



Atti del Convegno

Triage Psichiatrico Territoriale (TPT) e gestione infermieristica delle urgenze in psichiatria

Relatori:

*Vincenzo Raucci
Giovanni Spaccapeli*

Programma

1ª sessione

- 8.30 Registrazione partecipanti
- 9.00 Apertura lavori
- 9.15 **Cenni storici e legislativi in ambito psichiatrico**
(Giovanni Spaccapeli - Vincenzo Raucci)
- 10.15 **Organizzazione di un DSM: obiettivi e management**
(Giovanni Spaccapeli)
- 10.45 Coffee break
- 11.00 **Triage psichiatrico: definizione e strumenti**
(Vincenzo Raucci)
- 11.45 **Esercitazione di gruppo su casi definiti**
- 13.00 Pausa pranzo

2ª sessione

- 14.00 **Urgenza-emergenza in ambito psichiatrico: strumenti e strategie**
(Giovanni Spaccapeli - Vincenzo Raucci)
- 15.00 **La contenzione fisica, psicologica e farmacologica**
(Vincenzo Raucci - Giovanni Spaccapeli)
- 16.00 **Esercitazione di gruppo sui metodi alternativi alla contenzione**
- 17.30 Dibattito
- 18.30 Consegna questionari di gradimento e di valutazione
- 19.00 Fine Convegno

Cenni storici e legislativi in ambito psichiatrico

“La storia non è soltanto una pura speculazione intellettuale: la comprensione del passato professionale può, infatti, favorire la consapevolezza dei problemi e delle situazioni del presente”.

La storia dell'assistenza psichiatrica presenta caratteristiche originali e diverse rispetto alla storia della psichiatria, perchè non è ancora dotata di tutto il bagaglio documentario necessario per compararla a discipline infermieristiche cosiddette canoniche.

Riportare quindi la storia dell'assistenza psichiatrica, significa esplorare campi difficili come quelli della ricerca storica degli archivi ospedalieri che spesso sono andati distrutti o difficilmente consultabili.

È necessario sottolineare che la storia dell'assistenza psichiatrica è piuttosto recente, infatti è da soli 200 anni che le persone affette da patologie psichiatriche “godono” del riconoscimento di tali patologie.

Il merito di aver operato una svolta “culturale” è del medico italiano Vincenzo Chiarugi, a cui si attribuisce il merito di aver pensato al Manicomio *ospedale* e non Manicomio *carcere* (primi dell'Ottocento).

Anche in Francia il medico Pinel, in piena rivoluzione francese, maturò un nuovo atteggiamento nei confronti della malattia mentale e per questo può essere considerato il padre della moderna psichiatria: separò il malato mentale dalle altre devianze sociali, e iniziò a considerarli come oggetto di indagine clinica riuscendo così a distinguere disturbi e sintomi, da interpretare come espressione di patologia individuale.

Con questa prospettiva furono creati i primi luoghi di cura denominati Manicomi che avevano l'obiettivo di riportare alla razionalità, alla disciplina interiore ed alla buona condotta attraverso un programma educativo e il trattamento morale.

EPOCA PRE-BASAGLIA

In riferimento al R.D. n°615, che annovera la Legge 104, si dice che il personale infermieristico era deputato esclusivamente alla custodia degli alienati.

Gli unici requisiti richiesti erano saper leggere e scrivere ed avere la residenza nei pressi del manicomio; l'art.34 recitava: “Gli Infermieri rispondono dei malati a loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati per il lavoro”; questo immediato coinvolgimento giuridico spiega facilmente il rigido atteggiamento di sorveglianza e custodia che lasciava poco spazio alla volontà del singolo di impegnarsi altrimenti.

Il personale infermieristico veniva assunto con un semplice esame dopo un corso di preparazione della durata di qualche mese, dove si davano nozioni di psichiatria e soprattutto nozioni pratiche: sedare una crisi, mettere le fasce contenitive, fare il “cravattino”, assistere le persone durante la pratica terapeutica dell'elettroshock, affinché ai degenti non venissero provocate fratture, e così via.

Pertanto il compito principale che aveva l'infermiere era **bloccare** la pericolosità del paziente tanto che tra i requisiti richiesti vi era soprattutto la prestanza fisica.

Erano considerati subalterni ai medici e condividevano con i malati molte limitazioni: avevano per esempio l'obbligo dell'internato e il divieto di dormire fuori dalle mura dell'istituto.

Erano quindi ben lontani dall'essere considerati operatori sanitari attenti ai bisogni del malato.

Da tali norme traspare vivamente la logica alla quale il manicomio era improntato: la maggior parte di queste norme furono abrogate **solo nel 1980**.

Una prima vera innovazione avvenne nel 1968, con la Legge n°341 “Provvidenze per l'assistenza psichiatrica”, nota come Legge Mariotti; con questa Legge si potenziarono gli organici medici e infermieristici, si introdussero figure nuove quali lo psicologo, l'assistente sociale e l'igienista, e si crearono i primi centri di igiene mentale, cioè le prime strutture di assistenza e cura extraospedaliere.

EPOCA POST-BASAGLIA

Dopo la chiusura dei manicomi, avvenuta definitivamente dopo quasi un ventennio dall'emancipazione della Legge 180, anche gli *Infermie-*

ri vengono liberati con i pazienti.

Si assiste durante questa fase ad un progressivo rafforzamento delle strutture territoriali in tutto il paese, anche se i ricercatori dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale Pubblica sottolineano che la diffusione delle diverse strutture deputate all'assistenza psichiatrica appare disomogenea, "a pelle di leopardo" secondo una definizione che diverrà consueta nel lessico della psichiatria italiana, privilegiando la concentrazione nelle regioni settentrionali e centrali a scapito di quelle meridionali.

Il processo di trasformazione fu complesso e difficile, avvenne tra enormi conflitti interni, in particolare tra gli infermieri che non si sentivano tutelati nel loro nuovo posto di lavoro, SPDC e Centri Psico Sociali, e facevano fatica ad abbandonare il tradizionale ruolo di custodi per assumere/esprimere le potenziali capacità assistenziali nei nuovi processi di cura e riabilitazione, tanto è vero che si preferì, tranne qualche caso isolato, mantenere quello stigma che inquadrava ancora l'infermiere nel suo ruolo storico di custode.

Oggi si può dire che l'infermiere, a fatica, si sta appropriando di ampi spazi di autonomia e da una funzione di stampo custodialistico è transitato ad una di pianificazione assistenziale e di collaborazione attiva con l'equipe, pur non avendo cancellato ancora del tutto quello stigma che ogni tanto affiora e che ci pone sempre in una posizione di difesa.

Il D.M 739/1994 asserendo che "la natura dell'assistenza infermieristica è tecnica, educativa e relazionale" permette di trovare una guida all'assistenza infermieristica in campo psichiatrico, in quanto questi tre aspetti sono presenti in misura paritetica.

- **Aspetto tecnico**

interventi classici sanitari

- **Aspetto educativo**

interventi volti a fornire al malato e ai familiari: norme igieniche, dietetiche e comportamentali, motivazioni sull'importanza delle prescrizioni terapeutiche, informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci.

- **Aspetto relazionale**

interventi nei quali il professionista infermiere funge da mediatore relazionale per facilitare la comunicazione con la persona, appianare i conflitti interpersonali, familiari e sociali; la relazione con la persona è il fulcro centrale dell'intervento terapeutico.

Promuovere il passaggio dell'Infermiere che opera in campo psichiatrico, da un ruolo total-

mente passivo ad uno attivo ha significato, e significa ancora oggi, rivoluzionare drasticamente un modo di essere e di porsi, anche al cospetto dello scenario dell'opinione pubblica e delle altre figure professionali che ci affiancano nel lavoro di tutti i giorni.

Tale evoluzione deve essere costantemente sostenuta, con verifiche e monitoraggi continui, attraverso un coinvolgimento attivo di tutta l'equipe infermieristica.

PARTE NORMATIVA

Il quadro storico della legislazione psichiatrica italiana può essere riassunto e schematizzato, ripercorrendone al tempo stesso alcune tappe fondamentali, che hanno in parte determinato e in parte seguito il diffondersi e il concretizzarsi delle esperienze di psichiatria territoriale e ospedaliera nel nostro paese.

LA LEGGE N° 36 DEL 1904

La legge del 1904 e il relativo Regolamento n.615 del 1909 avevano istituito gli Ospedali Psichiatrici (O.P.) cioè i "Manicomi".

Si trattava di complessi normativi "speciali" per la Psichiatria che veniva collocata al di fuori dell'assistenza generale sanitaria in un contesto, cioè, in cui erano incluse tutte le "devianze", indipendentemente dalla presenza o meno di psicopatologia.

Per tale motivo gli O.P. si connotarono come strutture segreganti ed a loro volta segregate, non solo dagli altri presidi sanitari ma anche e soprattutto dalla società civile.

Chi veniva riconosciuto alienato (altro da sé, cioè fuori di sé) subiva un internamento pressoché perpetuo, disposto non da un autorità medica, ma giudiziaria, attuato in base ad una generica presunzione di "pericolosità sociale" o di "pubblico scandalo": la cura era subalterna alle esigenze custodialistiche e, comunque, dopo 30 giorni di ricovero "coatto" il malato perdeva i propri diritti civili, per cui era considerato soggetto con totale "incapacità giudiziale", interdetto e quindi sottoposto alla nomina di un tutore ed infine segnalato al Casellario Giudiziale.

Tutto ciò portava al "ricovero definitivo" che concludeva, quello che doveva essere un processo di cura o almeno di assistenza, in una vera e propria criminalizzazione dell'"alienato".

LA LEGGE 431 DEL 1968 (LEGGE MARIOTTI)

Nella nuova Legge di riforma ospedaliera del

1967 viene inserita una legge stralcio sull'assistenza psichiatrica, detta "Legge Mariotti".

In particolare, tale legge:

- a) riduce le dimensioni degli ospedali psichiatrici, stabilendo regole e delimitazioni ben definite: un massimo di 600 posti letto per OP, con divisioni dotate di un numero massimo di 125 posti letto;
- b) propone l'istituzione di divisioni di psichiatria all'interno degli ospedali generali;
- c) sancisce un rapporto numerico tra personale di cura e ricoverati: il rapporto non deve essere inferiore a 1 operatore ogni 4 pazienti ricoverati;
- d) suggerisce un miglior intervento psicologico e psicosociale a favore degli assistiti ricoverati negli ospedali psichiatrici;
- e) introduce il principio del ricovero volontario come elemento che può rafforzare la qualità dell'osservazione diagnostica e dell'intervento terapeutico nell'ospedale psichiatrico;
- f) determina finalmente l'abolizione della registrazione dell'assistito ricoverato in O.P. nel casellario giudiziario ([art.11](#));
- g) dispone l'istituzione di centri di igiene mentale (CIM), strutture ambulatoriali finalizzate allo scopo di offrire un supporto terapeutico e sociale a quegli assistiti dimessi dall'O.P. e rientrati nel territorio di origine.

Come abbiamo visto finalmente, nel 1968 (nell'art.4) venne prevista la possibilità del "ricovero volontario", a "scopo d'internamento e cura", per cui l'individuo non era più solo considerato come un eventuale pericolo, ma anche come il portatore di una sofferenza che doveva essere alleviata. L'istituzione dei primi Centri d'Igiene Mentale (CIM) concepisce così la possibilità di una cura al di fuori delle mura di un ospedale.

LEGGE N° 180 DEL 13 MAGGIO 1978

In ambito psichiatrico, come abbiamo già visto, l'aspetto legislativo assume una rilevanza fondamentale, perciò una pietra miliare della legislazione psichiatrica italiana è la **Legge n° 180 del 13 Maggio 1978** "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" (nota anche come "Legge Basaglia") che fu emanata grazie alla spinta di un referendum popolare per abbattere lo storico isolamento della Psichiatria dalle altre discipline sanitarie.

Tale legge fu successivamente inglobata nella legge n.833, del 23 dicembre 1978, di Riforma Sanitaria Nazionale, per rientrare nelle competenze delle Unità Sanitarie Locali, oggi trasformate in Aziende Sanitarie Locali.

Avvalendosi di un crescente consenso da par-

te del mondo politico e dell'opinione pubblica, il movimento psichiatrico, guidato dal prof. Basaglia, portò avanti, in quegli anni, la lotta all'ideologia ed alla prassi dell'Ospedale psichiatrico, mediante brillanti esperienze locali di un progressivo smantellamento dei Manicomii, con la ristrutturazione "innovativa" dei Servizi di Salute Mentale, cambiando la prospettiva di intervento: da un'ottica prettamente Ospedaliera ad una prettamente Territoriale (Gorizia, Trieste, Perugia).

Prima però ci fu un tentativo nel 1973, quando venne inoltrata per la prima volta, di una richiesta di incostituzionalità della Legge 36-/1904; tale richiesta venne però respinta dalla Corte Costituzionale.

Sulla riforma del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), si innescò un ampio dibattito a livello parlamentare e nel successivo Progetto di Legge presentato in Parlamento, trovò spazio anche una proposta di riforma dell'Assistenza Psichiatrica.

Con tale norma la malattia mentale, non era più considerata un'alienazione, cioè un processo che rendeva la persona, che ne era colpita, un essere diverso ed assurdo ma la specificità della follia non poteva più essere ricondotta alla sua supposta violenza e pericolosità dando la possibilità alla Psichiatria di rientrare in un contesto più chiaro qual è quello della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali.

Dopo più di settant'anni la situazione si era rovesciata: il ricovero volontario divenne la norma, mentre i provvedimenti obbligatori continuarono ad esistere, ma solo come atti eccezionali cui ricorrere in circostanze ben definite.

L'ospedale psichiatrico venne per sempre cancellato, permanendo ancora come fossile di un passato in via di superamento.

Con la Legge di Riforma Psichiatrica Nazionale cessava, almeno formalmente, la segregazione del malato mentale, mentre si dava indicazione di curare il paziente nel proprio contesto territoriale perché lì si creavano le condizioni per l'insorgenza della malattia ed era nel territorio che si poteva meglio operare per prevenire, curare e riabilitare.

Ciononostante è rimasta nella legislazione una quota di restrizione della libertà personale (solo temporanea) per la quale ancora oggi qualsiasi cittadino può essere ricoverato contro la sua volontà in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, nell'ambito di un Ospedale Generale.

Tutto ciò, però, non significa tanto che l'atavica paura della follia è destinata a permanere come un nucleo irriducibile persino alle leggi più libertarie, quanto che esiste la consapevolezza che effettivamente, in certi momenti ed in certe situazioni, possano essere inevitabili dei passaggi coercitivi a carico del paziente.

La differenza fondamentale è che quando la coercizione risulta inevitabile questa avviene in un contesto legislativo estremamente garantista nei confronti del soggetto in crisi.

In effetti la Legge si ispira all'articolo 32 della Costituzione che afferma la tutela della salute come un diritto dell'individuo, ma d'altra parte riconosce anche alla collettività un interesse nella tutela della salute stessa. Ciò consente l'introduzione degli Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori (ASO e TSO), non più per paura di un pericoloso alienato, ma nell'interesse generale della società a recuperare, in virtù di un intervento sanitario, un suo cittadino affetto da grave patologia psichica e pertanto momentaneamente irresponsabile.

L'ASO ed il TSO non possono essere imposti al singolo solo nel suo esclusivo interesse, ma semmai quando è riconosciuto, oltre all'interesse del singolo, il superiore interesse della collettività che verrebbe compromesso dal rifiuto della cura. L'interesse della comunità non è quello di difendersi da una presunta minaccia portata dal malato mentale, quanto quello di assisterlo e di curarlo.

La Legge 180 viene, così, recepita dalla Legge 833 negli articoli 33-34-35-64.

L'articolo **n°34** "Accertamenti e Trattamenti Sanitari Volontari e Obbligatori per malattia mentale (T.S.V. e T.S.O.)"; dispone il principio di territorialità: *"la legge regionale nell'ambito dell'USL e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione dei servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative e sono attuate di norma dai presidi e servizi territoriali extra-ospedalieri.*

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO) per malattia mentale, può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettate dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure extra-ospedaliere. Il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)".

Pertanto le norme che regolano la possibilità

di effettuare un trattamento sanitario contro la volontà del paziente sono regolamentate in modo molto preciso e circostanziato:

"[...] possono essere disposti T.S.O. nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici [...]"

nei casi espressamente previsti, costituiti da:

- *Presenza di disturbi psicopatologici per cui si ravvisi la necessità di urgenti interventi terapeutici.*
- *Rifiuto del paziente di sottostare ai trattamenti proposti.*
- *Impossibilità di attuare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.*

L'articolo **n°35** definisce il procedimento da attuare per gli Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori (ASO e TSO), in condizione di degenza ospedaliera per malattia mentale, e per la tutela giurisdizionale. In particolare stabilisce che nei casi in cui il Trattamento Sanitario Obbligatorio debba protrarsi oltre il 7° giorno, il sanitario responsabile del Servizio Psichiatrico è tenuto a formulare la proposta motivata di prolungamento, dandone comunicazione al sindaco che ha predisposto il ricovero indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

L'articolo **n°64** definisce le norme transitorie per l'assistenza psichiatrica:

"la Regione nell'ambito del Piano Regionale, disciplina il GRADUALE SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI o NEUROPSICHIATRICI E LA LORO DIVERSA UTILIZZAZIONE".

La Regione a partire dal 1° gennaio 1979 istituisce i Servizi Psichiatrici di cui all'articolo n° 35, utilizzando anche il personale dei Ospedali Psichiatrici Pubblici.

PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA DELLA SALUTE MENTALE 1994-1996"

Indica come insoddisfacente il livello dei servizi e delle modalità di intervento nel campo della salute mentale, propone di affrontare in maniera tempestiva ed efficace la questione del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici, stigmatizza la progressiva delegittimazione che ha investito l'ex ospedale psichiatrico, non consentendo un graduale e adeguato reinserimento dei pazienti nel contesto territoriale, rileva la mancanza di decisione politica, amministrativa, e programmatica nell'affrontare il problema del superamento dell'ospedale psichiatrico, determinando uno stato di abbandono e inaccettabile degrado della condizione di vita dei ricoverati, indica la tipo-

logia, il potenziale bacino di utenza (1 posto letto ogni 10.000 abitanti), la capienza massima indicativa (max 20 posti letto per struttura) e le caratteristiche dei potenziali utenti delle strutture residenziali finalizzate "anche" alle attività in favore del superamento dell'ospedale psichiatrico, auspicando la promozione di specifici progetti per il superamento dell'ospedale psichiatrico.

LEGGE N° 724 DEL 23 DICEMBRE 1994

Sollecita le Aziende USL, le Regioni e gli altri Enti locali ad un particolare impegno, al fine di giungere alla definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici;

Proibisce di fatto le "dimissioni selvagge";

Indica la necessità di elaborare progetti riabilitativi personalizzati all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);

Dispone che i progetti di deistituzionalizzazione e riabilitazione vengano realizzati attraverso la stretta collaborazione e comune responsabilità tra l'unità operativa (UOP), che svolge la sua attività all'interno dell'Ex-Ospedale psichiatrico, e quella operante nel Centro di Salute Mentale (CSM o CPS), preferibilmente mediante l'elaborazione di appositi protocolli operativi;

Dispone inoltre che: in caso di alienazione del patrimonio immobiliare, i redditi prodotti siano utilizzati per l'attuazione di quanto previsto dal Progetto-obiettivo "Tutela della Salute mentale 1994-1996", per interventi nel settore psichiatrico e per la realizzazione dei progetti regionali di attuazione del P.O.N. (Progetto Obiettivo Nazionale).

LEGGE N° 662 DEL 1996 - ARTICOLI 1, COMMI 20-25

Dispone che entro il 31 gennaio 1997 le Regioni, sentite le Associazioni nazionali del settore e degli Enti locali interessati, adottino piani programmatici per la tutela della salute mentale, in attuazione di quanto previsto dal Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute mentale 1994-1996" (Comma 20);

Modifica il dettato della Legge Finanziaria 1996, affermando che i beni mobili ed immobili, che appartenevano agli ex OP e che non trovino impiego per altre attività di carattere sanitario, devono essere venduti. Quanto ricavato dalla vendita andrà a supportare l'attuazione del Progetto-Obiettivo per la Tutela della Salute mentale, approvato nel 1994 (Comma 21);

Invita le Regioni a valutare i risultati ammini-

strativi e di gestione conseguiti dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria nell'ambito della programmazione regionale per la definitiva chiusura degli OP, allo scopo di determinare la quota integrativa del trattamento economico del Direttore generale (Comma 22);

Applica alle Regioni che per il 1997 non abbiano osservato tale disciplina in ordine alla pianificazione di progetti per la tutela della salute mentale, una riduzione dei finanziamenti pari allo 0,5%, in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale. A partire dal 1998 la riduzione aumenterà al 2% (Comma 23);

Impone alle Regioni di fornire al Ministero della Sanità dati trimestrali, relativi all'attuazione dei progetti a tutela della salute mentale, che a sua volta il ministero trasmetterà sotto forma di relazione trimestrale al Parlamento (Comma 24);

*Indica alle Regioni la necessità di considerare i **DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE** delle Aziende sanitarie locali tra i soggetti di prioritario interesse, ai quali destinare quote dei finanziamenti ex Art.20 della Legge 67/88 (Comma 25).*

PIANO OBIETTIVO "TUTELA DELLA SALUTE MENTALE" 1998-2000

Colloca la salute mentale tra le numerose tematiche ad elevata complessità, per le quali si rendono necessari indirizzi programmatori specifici. In accordo con le indicazioni generali del Piano Sanitario Nazionale, il nuovo Progetto-Obiettivo contiene obiettivi specifici di salute, da perseguire, come finalità anche al di là del suo triennio di validità nominale. L'assetto strutturale delineato dal precedente Progetto-Obiettivo viene confermato. Le motivazioni per un nuovo Progetto Obiettivo non risiedono quindi nella necessità di ulteriori cambiamenti nell'organizzazione delle strutture che si occupano di salute mentale, bensì nella definizione di interventi più incisivi sul piano programmatico, allo scopo di definire in modo specifico la "missione" del DSM. Il nuovo Progetto Obiettivo 1998-2000 individua, infatti, gli obiettivi specifici del settore, completando quanto enunciato nel Piano sanitario nazionale ed evidenziando gli interventi prioritari, le politiche e i programmi di Salute mentale.

GLI OBIETTIVI PRIORITARI

Fermo restando il compito di tutelare, in ogni sua forma, la salute mentale dei cittadini, l'obiettivo prioritario è quello di assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle persone affette da disturbi mentali gravi, che

presentano disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza e che sono ad alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione. Ciò si concretizza mediante la definizione e la realizzazione di progetti "emancipativi" che ricostruiscano il tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone, tramite interventi integrati volti all'attivazione massima delle risorse, quantunque residuali. Va ribadito che una tale concezione esclude qualunque mandato di "custodia" e conseguente "istituzionalizzazione".

A tal fine sono necessarie:

L'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, luoghi di lavoro ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato e con gli altri servizi sanitari e sociali;

La formulazione per ciascuno di essi di un piano terapeutico-riabilitativo individualizzato, con assegnazione di responsabilità e di scadenze di verifica precise;

L'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali).

L'applicazione delle strategie terapeutiche giudicate di maggiore efficacia, alla luce dei criteri della Medicina basata su prove di efficacia (Evidence Based Medicine).

Il coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nella attuazione del piano terapeutico riabilitativo: si sottolinea che tale coinvolgimento deve essere, ovviamente, volontario e che la responsabilità dell'assistenza è del servizio e non della famiglia;

L'attivazione di programmi specifici di recupero degli utenti gravi che non si presentano agli appuntamenti o che abbandonano il servizio, in modo tale da ridurre anche l'incidenza di suicidi negli utenti;

Il sostegno alla nascita e al finanziamento di gruppi di mutuo-aiuto di familiari e di pazienti, e di cooperative sociali, specie quelle con finalità di inserimento lavorativo;

L'effettuazione di iniziative di informazione, rivolte alla popolazione generale, sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire i pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà. Ciò aumenterebbe, fra l'altro, la possibilità di indirizzare i malati gravi ai ser-

vizi di salute mentale. Se l'attenzione prioritaria deve essere dedicata alla presa in carico dei malati gravi, è, tuttavia, opportuno che i servizi di salute mentale differenzino la propria attività clinica erogando assistenza anche alle persone affette da disturbi meno gravi, sia per aumentare la capacità d'offerta nei riguardi di patologie a crescente rilevanza epidemiologica, sia per ampliare le potenzialità e gli interessi professionali degli operatori.

LE POLITICHE E I PROGRAMMI DI SALUTE MENTALE

Per raggiungere gli obiettivi sovraesposti il DSM deve disporre di:

- Strutture e risorse proprie;
 - Di un Servizio responsabile (senza possibilità di delega ad altri) della salute mentale della popolazione di un definito bacino territoriale;
 - Articolazione del Servizio in presidi a diversa funzione: ambulatoriale, domiciliare, residenziale diurna, residenziale notturna, ospedaliera, che devono coordinarsi tra loro;
 - Funzionamento del servizio mediante un'equipe multiprofessionale, i cui membri siano in grado di operare in maniera integrata su progetti di intervento condivisi: l'equipe non va identificata con il Servizio nel suo insieme, ma è costituita dal gruppo ristretto che definisce il progetto individualizzato di trattamento, se ne fa carico e lo sviluppa sulla base della sua evoluzione;
 - Impiego di risorse interne per individuare e attivare risorse esterne al servizio stesso, formali e informali (Rete sociale);
 - Attivazione di una rivelazione permanente di dati che permetta l'impiego sistematico da parte del Servizio del metodo epidemiologico valutativo, volto alla conoscenza delle caratteristiche dell'utenza alla valutazione delle procedure utilizzate, e alla valutazione degli esiti in relazione sia ai risultati degli interventi sia alla soddisfazione di tutti gli attori coinvolti nel trattamento (pazienti, familiari, operatori).
- #### **FUNZIONI**
- Definizione e mantenimento di una valida relazione terapeutica;
 - Valutazione dei disturbi psichici e somatici e dei problemi psicologici e sociali del paziente e di tutti gli aspetti rilevanti del suo ambiente;
 - Formulazione di un programma di trattamento conseguente ai risultati della valutazione;
 - Rilevamento della attività di vita quotidiana

na per provvedere alle necessità di quegli individui che non sono completamente in grado di gestirsi in maniera autonoma;

Formulazione di interventi individuali che comprendano:

- terapie biologiche;
- terapie psicologiche;
- interventi di gruppo psicoterapici, riabilitativi e di apprendimento sociale;
- interventi psicosociali e riabilitativi alla famiglia e al contesto sociale.

PROCEDURE

- Coordinamento delle attività terapeutiche;
- Dimensione longitudinale del trattamento, che deve protrarsi per tutto il tempo necessario;
- Dimensione trasversale del trattamento, che deve, in ogni singola fase del percorso longitudinale, dare risposte adeguate alla soddisfazione dei bisogni della persona/ paziente;
- Definizione degli obiettivi che devono essere correlati concretamente alla soddisfazione dei bisogni sanitari e sociali del paziente;
- Gli obiettivi da perseguire devono essere mantenuti elevati (alto livello di sfida) supportando il paziente nel tentativo di raggiungerli;
- L'attività di supporto del Servizio non deve mai trasformarsi in attività di supplenza, graduando i livelli di stimolazione orientati a valorizzare le capacità dell'individuo. La stimolazione deve essere ottimale: pur mantenendo alto il livello di sfida non deve essere né sopra né sottodimensionata.
- L'individuazione del livello di stimolazione ottimale si realizza anche con la promozione sistematica in ogni fase del trattamento della "contrattualità" del paziente.

Il Dipartimento di salute mentale è, secondo il Progetto-obiettivo 1998-2000, la struttura più idonea a tale scopo;

Ai DSM debbono, inoltre, essere assegnate risorse adeguate dal Fondo Sanitario Regionale, in particolare quote di finanziamento debbono essere vincolate alla realizzazione di strutture residenziali e semiresidenziali (vedi anche art. 20 della legge 67/88 beni alienati agli ex ospedali psichiatrici ex 724/94).

Il DSM può essere articolato in moduli, che sono anche centri di costo, con direzione unica, e che servono un bacino territoriale non superiore a 150.000 abitanti.

LEGISLAZIONE PSICHIATRICA REGIONE LOMBARDIA

La Regione Lombardia nel 1979 con una prima Delibera identifica i primi ospedali presso i

quali istituire i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Nel 1982 definisce con Delibera l'istituzione dei Centri Residenziali Terapeutici (C.R.T.) per i trattamenti a medio termine, finanziandone 15, definisce, inoltre, gli organici di personale per i Centri Psico-Sociali (C.P.S.) e pone le premesse per la riconversione degli Ospedali Psichiatrici.

Nel 1984 definisce il PROGETTO OBIETTIVO dal titolo: "Tutela Socio Sanitaria dei malati di mente" piano ancor oggi esclusivo della Regione Lombardia.

Il Progetto definisce e istituisce le **UNITÀ OPERATIVE DI PSICHIATRIA** definendo aree di territorio, i parametri di assegnazione del personale e la tipologia dei presidi di cui devono poter disporre. Ogni Unità Operativa Psichiatrica (UOP) deve possedere almeno un Centro Psico Sociale in ogni USSL, a suo carico, e di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e di un Centro Residenziale Terapeutico (CRT).

Per ciascuna tipologia di struttura il progetto definisce anche le caratteristiche edilizie, aggiunge poi indicazioni di opportunità per quanto riguarda la creazione di Comunità Protette (CP).

Un aspetto qualificante è la creazione del **DIPTARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)**.

Esso rappresenta un organismo che non richiede né strutture, né personale né spese, ma deve svolgere l'importante compito di mettere a confronto, nell'ambito di un determinato territorio di più USSL, Unità Operative e servizi diversi tra loro, sui problemi comuni. Ogni D.S.M. comprende e collega tra loro le U.O.P. con quello dell'ex Ospedale Psichiatrico, con quello di Neuropsichiatria Infantile, con i Servizi di Assistenza di Base, e di Assistenza Sociale delle UU.SS.LL. che compongono il territorio di competenza di un determinato D.S.M..

I D.S.M. devono occuparsi di salute mentale nel senso di esercitare un'azione di prevenzione del disagio psichico, che richiede un intervento multidisciplinare.

Legge Regionale n° 67 del 31 dicembre 1984 "Provvedimenti per la tutela socio-sanitaria dei malati di mente e per la riorganizzazione dei servizi psichiatrici"

Legge n° 72 del 7 giugno 1985 "Aggregazione funzionale delle USSL al fine di costituire i dipartimenti di salute mentale e le unità operative di psichiatria e di individuare i presidi

psichiatrici”.

La **Legge Regionale n° 47** del 16 settembre '88 **“Organizzazione e funzionamento del dipartimento di salute mentale”** definisce il nuovo Programma triennale per l'attuazione di quanto non è stato incluso nei precedenti Piani regionali per la Psichiatria.

Delibera del Consiglio regionale n.IV/1817 del 21 dicembre 1989.

Programma di iniziative sperimentali per la tutela della salute mentale in esecuzione della Legge Regionale 31 dicembre 1984, n. 67, "Provvedimenti per la tutela socio sanitaria dei malati di mente: secondo provvedimento".

Legge Regionale n° 1 del 2 gennaio 1990. **“Istruzione del servizio psichiatria presso il settore coordinamento per i servizi sociali”.**

Delibera del Consiglio Regionale n.IV/1953 del 21 marzo 1990.

Programma di iniziative sperimentali per la tutela della salute mentale in esecuzione della Legge Regionale 31 dicembre 1984, n.67, "Provvedimenti per la tutela socio sanitaria dei malati di mente: terzo provvedimento".

La **Legge Regionale n° 5** del 4 marzo 1991. Modifica alla Legge regionale n.72 del 7 giugno 1985 "Aggregazione funzionale delle USSL al fine di costituire i dipartimenti di salute mentale e le unità operative di psichiatria e di individuare i presidi psichiatrici".

Circolare n° 45 del 2 luglio 1992. Settori assistenza e sicurezza sociale - Coordinamento servizi sociali - Sanità e igiene - Indicazioni relative agli interventi socio-sanitari integrati nelle aree materno-infantile, della psichiatria, neuropsichiatria infantile, tossicodipendenza, alcool-dipendenza, e Aids; titolarità delle funzioni e degli interventi operativi, dipendenza gerarchica e funzionale degli operatori psico-sociali, interazioni e coordinamenti necessari.

Delibera della Giunta Regionale n° V/1329 del 30 gennaio 1995 avente per oggetto il Progetto Obiettivo "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente triennio 1995 -1997" Il progetto obiettivo "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente" approvato dal Consiglio Regionale ha come finalità la salvaguardia della salute mentale nell'età adulta, per mezzo di interventi coerenti con i principi stabiliti dalla legislazione dello Stato ed attuati nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e della programmazione sanitaria della Regione.

PIANO OBIETTIVO REGIONALE SALUTE MENTALE 2003-2005

Il “Piano per la salute mentale” è il frutto di un lavoro d'equipe al quale hanno partecipato

circa 100 esperti tra psichiatri, psicologi, rappresentanti delle associazioni delle famiglie dei malati di mente, delle associazioni di volontariato e del mondo del lavoro. Sono previste azioni per favorire:

- l'ampliamento della libertà di scelta da parte del malato e dei suoi familiari, con la possibilità di rivolgersi anche al “privato sociale”;
- l'introduzione del “contratto di cura”, cioè di percorso terapeutico e clinico individuale, sottoscritto dal paziente, dalla sua famiglia e dall'equipe che lo prende in carico, garantendo percorsi di cura personalizzati per i soggetti affetti da disturbi psichiatrici gravi e per i malati con maggiori bisogni e a maggior rischio di abbandono. Per questi pazienti è previsto l'istituzione del “*case manager*”, una figura professionale impegnata a supportare costantemente sul malato durante le varie tappe della terapia;
- la riqualificazione delle strutture residenziali psichiatriche, con una differenziazione tra strutture riabilitative e assistenziali, per rispondere in modo più efficace ai bisogni di ciascun utente;
- le collaborazioni con il privato (inserimento del paziente in gruppi di auto-aiuto);
- il sostegno nelle attività quotidiane dei malati;
- l'inserimento lavorativo;
- la “*residenzialità sociale*” (istituzione di strutture come le case alloggio e gli appartamenti protetti);
- un maggior coinvolgimento delle famiglie;
- la riqualificazione delle strutture;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori per una maggiore qualità dei servizi e delle cure.

è un atto di recepimento della Legge Regionale 31/97, del P.O. nazionale “Tutela della salute mentale 1998-2000”, della legge 328/2000 di riforma dell'assistenza e si pone a completamento del percorso indicato dal P.S.S.R. lombardo 2002-2004.

Al riguardo, va ricordato che la Regione Lombardia con il P.S.S.R. 2002-2004 si è discostata dalle indicazioni che hanno ispirato la legge nazionale di riforma dell'assistenza del 2000 perseguendo una propria linea autonoma di revisione delle politiche di welfare nella direzione, di un “Welfare dei consumatori di aziende e organismi erogatori di prestazioni, tariffate, numerate, quantificate, acquisibili ovunque sul mercato pubblico e privato.

Contenuti

Il Piano Regionale Salute Mentale lombardo assembla una grande varietà di contributi, elaborazioni e proposte protocolli e linee-guida, alcuni dei quali di valore, che danno corpo a un lavoro di integrazione teso a realizzare nei servizi gli assunti della "psichiatria di comunità", in una direzione quindi, per certi versi, diversa da quella del welfare del consumatore che ispira il P.S.S.R. 2002-2004. È diffusamente sottolineata la dimensione comunitaria dei servizi, la loro declinazione nella varietà delle situazioni locali, con un forte spinta al raccordo con la medicina di base, i piani di Distretto socio-sanitario, i Piani di zona (questi ultimi figli della 328/00), la partnership di utenti, famiglie, volontariato, cooperazione sociale, le risorse locali del privato profit e no-profit.

Gli elementi di novità e maggior interesse della proposta di piano sono i seguenti:

L'organismo di coordinamento per la salute mentale presso la ASL

Proprio in ragione della spinta verso la comunità locale, il Piano prevede l'attivazione dell' "Organismo di coordinamento per la salute mentale, da istituirsi da parte della ASL, d'intesa con le Aziende Ospedaliere che insistono sul suo territorio, coinvolgendo altri erogatori accreditati, Comuni e terzo settore. L'organismo possiede una struttura organizzativa propria, definisce un regolamento relativo sia alla composizione e rappresentanza delle diverse articolazioni, sia all'organizzazione delle attività e al calendario delle riunioni". Tale organismo diventa il vero motore delle politiche di salute mentale ("analisi dei bisogni del territorio, controllo e verifica delle attività erogate, la definizione di previsioni di spesa (budget), gli inserimenti in strutture residenziali, l'organizzazione di programmi innovativi (...), la promozione di programmi di prevenzione e di educazione e gli interventi di rilievo sociale"). Ne fanno parte il direttore del DSM e i responsabili delle strutture complesse del DSM, il direttore del Dipartimento ASSI e il Direttore del Dipartimento Servizi Sanitari di Base dell'ASL, i rappresentanti delle strutture private accreditate, delle associazioni di tutela dei malati e dei familiari, dirigenti comunali designati dalla Conferenza dei Sindaci della ASL. L'Organismo di coordinamento predispone il Piano Territoriale per la salute mentale che ha cadenza triennale, organizza annualmente la Conferenza Territoriale per la salute mentale, attiva i Tavoli a livello dei distretti socio-sanitari che a loro volta elaborano

Intese Distrettuali di programma fra ASL, Aziende ospedaliere, Comuni, Associazioni, Enti riconosciuti (e fra gli esempi sono citati il Giudice Tutelare competente per territorio, i rappresentanti dei tutori dell'ordine pubblico e della polizia locale, i rappresentanti degli Istituti scolastici per le problematiche relative alle fasce di età giovanile ecc.). Come si vede, grande è l'enfasi sulla partecipazione e la integrazione di tutti i possibili soggetti delle attività finalizzate alla salute mentale. Per quanto riguarda la gestione dei possibili percorsi territoriali delle situazioni più complesse e difficili, il DSM indica un referente prescrittore/responsabile del Piano di Trattamento Individuale (P.T.I.) In nome della libertà di scelta dell'utente/cliente, è possibile che un progetto di presa in carico sia assunto da un DSM diverso da quello competente per territorio. In tale caso il "gestore" ne dà notizia alla ASL che trasmette l'informazione all'Organismo di coordinamento.

La riorganizzazione dell'offerta residenziale

Un capitolo rilevante riguarda la proposta di riorganizzazione dell'offerta residenziale nella direzione della differenziazione delle Strutture Residenziali sulla base del livello di intervento terapeutico e riabilitativo da una parte e del grado di intensità dell'assistenza dall'altra.

Ne consegue che:

Gli attuali CRT diventano Comunità Riabilitative ad Alta Assistenza (CRA) con una degenza della durata massima di 18 mesi per quanto riguarda l'età, possono accedere solo persone con età inferiore ai 50 anni.

Le attuali Comunità Protette ad alta protezione diventano Comunità Protette ad Alta Assistenza (CPA) con una degenza massima di 36 mesi.

Le attuali Comunità Protette a Media Protezione diventano Comunità Protette a media assistenza (CPM).

Alle CPA e CPM si accede con età inferiore ai 65 anni.

Le attuali Comunità Protette a bassa protezione diventano Casa famiglia, Casa alloggio, Appartamento autonomo

Sono previste inoltre Comunità Riabilitative a Media Assistenza (CRM), vale a dire di nuovi servizi residenziali capaci di operare a costi più bassi.

Sono adottati nuovi criteri di ammissione alle Strutture residenziali, in base alla diagnosi (escluse demenza primaria a grave ritardo mentale) ed all'età.

La nuova classificazione nasce dall'esigenza di differenziare fra di loro strutture che tendono a fare le stesse cose allo stesso modo ed anche da quella di ridurre la spesa per la residenzialità protetta. Pertanto cambiano anche i criteri di finanziamento con una quota fissa a giornata a remunerazione dell'offerta assistenziale e una quota variabile in ragione dell'intensità del progetto di trattamento.

Per ogni utente inserito in una struttura residenziale deve essere elaborato un Progetto terapeutico-riabilitativo (PTR) coerente e funzionale al Piano di Trattamento Individuale (PTI).

La bozza di piano tratta dell'intervento precoce nelle psicosi, dell'inserimento lavorativo,

degli interventi per i casi di "doppia diagnosi" per i quali è necessario sviluppare un forte raccordo con i SERT, i servizi per i disabili con ritardo mentale e disturbi dello sviluppo, i servizi per gli anziani non-autosufficienti, del trattamento dei disturbi da ansia, depressione, comportamenti alimentari.

Specifici capitoli sono dedicati alla "psichiatria di consultazione" in Ospedale, alla qualità e alla promozione della qualità, alla formazione e a Carcere e OPG. Nello specifico si rimanda all'accordo quadro fra Regione Lombardia e Ministero della Giustizia del 3 marzo 2003.

Organizzazione di un DSM: obiettivi e management

Innanzitutto bisogna specificare perché parlando di tematiche sanitarie si deve necessariamente affrontare la questione del management. Con tale termine si può intendere l'insieme delle tecniche di gestione delle organizzazioni, o il complesso delle funzioni di gestione.

Orbene, verrebbe ancor più da chiedersi dopo tale definizione come mai si debbano affrontare tali questioni, ma se facciamo mente locale e pensiamo alle ragioni che hanno portato all'emanazione delle leggi 502/92 e 517/93 e 31/97 capiamo l'importanza del management anche in campo sanitario.

Le definizioni enunciate prima si calano all'interno di una organizzazione come quella di un dipartimento aziendale ospedaliero, nel nostro caso di salute mentale.

Il DSM

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) deve essere in grado di "fornire adeguati interventi ospedalieri (in alcune realtà anche territoriali) per l'acuzie, garantendo l'assistenza domiciliare e gli interventi riabilitativi (semiresidenziali e residenziali) secondo gli standard stabiliti dalle norme regionali del 1995; il DSM può essere o tutto pubblico, o tutto privato.

Il DSM diventa un dipartimento gestionale, secondo il documento del Piano di organizzazione e Funzionamento delle Aziende Sanitarie (POFA) della regione Lombardia. Al dipartimento di tipo gestionale è attribuito un budget unico.

Il DSM opera per funzioni, con il superamento della logica per strutture della programmazione regionale lombarda 1995-1997, ma anche di quella del P.O. nazionale 1998-2000; la funzione della "presa in carico" per la gestione delle situazioni gravi è differenziata da quelle dell'"assunzione in cura" e della "consulenza".

Ne è a capo un Direttore, supportato da un Comitato Tecnico, e non più dalla Conferenza di Servizio.

Il Piano conferma la collocazione del DSM dentro l'Azienda Ospedaliera, ma con una forte proiezione esterna alla ricerca di un radicamento nei territori di competenza della ASL, nella sua nuova versione lombarda, dei Comuni, attraverso i Piani di Zona, fino alla fa-

miglia e alle reti delle relazioni informali in cui sono immerse le vite quotidiane.

Il DSM opera su ambiti provinciali, su dimensioni sovrapponibili a quelle della ASL (che potrebbero quindi non corrispondere a quelle dell'Azienda Ospedaliera da cui vede assegnato il budget).

Il DSM si occupa della salute mentale degli adulti, si deve raccordare con UONPIA, SERT, servizi per disabili e anziani non autosufficienti, servizi specialistici ospedalieri, Dipartimento ASSI e Medicina di base delle ASL, altri gestori, servizi sanitari del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP).

L'equipe psichiatrica svolge funzioni cliniche e terapeutiche, assistenziali, di integrazione dell'approccio multiprofessionale, di intermediazione (case management).

Una citazione doverosa è quella relativa all'influenza che ha avuto la psichiatria militare su tutto il processo di rinnovamento avvenuto in America, e nel mondo in genere, dal dopoguerra in avanti; e che si confà all'argomento in questione perché alcuni principi sono divenuti punti focali nella pianificazione dei servizi.

Essi sono:

La prossimità - il trattamento deve essere fornito il più vicino possibile al contesto in cui si vive;

La tempestività - immediata identificazione e trattamento dei disturbi psichiatrici porta a risultati più vantaggiosi;

La semplicità - il trattamento deve soddisfare i bisogni fondamentali dell'uomo: riposo, alimentazione e sostegno sociale;

L'aspettativa - un rapido ritorno alle abilità "normali", compromesse dalla malattia, deve essere interamente auspicato e realizzabile.

UOP (Unità Operativa di Psichiatria)

È un insieme di servizio atti ad erogare prestazioni clinico-assistenziali, ma anche socio-educative, dimensionata in base al bacino d'utenza nel quale è collocata.

La UOP fa capo al DSM ed è coordinata da un Direttore di Unità Operativa e al suo interno trovano collocazione tutti i servizi di seguito

descritti.

CPS (Centro Psico Sociale)

È il presidio socio-sanitario che si occupa di salute mentale in ambito territoriale; si attua la presa in carico globale della persona (ma anche la presa in cura o consulenza) attraverso la stesura del Piano di Trattamento Individuale (PTI). Esso si coordina con gli altri servizi del DSM e con i servizi istituzionali e non presenti sul territorio.

Ambulatorio psichiatrico

Simile al CPS si differenzia per: il minor orario di apertura e la dotazione di personale anch'esseridotta.

SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

È il servizio ospedaliero che garantisce il ricovero in caso di acuzie alle persone affette da patologie psichiatriche; anch'esso si coordina con gli altri servizi del DSM.

CRA (Comunità Riabilitativa ad Alta Assistenza)

È il servizio residenziale che provvede alla realizzazione di progetti riabilitativi a medio e lungo termine (max 18 mesi), in apposita struttura protetta possono accedere solo persone con età inferiore ai 50 anni; anch'esso si coordina con gli altri servizi del DSM.

CP (Comunità Protetta)

Si tratta di strutture residenziali all'interno delle quali gli utenti, inseriti su progetti con

una degenza massima di 36 mesi , sperimentano forme più avanzate di autonomia. Si dividono in CP ad alta assistenza (CPA), dove gli operatori sono presenti 24 ore su 24, a media (CPM), con operatori presenti durante le ore diurne e le Case famiglia, Case alloggio o Appartamenti autonomi (già Comunità Protette a bassa protezione), dove gli operatori sono presenti a fasce orarie durante il giorno. Alle CPA e CPM si accede con età inferiore ai 65 anni.

CD (Centro Diurno)

È il servizio che garantisce interventi in semi-residenzialità, attuando progetti riabilitativi e risocializzanti a medio e lungo termine; si interfaccia col CPS del medesimo territorio.

DH (Day Hospital)

È il servizio che garantisce interventi in regime di ricovero giornaliero, e che eroga prestazioni di tipo sanitario. Si interfaccia soprattutto con il CPS e il SPDC.

Le figure che operano nei presidi del DSM

All'interno del DSM operano numerosi operatori di varie professionalità quali: Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri, Educatori Professionali, Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica. Inoltre ai vari livelli possiamo trovare OSS, OTA, Ausiliari, Amministrativi.

Ciò, quindi, implica per tutti gli operatori la capacità di saper interagire con altri professionisti e altri lavoratori nell'ottica di perseguire sempre la miglior risposta al bisogno di salute

Triage psichiatrico: definizione e strumenti

Il termine “**triage**” deriva dal francese “**trier**”, che significa scegliere, classificare, catalogare. Il sistema di “**triage**”, quindi, è uno strumento organizzativo pensato per gestire gli accessi non programmati ad un servizio per acuti. Tale processo ha la finalità di selezionare e classificare i pazienti in base al tipo e all’urgenza delle loro condizioni.

Non bisogna quindi confondersi con la visita medica specialistica, che seguirà comunque in base alle priorità stabilite dal triage.

Il triage può essere svolto in luoghi diversi e, in ognuno, con diverse modalità, a seconda dei campi in cui viene applicato.

Sorvolando i contesti nei quali è stato maggiormente applicato, come nel D.E.A., ci occuperemo di analizzare la possibilità, ovvero la necessità, di pensare e rendere praticabile il triage in ambito psichiatrico.

I contesti possono essere sostanzialmente due: il **territorio** e il **Pronto Soccorso** ospedaliero.

Al **territorio** daremo il significato più ampio di tale termine; diremo cioè che il territorio è l’intero bacino operativo dell’equipe del CPS (o CIM, o CSM), ovvero l’intero **ambiente** in cui vive il paziente, ambulatorio compreso.

Presso il **Pronto Soccorso**, invece, adotteremo un sistema di triage più classico, di cui comunque diremo nella seconda parte di questo intervento.

TRIAGE PSICHIATRICO TERRITORIALE (TPT)

Anche se a qualcuno potrà sembrare eccessivo parlare di scelta, classificazione, catalogazione delle urgenze psichiatriche, quasi fossero numerosissime, in realtà è opportuno che se ne discuta, anche alla luce dell’evoluzione normativa (e organizzativa) degli ultimi decenni.

Dalla riforma psichiatrica in poi (1978) abbiamo assistito ad una lenta ma progressiva applicazione di tale Legge attraverso la chiusura delle strutture manicomiali, l’apertura dei Centri Psichiatrici Ambulatoriali (come i CIM, i CSM, i CPS), di strutture più o meno protette, dei Centri Diurni, degli SPDC e così via.

Sono stati avviati inoltre numerosi progetti innovativi, inserimenti lavorativi, affidi familiari: in poche parole abbiamo assistito ad un ritorno del paziente in seno al suo ambiente.

La gestione delle urgenze, dal ristretto ambito carcerario-manicomiale è stata trasmessa all’ambito ospedaliero, prima, e all’intero territorio in cui vive, lavora e si cura il paziente, poi (1).

Va da sé, quindi, che l’intera gestione delle urgenze psichiatriche deve essere organizzata e coordinata attraverso un efficace sistema operativo, che tenga conto delle numerose variabili ambientali nel nuovo contesto.

Le suddette trasformazioni normative e organizzative si ripercuotono, quindi, inevitabilmente sul quotidiano operare dell’infermiere del territorio; situazioni di urgenza-emergenza, prima demandate ad altri, andranno affrontate in prima persona attraverso fondamentali elementi quali la formazione continua e l’adozione di protocolli prestabiliti.



L’operatore da destinare ad un **TPT** dovrà, secondo noi, provenire da un percorso formativo che tenga conto di alcuni fattori:

- esperienza lavorativa minima in DSM di almeno **due anni** (di cui almeno la metà in SPDC)
 - stage documentativo in **tutti** i servizi del DSM (calibrato in base al valore didattico di ogni servizio in funzione del triage)
 - **corso di formazione** apposito (durata di almeno tre mesi e di almeno 90 ore)
- Va ricordato, a questo punto, quali sono i requisiti di base di un infermiere triagista(2):
- **diploma di infermiere**, che secondo la nor-

(1) Il Progetto Obiettivo Regionale (POR) lombardo richiama la Legge 180/1978 per la gestione delle urgenze a livello territoriale

(2) Come da *linee guida sul triage*, atto d’intesa Stato-Regioni del gennaio 2001 (G.U. 285 del 7 dicembre 2001)

mativa attuale corrisponde alla laurea di primo livello in infermieristica o in titoli ad essa equipollenti (diploma universitario in scienze infermieristiche, diploma di infermiere professionale) e nell'abilitazione professionale alla professione di infermiere;

- **almeno sei mesi di esperienza** lavorativa in un Pronto Soccorso;
- **corsi di addestramento** nel supporto vitale di base, anche pediatrico;
- **conoscenza delle procedure** del sistema organizzativo del servizio;
- **corsi** di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.

Sono tuttavia giudicati indispensabili dal **GFT** (3) anche i seguenti punti:

- un'**ottima preparazione professionale**: necessaria per stabilire, nei pochi minuti della valutazione iniziale, il grado di criticità dello stato del paziente. Per realizzare questa funzione occorre possedere, oltre alle competenze specifiche, una buona preparazione "generale", sia dal punto di vista clinico-assistenziale (capacità di ragionamento clinico) sia per quanto riguarda l'utilizzo del processo di nursing nella definizione dei bisogni della persona e nella pianificazione degli interventi (definizione delle priorità assistenziali);
- un **controllo dell'emotività propria e altrui**: saper gestire tutte quelle situazioni che si possono presentare, spesso in contemporanea, e che mettono a dura prova la capacità di concentrazione, l'equilibrio psichico e il mantenimento del controllo su quanto succede attorno all'operatore;
- una **capacità di adattamento**: sapersi muovere all'interno di linee guida, protocolli e metodologie di lavoro con una certa elasticità, adattandosi alla situazione del momento. Schemi troppo rigidi possono produrre, in alcune circostanze, effetti opposti a quelli desiderati;
- una **capacità organizzativa**: comprendere rapidamente ma in maniera sufficientemente esaustiva le situazioni, valutandole e allocando al meglio le risorse disponibili, nell'ottica del loro migliore utilizzo. Se ben gestite, le scelte organizzative attuate in triage favoriscono in maniera rilevante l'efficienza del servi-

zio, garantendone l'efficacia;

- una **capacità decisionale**: all'infermiere di triage viene richiesto di attuare scelte decisionali in tempi ristretti e sovente in situazioni complesse e caotiche: una buona capacità decisionale corredata dalla conoscenza degli specifici ambiti di autonomia e responsabilità permette all'infermiere di agire correttamente e nel rispetto dei tempi e dei vincoli imposti dalle situazioni;

• una **capacità comunicativa e disponibilità**: l'infermiere ha bisogno dell'aiuto e della collaborazione di tutte le figure con cui interagisce; è importante saper ascoltare e rispondere valutando volta per volta le situazioni, in modo da poter adeguare il proprio linguaggio e l'atteggiamento alla persona che si ha di fronte;

- **curiosità**: presuppone innanzitutto la capacità di verifica personale della propria attività (anche con momenti di confronto con le altre figure professionali) e la realizzazione di iniziative volte ad aumentare le proprie competenze, acquisendo esperienza e sicurezza nel tempo. Questa caratteristica permette di mantenere alta la motivazione dell'operatore e favorisce la tendenza a perseguire livelli di performance professionale qualitativamente elevati.

È auspicabile che OGNI infermiere operante in un servizio territoriale, in futuro, abbia svolto una formazione completa per operare in **TPT**.

Un servizio psichiatrico territoriale dovrà obbligatoriamente farsi carico di gestire al meglio le crisi, nella maniera più efficace ed efficiente possibile.

Altro fattore auspicabile è che i servizi psichiatrici siano in grado di funzionare secondo il modulo "24/7/365", ovvero con un'apertura al pubblico 24 ore al giorno per 7 giorni la settimana e per 365 giorni all'anno.

Attualmente non ci risulta la presenza sul territorio lombardo di servizi territoriali psichiatrici aperti secondo il suddetto modulo; tale funzione andrà quindi vicariata, negli orari di chiusura, dai servizi di Pronto Soccorso e di SPDC (opportunosamente corredata di apposito personale).

Un servizio territoriale che si attrezzasse per una buona applicazione di TPT dovrà possedere:

- un **parco automezzi proporzionato** al numero di operatori che vi lavorano e ai clienti ai quali si rivolge, onde intervenire tempestivamente anche fuori sede;
- un **numero telefonico dedicato** alle emer-

(3) Finocchiaro, Marchisio, Guerzoni e altri del GFT (Gruppo Formazione Triage), "Triage Infermieristico", seconda edizione, McGraw-Hill, Milano, 15-16, 2005

genze, possibilmente di sole tre o quattro cifre, al quale risponde sempre un infermiere di TPT;

- un **locale apposito**, esclusivo per la gestione dei casi urgenti;
- **protocolli** operativi condivisi.

RISORSE UMANE, SIA INFERMIERISTICHE, SIA MEDICHE

La progettazione degli spazi interni di un servizio psichiatrico territoriale dovrà tener conto del fatto che gli **accessi ordinari** (visite su appuntamento, assunzione di terapie, colloqui di supporto, medicazioni programmate, informazioni) dovranno seguire un percorso il più separato possibile da quello osservato dagli **accessi urgenti** e che ci sia la presenza, nelle immediate vicinanze dell'in-gresso, dell'infermiere di TPT con un agevole accesso all'apposito locale di cui ai punti precedenti.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Il lavoro si divide essenzialmente in due fasi: accoglienza e assegnazione dei codici.

L'accoglienza rappresenta indubbiamente un momento estremamente importante, è il primo approccio con l'utente, solitamente svolto da un infermiere, che segna in certo senso anche la storia di quella persona riferita al momento di urgenza, dell'immagine del servizio, ed è quindi fondamentale che chi accoglie la persona sia in grado di gestire le proprie emozioni e il proprio giudizio (generalmente mai richiesto e troppo spesso erogato).

Per gli spazi va necessariamente individuato un ambiente tranquillo, dedicato e possibilmente lontano dal luogo di insorgenza o di causa della crisi.

A nostro parere andrebbe approntata una scheda come all'[allegato 1](#).

Per le strategie rimandiamo all'intervento specifico sull'urgenza-emergenza.





Per quanto riguarda l'assegnazione dei codici è necessario aderire alla classica suddivisione in quattro colori, come da triage ospedaliero, da noi personalizzati nel modo illustrato a lato.

Mentre per il codice colore rosso va garantita un'immediata risposta al paziente, per gli altri codici è previsto anche un periodo di attesa, fatto di osservazione e monitoraggio costante dei vari parametri (compresi quelli vitali).

Ovviamente il tempo di attesa e di frequenza dell'osservazione si dilaterà via via che il codice colore assegnato apparterrà alla fascia me-

no urgente, cioè data la minore gravità tali situazioni tenderanno a rientrare nella routine del CPS. Si potrà quindi andare dai 15 minuti di un codice giallo ai 90-120 di un codice bianco.

Una cosa, su tutte, è fondamentalmente cambiata: un tempo la crisi veniva gestita in un ambito circoscritto, il manicomio o il Pronto Soccorso come servizio d'elezione, mentre

Colore	Legenda
	Situazioni che richiedono un tempestivo intervento da parte degli operatori (medici e infermieri) e che necessitano, il più delle volte, di un ricovero urgente (agitazione psicomotoria, crisi pantoclastica, idee suicidarie, gesti auto-eterolesivi, isolamento e apatia prolungati, situazioni organiche che richiedano un intervento di specialisti di altri settori).
	Situazioni che necessitano di un intervento degli operatori (vedi sopra), che non sempre richiedono un ricovero urgente ma solo un monitoraggio costante; anche in considerazione della compliance terapeutica e della presenza o meno di figure di supporto alla persona (risorse di rete).
I codici rosso e giallo richiedono sempre l'intervento dello specialista psichiatra	
	Situazioni che spesso si presentano in maniera eclatante ma che si risolvono dopo un colloquio infermieristico (gli stati di ansia non necessitano, solitamente, di interventi di altri operatori).
	Situazioni che si presentano con richiesta di urgenza ma che dopo valutazione (e gestione) infermieristica si decide di differire.
L'assegnazione dei codici colore non sarà, ovviamente, definitiva ma potrà variare, positivamente o negativamente, a seconda dell'evoluzione della crisi.	

oggi si cerca di governarla sul territorio.

È per questo motivo che riteniamo necessario, oggi, parlare di **TPT**: una tempestiva gestione

del problema unita ad una corretta classificazione delle priorità potranno, nella maggioranza dei casi, ridurre il ricorso all'ospedalizzazione, con conseguente risparmio per la spesa sanitaria pubblica.

Il triage sul territorio si effettua, quindi, non già per il numero degli utenti e per una necessità impellente di classificare e catalogare (anche se talvolta può capitare), ma soprattutto per valutare un invio al Pronto Soccorso o una gestione del problema sul posto.

La tendenza in crescita e comune a tutte le realtà sanitarie di ricorrere al pronto soccorso da parte di un numero sempre maggiore di cittadini, che ha già generato l'esigenza di utilizzare il triage nel pronto soccorso, ha ancor di più motivato la necessità di utilizzare il triage sul territorio.

TRIAGE PSICHIATRICO IN PRONTO SOCCORSO

Innanzitutto va detto che in Pronto Soccorso si dovrebbero utilizzare gli stessi codici colore utilizzati per gli altri utenti (opportunamente adeguati), anche se spesso si nota la presenza di personalizzazioni stereotipate, dove i codici colore sono attribuiti solo in base al grado di ostilità e/o violenza del paziente, verso operatori e/o oggetti.

I codici usati in PS sono:

- casi gravissimi, con pericolo di vita ed intervento immediato dell'equipe sanitaria;

- casi gravi con rischio di vita evolutivo, con priorità relativa, riducendo al minimo il tempo di attesa;

- interventi differibili;

- casi meno gravi per i quali il paziente avrebbe potuto rivolgersi ad altre strutture ambulatoriali o al proprio medico di famiglia, il caso verrà trattato una volta terminate le urgenze.

In Pronto Soccorso, ad ogni modo, bisognerà allestire un'apposita zona di triage psichiatrico che tenga conto di anzidetti fattori, quali: preparazione di personale apposito, locale vuoto, arredato in maniera essenziale, protocolli definiti e condivisi.

Scala di aggressività evidente (Yudofsky, 1996)	
1	Verbale
2	Fisica contro oggetti
3	Fisica contro sé stessi
4	Fisica contro altre persone

Sarà necessario dotarsi di un'apposita scheda di prestazione e valutazione (vedi allegato 1) che tenga conto anche di scale collaudate, come quella di Yudofsky* qui riprodotta.

***Yudofsky Stuart C. : Neuropsichiatra che si occupa, principalmente, di classificazione di disturbi di personalità con comportamenti "antisociali".**

Urgenza-emergenza in ambito psichiatrico: strumenti e strategie

Prima ancora di parlare di approccio all'urgenza psichiatrica è necessario ricordare a tutti noi quanto lo **stigma** circa la **vera follia** abbia sempre condizionato le azioni (e le reazioni) di ognuno di noi, operatori e non.

Da sempre la nostra società, ma diremo l'intera umanità o, perché no, l'intero mondo animale, ha sempre avuto **paura** di ciò che non conosce, dell'**ignoto**, ovvero di ciò che memorizziamo (stigmatizzandolo) come fonte di pericolo. Il serpente, ad esempio, contiene in sé lo stereotipo del male, della cattiveria... immagine ancestrale che evoca il maligno nella sua forma più infida. Poco importa se la maggior parte di tali rettili sia in realtà mite, timida e che fugge ad ogni più piccolo rumore.

Parimenti la follia, da sempre imprevedibile, incontenibile, disordinata, anarchica: nella società contemporanea, dove tutto deve rispettare i canoni preconfezionati di bellezza e perfezione tendiamo senza indugio a **rifiutare, ghettizzare, contenere** in ogni sua espressione diversa ciò che **non è conforme** ai suddetti canoni.

Cosa potevamo aspettarci, d'altronde, se cinema e letteratura non hanno fatto altro che regalarci immagini ridicolizzanti (come il prototipo del comico svitato) o peggio del serial killer assetato di sangue? Se i mass-media non fanno altro che sbattere il mostro in prima pagina ogni volta che accade un inspiegabile fatto di sangue, criminalizzando anche le strutture sanitarie incapaci di prevenire il folle gesto dell'infanticida o dell'introverso massacratore?

Quanti divulgatori del cosiddetto sapere di massa hanno saputo trasmetterci la vera immagine di un individuo solo, che vive in condizioni di disagio, ammalato, triste, impotente eppure portatore di **risorse appena sopite**, forse seriamente compromesse ma spesso capace di insospettabili recuperi personali e sociali?

Dal remoto passato in cui i matti venivano imbarcati su grosse navi e deportati verso mondi nuovi, dove più incerti erano i confini sia fisici sia dell'**umana tolleranza**, passando dalla creazione di strutture manicomiali sempre più grandi, enormi contenitori capaci di racchiudere campionari sempre più variegati di **dolente umanità**, via via fino ai giorni nostri, tempi di apparente, **democratica tolleranza** ma pregni di rigurgiti di nostalgia, di quando il matto veniva rinchiuso senza mezzi termini e per periodi più lunghi, come suggeriscono alcune proposte di Legge in discussione al Parlamento, nulla sembra cambiato come risposta sociale verso il diverso, verso l'ignoto... verso la paura!

E se lo stigma dell'atteggiamento verso il diverso è quello di rifiutarlo, di escluderlo dalla nostra vista, parimenti il nostro atteggiamento verso la crisi, spesso violenta, può essere di **paura, fuga**, oppure di **contenimento, repressione**.

Ecco cosa, alla fine di questo corso, non dovremo più fare: ragionare in termini di contenimento, fuga. È necessario conoscere (e far conoscere), con la consapevolezza che ciò che si conosce non si teme, i complessi meccanismi che si celano dietro una crisi e in tutto il periodo che ne completa l'iter.

Dal Dizionario Garzanti:

Emergenza - s. f. - 1 (rar.) l'emergere; ciò che emerge, che sporge - 2 situazione particolarmente critica, difficile: in caso di emergenza; piano di emergenza | (stato di) emergenza, situazione di pericolo grave e generalizzato su un certo territorio che impone alle autorità pubbliche di prendere particolari misure | freno di emergenza, quello che serve in caso di avaria del freno principale.

Urgenza - che deve essere fatto subito, impellente.

Innanzitutto è opportuno distinguere le due definizioni nei rispettivi ambiti: quello sanitario classico e quello più strettamente psichiatrico.

Dal documento SIARTI-AAROI del 1991 "criteri organizzativi per il trattamento delle emergenze e delle urgenze in campo sanitario", è emergenza "qualunque circostanza che si presenti in modo improvviso, e con caratteristiche tali da provocare conseguenze critiche, talora gravi, per la

salute degli individui che ne restano coinvolti", e ancora "una condizione statisticamente poco frequente, che coinvolge uno o più individui, e per la quale sono necessari immediati e adeguati interventi terapeutici o il ricorso a mezzi straordinari di trattamento".

Qui si evidenzia l'occasionalità e la costante criticità dell'emergenza, precisando invece come urgenza: "una condizione statisticamente ordinaria in cui, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, è tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico".

In psichiatria gli stessi termini vogliono definire situazioni differenti: l'"**emergenza psichiatrica**" è caratterizzata dalle circostanze o dall'ambiente; richiede un intervento urgente a seguito della rottura di un equilibrio con l'ambiente stesso (*pseudo urgenza psichiatrica* o *emergenza sociale*), mentre l'"**urgenza psichiatrica**" è lo stato psicopatologico acuto del paziente di per sé stesso, per sua intrinseca natura e indipendentemente dalle pressioni esterne a

richiedere un rapido intervento.

I quadri patologici più frequenti nelle urgenze psichiatriche sono:

la Sindrome cerebrale acuta, l'Episodio maniacale, l'Episodio depressivo melanconico, l'Esordio schizofrenico o buffè delirante, le Psicosi confusionali, l'Intossicazione/astinenza da alcol, le Crisi d'ansia generalizzata e i disturbi da attacco di panico che determinano quadri sintomatologici d'intensa angoscia, i comportamenti presuicidari e parasuicidari, i quadri di psichiatria trans-culturale.

Da sottolineare che possono presentarsi casi di urgenze miste (combinazione di disturbi somatici e psichici acuti, ad es: ansia in corso di crisi cardiaca), urgenze pseudo-psichiatriche (patologia somatica che si presenta con sintomi psichici) e urgenze pseudo-somatiche (patologie psichiche che si presenta come urgenza somatica, ad es le conversioni isteriche, le malattie psicosomatiche).

PRINCIPI GENERALI DI INTERVENTO SULLA CRISI

Anzitutto va detto che durante una crisi non dovrebbero essere prese **decisioni affrettate**: spesso siamo condizionati dalla convinzione che sia necessario contenere la crisi con l'ausilio dei farmaci o mediante il ricorso a un ricovero obbligatorio. La necessità pratica di far tornare quanto prima tutto nei range di normalità ci spinge, a volte, a prendere decisioni affrettate, non riuscendo in tal modo a definire l'effettivo grado di urgenza.

Ma tutti noi dobbiamo sapere che va data priorità ad un fattore basilare : *l'assessment*.

Va anche precisato che non è necessario, nelle situazioni d'urgenza, fare **più di quanto sia richiesto** dalla situazione stessa: da un lato perché non vi sono risorse per tutti, quindi esse vanno razionate garantendo una "sufficiente" risposta a tutti, e dall'altro perché dando più di quanto non sia necessario si creerebbero fenomeni di inutile dipendenza dal servizio. Dare più di quello che è necessario ad alcuni pazienti può significare non avere risorse sufficienti da dedicare a tutti i pazienti in condizione di bisogno.

Infine bisogna sempre prendere in considerazione, durante una crisi, le **necessità dell'intero sistema** di supporto del paziente (parenti, amici, vicini, forse dell'ordine, colleghi, operatori), ovvero bisogna considerare l'azione migliore non solo tenendo presente le aspettative del paziente, ma dell'intera cerchia di persone

che in quel momento circonda il paziente. Questo perché spesso da loro dipende la "tenuta" della risposta all'urgenza data.

L'APPROCCIO INFERMIERISTICO IN URGENZA NEI SERVIZI DEL DSM

Sia che l'intervento infermieristico avvenga in ambito degenziale (SPDC, CRA, CPA, CPM) o in ambito territoriale (CPS, Ambulatorio) l'atteggiamento del professionista deve essere improntato ad instaurare una efficace *relazione terapeutica* che rappresenta l'obiettivo primario che si deve raggiungere e che caratterizza l'operare in psichiatria come aspetto fondamentale infermieristico.

È necessario essere:

- **ATTIVI** (è necessario saper dirigere una scena caotica, saper prendere decisioni, facendo domande appropriate, facendo parlare uno alla volta, ascoltando tutto e tutti attentamente: è necessario, senza l'ausilio dei farmaci, saper contenere un livello di ansia solitamente, in situazioni di crisi, molto alto)
- **DISPOSTI AD ASSUMERSI RISCHI CALCOLATI** (nelle situazioni di crisi spesso ci possiamo trovare a dover agire senza i rassicuranti supporti ambientali, legali e professionali: potremo avere la necessità, ad esempio, di dover eticamente agire anche contro l'approvazione del paziente nell'unico interesse di salvargli la vita, impedendo che si faccia del male; potremo cioè trovarci a districarci nel nodo composto dal "diritto alla libertà di ogni cittadino" e dallo "stato di necessità", entrambi contemplati dalla giurisprudenza)
- **CALMI E CONTROLLATI** (è necessario non farsi trascinare nella estrema confusione che spesso regna durante i momenti di crisi: il nostro atteggiamento, come tutte le nostre azioni, la postura, le parole, sono spesso un modello per il paziente, il quale alla nostra agitazione reagirà con maggior agitazione; se il paziente ci spaventa è necessario dirglielo, ma sempre mantenendo calma e controllo)
- **GARANTITI DA UN SISTEMA DI SUPPORTO** (in ogni situazione d'urgenza, in special modo quando ci si trova di fronte ad un paziente violento, è necessario garantirsi un sistema di supporto sia fisico, sia psicologico; bisogna aver cura, pur colloquiando con un paziente in una stanza vuota, di avere in prossimità colleghi o comunque risorse umane capaci di prestare man forte; inoltre, per rafforzare una idea o una frase detta può essere necessario l'intervento di un secondo o terzo

collega, oppure dei familiari, o ancora dagli agenti di polizia o da operatori dei servizi sociali, a conferma che quanto detto viene condiviso dall'intero sistema di supporto, e non è frutto della volontà di persecuzione di un singolo operatore)

- **CAPACI DI CAPIRE LO SCOPO DI OGNI INTERVENTO** (durante la crisi di un soggetto noto al servizio è necessario, laddove possibile, attingere alla cartella ambulatoriale prima ancora di interferire e contraddire eventuali decisioni prese dall'equipe curante)

- **CAPACI DI DISTINGUERE LA CRISI DA ALTRO** (non sempre ciò che si presenta come crisi è davvero una crisi: la vera crisi non dipende dalla gravità del problema o dal suo grado di pericolosità, ma dalla sua insorgenza nuova e recente; se una persona si presenta con un'ansia forte dovuta ad un problema recente, allora si tratta di una crisi; diverso è se una persona si presenta con un attacco di ansia dovuta a problemi che si trascina da anni; nel primo caso si tratta la crisi d'ansia, nel secondo si interviene insieme a tutta l'equipe curante con un programma terapeutico atto a risolvere lo stato di *crisi costante*)

La vera crisi si caratterizza dalla presenza di due fondamentali parametri:

- **Acuzie** (repentina insorgenza dei sintomi)
- **Gravità** (parametro che influenza la prognosi)

ASPETTI PRINCIPALI DA VALUTARE

Durante il colloquio col paziente in urgenza è necessario fare una serie di valutazioni in base alle informazioni apprese, ma una rilevazione prioritaria va fatta in base alle seguenti tre categorie:

- **Ambiente di vita** (Vive in un posto confortevole? È adatto a lui? In che contesto vive?)
- **Ambiente sicuro** (Ha bisogno di essere messo al sicuro da danni che può cagionare a sé stesso o agli altri? Su chi possiamo contare perché si sorvegli sulla sua sicurezza? Per quanto tempo?)
- **Ambiente di cura** (Ha bisogno di stare in un ambiente protetto? Per quanto tempo?)

Ovviamente vanno esaminati altri aspetti, quali la presenza di un supporto sociale, di risorse formali e informali.

A nostro parere andrebbe approntata una scheda come all'allegato 1.

QUALI STRATEGIE

L'Infermiere deve saper mettere in atto i seguenti presupposti:

- **creazione o individuazione di un ambiente sicuro** ovvero libero da elementi di disturbo, appartato, con la presenza di meno persone possibili (laddove la situazione la richieda e quando tale atteggiamento non compromette l'incolumità delle persone);

- **disporre del tempo necessario** affinché il paziente possa sentirsi libero di esporre le proprie emozioni e i propri vissuti relativi al momento di difficoltà anche attraverso tecniche di facilitazione (empatia);

- **focalizzare la propria attenzione** sui sentimenti del soggetto cogliendone le emozioni e facilitandone l'espressione. Deve saper prendere la decisione migliore, nell'interesse del paziente, con decisione, chiarezza, e dichiarandola al paziente assumendosene la responsabilità.

Sono pertanto da evitare: frequenti interruzioni durante il colloquio, atteggiamenti di sorpresa o emozione, scarsa disponibilità o eccessiva protezione, propria interpretazione, indecisioni nell'agire che provocherebbero nel paziente ulteriore angoscia.

Inoltre l'infermiere deve tenere presente che avvicinandosi fisicamente al paziente entra in un suo spazio personale e può stimolare facilmente una tra le forme più primitive di aggressività territoriale.

La difesa del proprio territorio nelle persone violente e agitate si estende per uno spazio che è circa 4 volte più ampio di quanto non lo sia in un soggetto che non è violento.

Per quanto concerne specifiche psicopatologie, è da rilevare che, ad esempio, in soggetti con spunti paranoidei, non bisogna avvicinarsi alle loro spalle, dove lo spazio deve essere sempre lasciato libero. Non ci si deve inoltre avvicinare al paziente con modalità rapide e decise in senso frontale, poiché ciò può essere percepito come un atteggiamento di confronto, di sfida e può facilitare il passaggio all'azione aggressiva di difesa.

È inoltre da evitare il contatto diretto e prolungato nello sguardo degli occhi del paziente: è spesso percepito da molti soggetti come una forma di invasività e di provocazione personale.

La contenzione fisica, psicologica e farmacologica

Il R.D. n°615, art.60 capo IV così recitava :
“Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con una autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto”.

Robert Gardiner Hill, direttore del Lunatic Asylum di Lincoln in Inghilterra, può essere considerato il primo avversatore della contenzione del XIX° sec., egli ebbe il merito di rimuovere dai ceppi tutti i suoi pazienti dimostrando, in tal modo, che i metodi non costrittivi portavano ad un miglioramento delle condizioni dei pazienti, una maggior tranquillità ambientale e un atteggiamento più collaborativo dei malati.

A 180 anni dalle esperienze di Hill, la contenzione continua ad essere largamente praticata, non solo in ambiente psichiatrico, ma anche in altri settori della medicina come nei reparti o istituti geriatrici, pur in assenza di studi scientifici controllati sull’efficacia.

Anche le linee guida e le raccomandazioni disponibili tendono ad allinearsi con quella che può essere definita una best practice purtroppo magra di evidenze scientifiche.

Nelle situazioni più critiche si può cercare di trattenerne manualmente la persona e solo come ultima ratio va considerata la contenzione fisica. Il ricorso alla contenzione dovrebbe pertanto avvenire solo in casi eccezionali, quando non esiste più altro modo per gestire la situazione.

La prescrizione della contenzione deve essere fatta da un medico, che annota sia le ragioni che la durata di tale provvedimento, in cartella clinica e su un apposito registro contenzioni.

E’ utile distinguere la contenzione fisica, nella quale gli operatori intervengono per bloccare fisicamente il paziente dalla contenzione meccanica basata sull’utilizzo di mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti (spondine, bendoni, corsetti ecc).

Da sottolineare che, spesso, il ricorso alla contenzione meccanica deriva dall’insuccesso o dall’inapplicabilità della “contenzione farmacologica” o più appropriatamente sedazione farmacologica.

La contenzione fisica di un paziente è un atto estremo che dovrebbe essere preso in considerazione solo quando ogni altra procedura è fallita e ogni tentativo di stabilire un rapporto con la persona o individuare soluzioni di compromesso è risultato vano.

Ricorrere alla contenzione senza aver prima tentato ogni possibile azione è da considerarsi azione impropria e lesiva della libertà della persona

La contenzione può essere giustificata solo da una condizione di pericolo che espone la persona o altri presenti a rischiare la propria incolumità e se non appropriatamente contrastata, può esporre il personale sanitario a un giudizio di imprudenza o di omissione di soccorso.

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

E’ l’elemento di maggior importanza nelle strategie di minimizzazione e nella riduzione degli incidenti legata a comportamenti aggressivi o violenti.

Da una analisi della letteratura risultano due i filoni principali su cui agire: la prevenzione, ossia la precoce identificazione delle situazioni di rischio, e le tecniche di gestione dei comportamenti aggressivi, prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale.

Relativamente alle procedure di prevenzione riportiamo la metodologia del triage psichiatrico, strumento organizzativo volto a selezionare e ordinare gli accessi nei servizi per acutrici, Il TP indica l’insieme delle azioni finalizzate alla valutazione della gravità e consente una rapida definizione delle priorità assistenziali e terapeutiche, la valutazione del paziente all’ingresso in reparto, se fatta correttamente, permette di : identificare efficacemente le situazioni a rischio, mettere in atto azioni preventive e facilitare la trasmissione delle informazioni a tutto il personale di assistenza.

Interventi comportamentali

Comprendono tutte quelle tecniche che permettono all’operatore di gestire il rapporto con il paziente aggressivo-violento in termini di maggior efficacia e sicurezza, allo scopo di detendere la tensione e di recuperare la relazione con il paziente.

Assumono perciò fondamentale importanza le

tecniche di ascolto, l'osservazione e l'interpretazione delle modalità comunicative verbali e non verbali, ma anche la capacità di guidare il colloquio verso soluzioni interlocutorie che, esplorando, ad esempio, i bisogni della persona e le sue ragioni, possono condurci a trovare soluzioni più adeguate e vantaggiose per affrontare meglio il momento di crisi.

Tali tecniche hanno lo scopo di gestire la situazione in termini di sicurezza trasmettendo al paziente il convincimento che l'operatore ha la situazione sotto controllo e che si adopererà con decisione per impedirgli di arrecare danno a sé stesso o ad altri.

Altre modalità di approccio presuppongono l'identificazione del problema, la definizione delle procedure per affrontarlo e per risolverlo, e la loro pianificazione; il problema viene definito attraverso le diagnosi infermieristiche del North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) che, oltre ai fattori di rischio, identificano gli obiettivi e i traguardi da raggiungere a breve e lungo periodo.

Relativamente al rischio di atti violenti gli interventi suggeriti vanno dalle indicazioni per l'operatore (accettazione del paziente, rinforzi positivi, disponibilità al dialogo) alle attenzioni per l'ambiente circostante (diminuzione degli stimoli, allontanamento di altre persone ecc.).

La pratica della contenzione fisica deve sempre basarsi su specifici protocolli di appropriatezza e di qualità, nel rispetto della sicurezza del paziente e del personale, ma soprattutto per prevenire gli abusi o per sopperire a carenza di personale.

Alcuni punti da considerare come basilari e presenti in tutti i protocolli operativi sono:

Utilizzo di pratiche sicure per il paziente e per il personale sanitario

Uso di tecniche o ausili appropriati da parte degli operatori opportunamente addestrati

Un sistema di revisione e monitoraggio continuo

Coinvolgimento attivo e continuo della persona nelle decisioni connesse al trattamento

Individuazione e rispetto di specifici bisogni dell'individuo (sesso, età, religione ecc..)

Rispetto della dignità della persona atta a ridurre intrusioni nella privacy personale

INTERVENTI AMBIENTALI

Hanno lo scopo di prevenire condizioni che potrebbero indurre in una persona disturbata comportamenti pericolosi.

E' noto che la persona nei primi giorni di ricovero si trova esposta a condizioni ambientali che in genere non rispondono alle sue esigenze di: tranquillità, isolamento o di privacy.

I reparti ospedalieri spesso ristretti, affollati, talora chiassosi, possono trasformarsi in attivatori della crisi; d'altra parte le capacità d'adattamento nei momenti di scompenso sono le prime a venir meno, così come la disponibilità e la tolleranza nei confronti degli altri, mentre aumentano la tensione, il disagio, l'irritabilità e la reattività.

Gli interventi strutturali sull'ambiente e sull'organizzazione hanno lo scopo di detendere la tensione, recuperare un livello di funzionamento più adeguato ed evoluto che permetta al paziente di esprimere in modo più appropriato e tranquillamente i propri bisogni: esempi in tal senso possono essere: separazione zona notte da zona giorno, disponibilità di sale ricreative, zone di maggior sicurezza, aree per attività motorie per scaricare la tensione ecc...

EVENTI AVVERSI

Pur non potendo affermare che la contenzione è un mezzo efficace in maniera scientifica, si deve mettere in risalto il ruolo dannoso che essa può avere sulla salute fisica e psicologica dell'individuo, in particolare se anziano.

Traumi meccanici:

- Strangolamento
- Lesioni dei tessuti molli superficiali

Asfissia da compressione della gabbia toracica

Malattie organiche e funzionali

- Aumento dell'osteoporosi
- Incontinenza
- Infezioni
- Lesioni da decubito

Diminuzione della massa, del tono, e della forza muscolare

Sindromi della sfera psicosociale

- Paura e sconforto
- Depressione
- Umiliazione
- Stress

Sfiducia

I messaggi che arrivano al paziente soggetto a contenzione sono:

- Pericolosità
- Dipendenza: dipendere dall'infermiere che deve rispondere a ogni bisogno

Spersonalizzazione: privazione della libertà che può inficiare la ristrutturazione del proprio IO.

Sono purtroppo da registrare anche decessi dovuti ad uso improprio della contenzione, da una indagine condotta negli USA su 20 casi di decesso da contenzione fisica, nel 40% dei casi la causa di morte è stata l'asfissia, seguita da strangolamento, arresto cardiaco e incendio, tutti decessi da incendio sono risultati relativi a degenti che fumavano o che cercavano di accendere sigarette.

I principali problemi alla base dei decessi sono stati identificati in:

- Valutazione medica affrettata o incompleta
- Ispezione del paziente inaccurata
- Inadeguata pianificazione degli interventi, la restrizione era stata attuata con finalità punitive
- La stanza o il reparto risultava/no inappropriata/o
- Assenza di procedure di osservazione e controllo del degente contenuto
- Insufficiente addestramento, competenza e numero degli operatori

Fattori legati alle attrezzature: uso di due punti di fissaggio anziché quattro, uso di corsetti troppo alti, binario di spondine troppo alto ecc..

Da rilevare che dal 1990 ad oggi emerge che i danni e gli eventi avversi relativi all'uso improprio della contenzione, sono accaduti principalmente nell'area geriatrica e della disabilità, mentre un numero molto esiguo di casi riguarda la psichiatria.

Concludendo è da sottolineare che qualora il ricorso alla contenzione sia ingiustificato si possono configurare i seguenti reati: sequestro di persona (art.605 C.P.), violenza privata (art.610 C.P.) e maltrattamenti (art. 592 C.P.), qualora per l'uso di mezzi di contenzione si procurassero danni alla persona assistita si può configurare il reato di Lesioni personali colpose (art. 590 C.P.).

In altri paesi la contenzione è gestita diversamente; da pratica terapeutica è divenuta, nel tempo, pratica assistenziale, ad esempio in Inghilterra il ricorso alla contenzione non viene deciso dal medico, ma proposta da due membri dell'equipe (che possono anche non essere medici), e deve essere avallata dal/la caposala.

Per completezza è utile rammentare che l'uso della contenzione è sempre vietato nei pazienti in età pediatrica (carta dei diritti del bambino ricoverato in ospedale - Consiglio d'Europa).

IL FARMACO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE VIOLENTO

Non va dimenticato che nella gestione di pazienti agitati o violenti, non è raro ricorrere all'uso indiscriminato di farmaci perché si è portati, istintivamente, a considerare necessarie, per sedare un paziente aggressivo, dosi più elevate di psicofarmaci. Si tratta di una reazione a cortocircuito degli operatori (medici e infermieri) alle provocazioni del paziente. È utile ricordare che l'efficacia sedativa di un farmaco non ha alcun rapporto di proporzionalità con la pericolosità del paziente (De Martis, 1994). La risposta interventista, il più delle volte è finalizzata a soffocare la nostra ansietà invece di reggere quella del paziente contenendo le emozioni e mettendo in ordine il caos psichico.

Nelle situazioni drammatiche l'uso indiscriminato di neurolettici rischia di compromettere, oltre che la salute del paziente, anche i suoi rapporti futuri con il servizio. È, invece, auspicabile creare un clima in cui la violenza, perlopiù legata al panico del paziente, può essere stemperata, sdrammatizzata e contenuta. Si tratta di trovare la forma più adeguata di relazione che contempra fermezza e il rispetto della persona in uno stile che gli autori definiscono soft.

Qualora si renda necessaria la contenzione farmacologica per lo stato clinico del paziente è importante rimanergli accanto cercando di realizzare quella che Winnicott definisce funzione di Holding, ovvero un contenimento psicologico e affettivo del malato. Questa funzione si traduce nella capacità dell'equipe curante di assorbire le proiezioni laceranti del paziente e di evitare controagiti impulsivi e di disinnescare ogni possibile circuito di aggressività. L'Infermiere quindi accanto a quella che può essere definita una buona attitudine alla relazione d'aiuto dovrà adottare quegli accorgimenti osservativi che gli consentano di evidenziare possibili effetti collaterali o indesiderati della terapia farmacologica, che risulteranno strategici nel far accettare al malato la terapia farmacologica, in quanto rilevante risulta essere l'informazione: fornire cioè spiegazioni corrette e semplici sulla terapia che si sta somministrando, nonché sugli effetti indesiderati prodotti dalla stessa.

Per concludere il problema della contenzione non dovrebbe mai diventare una risposta data dal singolo infermiere, equipe o reparto ma bensì una questione da risolvere prima all'in-

terno della nostra stessa società e nell'ambiente culturale, da cui deriva ogni miglioramento verso la chiarezza della norma giuridica. Il lavoro infermieristico in psichiatria impone un ruolo, sia di tipo assistenziale-sanitario, sia di tipo relazionale-psicologico. È proprio a quest'ultimo tipo che si impone una preparazione specifica dell'operatore, evidenziata da una impronta "psicodinamica", quale condizione necessaria per entrare in relazione terapeutica col paziente.

L'infermiere si dispone ad osservare eventi psicologici e si trova inserito in un campo che implica inevitabilmente la circolarità di pensieri, emozioni, fantasie; dove il sintomo assume il suo pieno significato quando viene compreso non più solamente inerente alla malattia o al paziente stesso ma come possibilità di comunicazione e di relazione.

Prendere atto della propria impotenza operativa permette di tollerare meglio la frustrazione provocata talvolta dai pazienti, e meglio si può fronteggiarla se vi è consapevolezza di queste dinamiche indotte dal paziente, oltre che dei vissuti personali rispetto all'utilizzo di un particolare farmaco, in quel particolare paziente.

“Non è una novità individuare e rifiutare la sopraffazione dell'uomo sull'uomo; non è una novità cercare le cause, rifiutando di coprirle sotto il pregiudizio. Ma finché la sopraffazione e la violenza sono ancora il leitmotiv della nostra realtà, forse non si può che usare parole ovvie, per non mascherare sotto la costruzione di teorie apparentemente nuove il desiderio ultimo di lasciare le cose come stanno”

Franco Basaglia