di autonomia organizzativa", nell'ambito del DSM.

Le norme che si sono succedute sono chiare: l'idea di paziente psichiatrico e le conseguenti modalità di trattamento agite nell'OPG vanno superate e ricondotte ai modelli praticati, dopo la legge di riforma del 1978, nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. E' il modello di intervento sperimentato sul territorio negli ultimi 35 anni che deve informare l'operatività dell'OPG, non il contrario.

Dobbiamo quindi considerare l'OPG di Castiglione delle Stiviere come in passato abbiamo considerato i manicomi di Dosso del Corso o della Ghisiola e decidere quali interventi agire per promuoverne il suo superamento, anzitutto con la riassegnazione dei pazienti ai territori di origine. E' evidente che l'ipotesi organizzativa in circolazione, che pare prevedere un numero di strutture post-OPG con un numero di posti letto pari alla capienza originaria della struttura (ca.120 p.l.), sarebbe un palese tentativo di elusione della norma, e quindi inaccettabile. Da subito invece è possibile definire procedure finalizzate a impedire che pazienti in carico al DSM vengano collocati in OPG, prevedendo che vengano sempre proposti di progetti territoriali per i pazienti mantovani come alternativa all'internamento e costruendo le iniziative possibili finalizzate ad ridurre il rischio della commissione di reati. Il personale operante nell'OPG dovrà essere sostenuto attraverso una formazione adeguata, superando le differenze con i colleghi del territorio nell'utilizzo degli strumenti riabilitativi. Dovrà quindi essere avviato un confronto in sede regionale per definire il bacino d'utenza e le dimensioni delle strutture di Castiglione delle Stiviere e aprire un percorso per la riconversione della struttura e la ricollocazione degli operatori. Da un punto di vista organizzativo va immediatamente superato lo squilibrio esistente tra l'articolazione in strutture complesse e semplici previsto per gli interventi territoriali per la salute mentale e quelli previsti per la struttura giudiziaria. Né la complessità delle situazioni, né la numerosità dei pazienti seguiti, né la necessità di intrecciare piani di lavoro e modelli operativi diversi e tantomeno una qualunque proiezione sul futuro giustificano un numero di strutture semplici e complesse quali quelle che sono previste nel piano di organizzazione per l'OPG e la sanità penitenziaria. E' assolutamente necessaria una loro rimodulazione e riteniamo che da lì possano esser recuperate risorse per garantire un assetto più adeguato ai servizi del DSM mantovano.