

NOTE CRITICHE E PROPOSITIVE SULLA PROGETTO DI RIORGANIZZAZIONE DEL  
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELLA PROVINCIA DI MANTOVA AVANZATO  
DALL'AZIENDA OSPEDALIERA.

PREMESSE

Questo documento è frutto di una serie di consultazioni condivise tra una parte dei Medici e degli Operatori del Comparto del Dipartimento di Salute Mentale della Provincia di Mantova. Con esso intendiamo esporre le divergenze di principio, riscontrate sia nei metodi sia nei contenuti, riguardo al Progetto Riorganizzativo del Dipartimento che ci è stato proposto; quest'ultimo, pur premettendo la priorità di una "modalità operativa centrata sul territorio attraverso l'implementazione e lo sviluppo di buone pratiche condivise" di fatto, a nostro avviso, disattende clamorosamente i valori fondamentali su cui poggiano i presupposti di una coerente Psichiatria di Comunità.

A nostro modo di vedere ed in base alla nostra esperienza e alla letteratura esistente, se la centralità del lavoro che riguarda la Salute Mentale non è autenticamente posta sulla Comunità in termini di sua attivazione, implementazione ed impulso alla crescita del capitale sociale, ogni azione e ogni intento terapeutico rischia di risolversi in mero intervento "tamponante" che, alla lunga, non riesce a ridurre incisivamente, oltre che le manifestazioni patologiche e la sofferenza dei soggetti, anche la cronicizzazione degli episodi critici; tutto questo sostenuto da interventi improntati all'urgenza e alla discontinuità terapeutica, con relativo aumento dei tassi di ospedalizzazione e di saturazione dei posti nelle Strutture Residenziali.

A tutto ciò va sommato, ovviamente, l'ulteriore incremento del carico di sofferenza per le famiglie e per i soggetti affetti da patologie mentali che, senza un adeguato e capillare intervento territoriale, si ritrovano senza supporti competenti a comprendere i problemi individuali e sociali e ad evitare le ben note pratiche di esclusione e la stigmatizzazione del loro disagio.

Al modello di una psichiatria territoriale, orientata riduttivamente all'accentramento in un unico luogo, sia esso il SPDC, il Centro Diurno, la Comunità Residenziale, o il Centro Psico-Sociale, delle sue pratiche di cura, nell'attesa che siano i pazienti a rivolgersi agli operatori e non viceversa, indirizzata ad aprire ambulatori specialistici sul territorio, con il mandato per i medici di visitare almeno dieci pazienti a giorno, organizzata per affidare al solo *case-manager* (di solito operatore del Comparto) il complesso compito di costruire e coordinare i servizi di rete sociale ed i progetti terapeutici più complessi, crediamo sia opportuno contrapporre un differente modello fondato sul più ampio concetto di Salute Mentale. Tale approccio privilegia e tutela la residenza dei pazienti ed i loro ambienti naturali, preoccupandosi di coinvolgere nei progetti di cura familiari, Associazioni, Enti, volontari, aiutanti naturali; un modello, questo, realmente integrato con il territorio e le sue risorse, in grado di costituire virtuose reti sociali; capace, quindi, di favorire realmente fecondi processi di inclusione del soggetto portatore di una sofferenza mentale.

## PRINCIPI

Il modello operativo che in questo documento proponiamo si basa su alcuni principi fondamentali che, di seguito, brevemente riassumiamo:

- 1) Analisi dei bisogni della popolazione in tema di Salute Mentale: un cittadino su tre in Italia – e quindi anche nella nostra Provincia – è portatore di disagio e può sviluppare una patologia psichiatrica. È nostro compito favorire l’auto-affermazione dell’individuo a prescindere da modelli di competitività basati sulla violenza, la separazione o il giudizio.
- 2) Promozione di iniziative e percorsi formativi, destinati all’umanizzazione degli interventi nei riguardi delle persone portatrici di disagio psichico, nel rispetto del consenso alla cura e della *privacy*.
- 3) Privilegio dei diritti dei cittadini, soprattutto delle fasce più deboli, perché tutti possano ricevere una risposta sanitaria qualitativamente adeguata.
- 4) Investimento di risorse e competenze nella prevenzione del disturbo psichico con interventi coordinati nelle scuole, nei quartieri, nei luoghi di lavoro, nei centri di aggregazione, allo scopo di ricostruire un senso di Comunità solidale e competente.
- 5) Lotta contro lo stigma e contro tutte quelle nuove forme di ghettizzazione e d’istituzionalizzazione.
- 6) Rispetto del principio della territorialità della cura, attraverso l’attivazione di percorsi terapeutici fondati sulla continuità terapeutica, sulla presa in carico del paziente portatore di patologie complesse, mediante un intervento integrato tra l’*équipe* psichiatrica e le reti naturali e sociali (familiari, Medico di Medicina Generale, cooperative sociali, gruppi di volontariato, gruppi informali ecc.).
- 7) Preminenza in qualsiasi percorso di cura alla relazione basata sulla decodificazione pertinente della domanda e sulla comprensione empatica, premessa fondamentale per una corretta diagnosi e un adeguato trattamento che non si affidi riduttivamente al mero controllo sintomatologico e comportamentale e a conseguenti risposte esclusivamente farmacologiche e residenziali.
- 8) Bandire gli interventi coercitivi sia in ambito ospedaliero (contenzioni) che extra-ospedaliero. Non è a nostro avviso accettabile, infatti, che nelle Comunità Terapeutiche siano attuati programmi di tipo normativo e che nei Centri Psico-Sociali sia privilegiato lo “sguardo” clinico oggettivizzante.
- 9) In considerazione della complessità delle manifestazioni della malattia mentale ed in conformità con il modello bio-psico-sociale, resta irrinunciabile lavorare in *équipe* multi-professionali, in maniera tale che i progetti di cura, oltre che dell’intervento medico, siano

comprensivi di interventi in grado di fornire reali risposte alle problematiche presentate dagli utenti, dai familiari e dai cittadini in genere, mescolandosi e contaminandosi con esse per una politica della salute mentale all'insegna del confronto e della condivisione.

- 10) Riduzione, attraverso l'investimento sull'attività territoriale, del numero dei ricoveri in acuzie e soprattutto di quelli in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

## VALUTAZIONE TECNICA

- 1) Dal punto di vista strettamente organizzativo, sempre nell'ottica di una pratica dei Servizi che abbia un'autentica vocazione territoriale fondata sulla continuità della cura, riteniamo indispensabile che nel territorio viadanese, costituito da una popolazione di circa 46000 abitanti, sia irrinunciabile mantenere, oltre che il nascente Centro Diurno, anche il Centro Psico-Sociale. Quest'ultimo Servizio, attivamente operato da anni in collaborazione stretta con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "Oglio Po" (CR) è un esempio di pratica territoriale centrata sulla relazione operatore - paziente e sulla connessione con il tessuto sociale; prova ne è, nel recente passato, il pressochè totale azzeramento del ricorso a Trattamenti Sanitari Obbligatori. Occorre inoltre sottolineare che, in sinergia con il Centro Psico-Sociale, anche il centro Diurno dovrà mantenere un respiro territoriale, nel senso di una connessione fondata sulla reciprocità con le reti naturali e sociali e che gli operatori (infermieri, educatori, O.S.S.) dovranno poter accompagnare l'utente sulla strada dell'inclusione sociale per non diventare essi stessi complici dell'espulsione dal suo contesto di vita e della sua ghettizzazione all'interno dei Servizi.
- 2) Per quanto concerne l'Area Riabilitativa di pertinenza delle Comunità Riabilitative e delle Comunità Protette ad Alta e Media Intensità Assistenziale, ci preme ribadire quanto segue:
  - I posti in residenza non possono essere saturati solo per un fine economico. Alla base dell'inserimento nelle suddette Comunità, infatti, deve necessariamente restare il progetto riabilitativo mirato e connotato un tempo definito;
  - Occorre assolutamente rivedere i parametri di accreditamento in quanto attualmente disattesi in termini di organico (medici, educatori, psicologi) e di risorse a favore della attività terapeutiche;
  - Nessun percorso riabilitativo può essere portato a termine se non integrato adeguatamente con un lavoro speculare e sintonico dell'*équipe* territoriale del C.P.S. che prepara il terreno per il reinserimento sociale dell'individuo.
- 3) A proposito dell'acuzie:

Attualmente il DSM dispone di 33 posti letto ripartiti tra i tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di Mantova, Castiglione d/S e Pieve di Coriano (più alcuni posti presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale "Oglio Po" per i pazienti afferenti dall'area viadanese). Questa situazione offre un quadro che già di per sé mostra un numero di posti letto inferiore rispetto ai parametri stabiliti del Piano Salute Mentale della Regione

Lombardia, dove è stabilito un posto letto ogni 10000 abitanti (avendo la provincia di Mantova una popolazione di circa 420000 ne mancherebbero almeno altri 5).

Riteniamo, quindi, che i tre Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura debbano essere mantenuti soprattutto per rispondere alle necessità dei pazienti di essere accolti e curati nel loro territorio di residenza, da operatori spesso già conosciuti, con i quali è già stabilita una relazione affettiva e significativa. Da ciò ne discende che, in primo luogo, non capiamo il senso di trasformare il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Castiglione d/S in una C.R.A per post-acuti e ci viene il dubbio che la logica sottostante sia legata all'esigenza di una riduzione dei costi relativi al personale e/o a problemi di rapporto con le fondazioni; non certo, comunque, ispirata a rispondere ai reali bisogni dell'utenza!

Inoltre, la proposta di una guardia attiva psichiatrica unica presso l'Ospedale di Mantova ci sembra totalmente fuori luogo, in primis, perché più costosa per l'Azienda Ospedaliera ed in secondo luogo perché lascerebbe ancora più "scoperti" i Servizi dalla presenza medica a causa delle turnazioni e dei relativi recuperi che la guardia attiva prevede. Inoltre, tale organizzazione metterebbe gli utenti in condizioni di ulteriore grave disagio; ricordiamo, infatti, si tratta soprattutto di persone sole, lungo-assistiti o anziani.

Ed ancora, una guardia attiva notturna e festiva non può prescindere da un adeguato supporto da parte dei trasporti secondari e chi lavora sul campo conosce bene tutte le difficoltà che tutt'ora esistono nell'attivare il servizio delle ambulanze per il trasporto in urgenza dei pazienti psichiatrici, ad esempio per i T.S.O.

Infine, la guardia attiva centralizzata così come è concepita nel progetto riorganizzativo espone il medico di guardia a non lavorare più in sicurezza inducendolo all'assunzione di rischi medico-legali inaccettabili, in quanto non risulta per nulla chiara l'attribuzione della presa in carico (medico del Pronto Soccorso? Secondo reperibile? Medico del 118?) del paziente e, quindi, della responsabilità del percorso di cura durante l'urgenza notturna e festiva.

4) Considerata la premessa che il Progetto di Riorganizzazione prende spunto dal bisogno di creare una visione integrata del Dipartimento di Salute Mentale, sosteniamo che la divisione proposta in due macro-aree, chiamate "Mantova 1" e "Mantova 2", oltre che mettere gli utenti in una nuova condizione di difficoltà generata dall'ennesimo passaggio di presa in carico ad altro medico e ad altro *case-manager*, rappresenti una spinta verso la separazione e la delega di responsabilità. Non risultano peraltro del tutto chiari i motivi della suddivisione in due Aree e a questa stregua al fine di raggiungere una migliore integrazione dipartimentale sarebbe forse auspicabile un'unica figura di coordinamento e non due.

Osserviamo come la eventuale riorganizzazione non possa certo ridursi ad una semplice divisione operata su di una mappa geografica, ma debba innanzitutto tenere conto del territorio con le sue distanze, la sua viabilità e la storia, compresa quella dei singoli servizi che su quel territorio si trovano.

Riteniamo pertanto che per il momento vada mantenuto l'assetto esistente e che per ipotizzare ed attuare eventuali modifiche funzionali debbano prima di tutto essere coinvolti gli operatori con le loro esperienze nonché gli Enti, le Associazioni dei Familiari e i Gruppi di Volontariato.

5) Infine, osserviamo stupiti come nel progetto di riordino del DSM non siano incluse ma siano completamente omesse e rimosse le informazioni relative alla imminente chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione d/S ed il conseguente nuovo quadro

organizzativo dipartimentale che si verrà a determinare in seguito al ritorno dei pazienti attualmente ospiti da tale struttura nelle loro regioni e nei territori di provenienza, nonché il destino degli operatori attualmente in forza allo stesso O.P.G. Ci chiediamo quindi quale scenario si verrà a creare e quali progetti esistano a tale proposito da parte dell'Azienda.

Cogliamo a tal proposito l'occasione per ribadire la nostra piena adesione al movimento che promuove la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia, poiché dissentiamo dalle forme coercitive di intervento sulla malattia mentale.

Per una politica dei Servizi di Salute Mentale autenticamente condivisa e partecipata ci impegneremo a diffondere le nostre proposte e chiederemo ai singoli operatori del Dipartimento di Salute Mentale, alle Associazioni dei Familiari, agli Enti, ai Sindacati di categoria ed ai singoli cittadini che ne condividono gli indirizzi e i principi di sottoscrivere questo documento.

Mantova, 15/10/2012