



PEGASO

CULTURE E PRATICHE DELLA SALUTE MENTALE DI COMUNITÀ

ANNO I, N. ZERO, MAGGIO 2007

IN QUESTO NUMERO

Bruno Benigni
Paolo Martini
Enrico Rossi
Galileo Guidi
Mario Serrano
Vincenza Quattrocchi
Andrea Caneschi
Giuseppe Corlito
Maurizio Ferrara
Giovanni Battista Cassano
Lorenzo Lattanzi
Alfredo Sbrana
Paolo Castrogiovanni
Massimo De Berardinis
Angela Valtancoli
Paolo Nascimbene
Enrico Salvi
Mauro Faralli
Vincenza Sgarro
Erica Falaschi
Mauro Camuffo
Marcella Biagi
Alessandra Zoccali
Massimo Papini
Filippo Muratori

Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" - Arezzo

QUESTO NUMERO ZERO

Questo primo numero della Rivista quadrimestrale "Pegaso" raccoglie gli scritti di dirigenti ed operatori della salute mentale della Toscana, servizi per adulti e infanzia, operatori regionali e universitari, con la descrizione delle esperienze condotte e con la presentazione di punti di vista maturati nel corso delle attività in anni di lavoro.

La Rivista, intenzionalmente, ha voluto dare spazio ai diversi punti di vista.

Ciò non toglie che gli scritti, dal primo all'ultimo, meritino analisi comparate, riflessioni e valutazioni da parte della Regione, degli stessi autori e dei possibili lettori della Rivista.

In fondo, quello che viene presentato è parte significativa di un panorama del pensiero e della pratica riguardanti la salute mentale nella regione Toscana.

Era giusto, riteniamo, partire da qui.

Editoriale: A partire dalla 180

<i>di Bruno Benigni</i>	p.	2
Una rivista per la salute mentale		
<i>di Paolo Martini</i>	»	5
Al presidente del Centro Franco Basaglia		
<i>di Enrico Rossi</i>	»	6
La salute mentale nella programmazione regionale nella prospettiva di servizi di comunità		
<i>di Galileo Guidi</i>	»	7
L'area vasta è un'opportunità per la salute mentale?		
<i>di Mario Serrano</i>	»	10
Dipartimento salute mentale Asl 11 Area Vasta Centro		
<i>di Vincenza Quattrocchi</i>	»	14
Dipartimento salute mentale Asl 10 Area Vasta Centro		
<i>Andrea Caneschi</i>	»	20
Salute mentale e area vasta sud est		
<i>di Giuseppe Corlito</i>	»	23
L'attività di formazione degli specializzandi di Psichiatria e Psicologia Clinica presso l'Unità Operativa Sperimentale di Psichiatria Territoriale a Direzione Universitaria		
<i>di Maurizio Ferrara</i>	»	26
Il processo di integrazione tra Università e Sistema Sanitario Nazionale per la Salute Mentale		
<i>di Giovanni Battista Cassano, Lorenzo Lattanzi, Alfredo Sbrana</i>	»	31
Contributo all'avanzamento delle attività superspecialistiche da parte della psichiatria universitaria senese		
<i>di Paolo Castrogiovanni</i>	»	34
Il modello toscano per la salute mentale		
<i>di Massimo De Berardinis, Angela Valtancoli</i>	»	38
La cultura tecnico organizzativa delle U.O.C. di psicologia: spunti di riflessione		
<i>di Paolo Nascimbeni, Enrico Salvi</i>	»	41
Essere infermiere per la Salute mentale della comunità		
<i>di Mauro Faralli</i>	»	44
Gli interventi riabilitativi nel Servizio di Salute Mentale di Arezzo		
<i>di Vincenza Sgarro</i>	»	49
La cultura tecnico-organizzativa del servizio sociale nel DSM		
<i>di Erica Falaschi</i>	»	52
Le unità funzionali salute mentale, infanzia e adolescenza (URSMIA): stato attuale e prospettive		
<i>di Mauro Camuffo</i>	»	54
La professionalità degli operatori della Riabilitazione Funzionale nella complessità dell'UFSMIA		
<i>di Marcella Biagi, Alessandra Zoccali</i>	»	57
Il metodo in neuropsichiatria infantile: formazione e professione		
<i>di Massimo Papini</i>	»	60
Analisi del bisogno e percorsi di sostegno in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza		
<i>di Filippo Muratori</i>	»	62

Editoriale

A partire dalla 180

*Bruno Benigni**

Fu la Provincia il protagonista istituzionale del superamento e della chiusura dell'Ospedale psichiatrico di Arezzo, con dieci anni di impegno politico e democratico e con una stretta alleanza con le avanguardie scientifiche sorte dal pensiero e dall'azione di Franco Basaglia.

Quando diciamo "provincia", vogliamo attestare che si tratta certamente dei suoi organi di governo, i Presidenti, le Giunte e i Consigli, ma anche, in senso lato, della sua popolazione, dei suoi trentanove Comuni, della miriade di soggetti sociali organizzati nelle Associazioni di volontariato, nel Sindacato, nelle forze politiche, nella Scuola e nelle parrocchie.

Ora il manicomio non c'è più, ma sono un ricordo ancora vivo le tante ed appassionate iniziative che hanno segnato il governo e la cultura aretina nel decennio 1970-1980.

Quella esperienza ha messo radici e come ogni buon seme continua a dare buoni frutti.

Ancora la Provincia, a trenta anni di distanza, è in campo per segnare una presenza attiva sulle grandi questioni dell'emarginazione e della salute di cittadini.

Nei modi con cui, oggi, è necessario e possibile farlo.

Nell'anno 2003, il Consiglio provinciale di Arezzo ha dato vita ad una Istituzione intitolata a Franco Basaglia con il compito culturale e promozionale di contrastare l'emarginazione in tutte le sedi e in tutte le forme con cui oggi si manifesta, di contribuire al disvelamento e allo studio delle determinanti della salute e di sollecitare tutte le energie scientifiche, democratiche e politiche per la rimozione degli ostacoli che impediscono il libero porsi del cittadino nel mondo, come soleva dire Franco Basaglia.

C'è la consapevolezza che se in Italia si è riusciti a debellare i fortilizi della chiusura manicomiale, la lotta contro l'emarginazione e l'impegno per il diritto universale alla salute, in condizioni e in forme certamente diverse, sono sempre all'ordine del giorno.

Sappiamo che la lotta contro le istituzioni chiuse ha avuto un risultato straordinario e sappiamo anche qual è il punto di partenza che consideriamo irreversibile e irrinunciabile.

Per la salute mentale, la matrice di ogni possibile futuro è la legge n. 180 del 1978 che ha trovato sistematicità e integrazione nella legge n. 833 dello stesso anno.

C'è chi pensa e afferma che quella integrazione legislativa sia un limite e anche un pericolo di perdita della specificità e della identità dei servizi per la salute mentale.

Storie. La fine dei manicomi non solo ha aperto la strada al superamento della separazione e dello splendido isolamento della psichiatria ma sposta il campo di lavoro nel complesso delle relazioni umane, là dove emerge il disturbo psichico che può essere prevenuto e curato, senza contenzione e senza emarginazione, valorizzando la soggettività dei singoli e dei gruppi e attuando il massimo della integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, tra Istituzioni e comunità.

Questo è quello che abbiamo voluto, qui dobbiamo svolgere "il dopo 180" e qui dobbiamo misurare la politica e la scienza, la democrazia e il sapere, i comportamenti delle istituzioni e degli operatori, dei singoli e della comunità.

Con la bussola e la cartina di tornasole dei diritti delle persone e delle famiglie.

Sappiamo che c'è un gap vistoso tra i principi che proclamano i diritti e la realtà che offre le risposte e sappiamo che a patire questo scarto sono proprio le persone che si ammalano e, insieme a loro, le rispettive famiglie.

Tutti i dati epidemiologici dicono che cresce la domanda di aiuto e tutte le informazioni documentano la scarsità delle risorse impiegate e la pochezza delle risposte disponibili.

Così come sappiamo che spesso la logica della separazione e dell'esclusione transita nell'uso distorto del ricovero ospedaliero e nella miriade di strutture residenziali a varia denominazione dove si riproduce quella "sindrome da istituzionalizzazione" già conosciuta e contestata nelle ridotte manicomiali.

È un esito inaccettabile.

Inizialmente, c'era chi guardava indietro e rimpiangeva la supposta sicurezza del manicomio dando impli-

* Presidente del Centro "Franco Basaglia"

citamente man forte alle componenti conservatrici del mondo psichiatrico e alle forze restauratrici della destra politica che sempre ha avversato la liberazione dei malati di mente dalle sedi dell'esclusione sociale.

Ora non più.

I cittadini sofferenti, le famiglie e i volontari si pongono come una risorsa a disposizione per applicare la legge di riforma e sollecitano la politica a fare la sua parte con i mezzi necessari, con una guida rigorosa a tutti i livelli istituzionali e con il coinvolgimento delle parti sociali.

Esprimono, in forme propositive, quella soggettività di cui ha bisogno, oggi, il sistema per la salute mentale della popolazione.

Nonostante tutto, il panorama non è tutto a tinte fosche, è fatto di luci e di ombre, di esperienze avanzate, che dimostrano la fattibilità della 180, ma anche di sordità della politica che spesso viene meno alla sua fondamentale mission che è quella non solo di "rimuovere gli ostacoli" ma di determinare le condizioni per l'inclusione sociale, conditio sine qua non per l'esigibilità dei diritti di cittadinanza sociale.

Ritardi e lacune vistose in Italia, meno in Toscana.

Ma non c'è solo il vuoto della politica. C'è anche la complessità dei problemi e delle domande da affrontare e c'è il ritardo di tanta accademia scientifica che stenta a prendere coscienza della novità della situazione.

Con il manicomio tutto era semplificato e banalizzato. Oggi diventa centrale la prevenzione dinanzi al lavoro che cambia, dinanzi ad una società atomizzata che depriva minori, adolescenti e anziani di compresenze sociali e di legami affettivi e dinanzi a comunità che mutano la loro composizione demografica con presenze crescenti di immigrati.

Quella cronicità che un tempo era prodotta ed occultata dal manicomio, oggi diventa problema cruciale per i cittadini, per le famiglie e per i Servizi sociosanitari.

Affrontare questi problemi è compito certamente complesso e difficile, ma possibile.

Leggi nazionali e regionali fanno del Dipartimento di salute mentale a struttura territoriale, per adulti e minori, lo strumento operativo che meglio risponde alla nuova situazione operativa, perché si fa carico di una visione unitaria della condizione delle persone e perché associa più culture professionali e le rende sinergiche. Né separati in casa né posizioni sovrastanti, ma pari dignità, scambio di conoscenze, chiarezza di rapporti, impegno e responsabilità comuni.

Le migliori esperienze dicono che è possibile produrre una nuova cultura del Servizio, perché i valori e i principi cui ispirarsi sono chiari, sorti e decifrati già nel corso della lotta contro il manicomio.

Forse è giusto e utile ricordare che fu possibile supe-

rare il manicomio, ad Arezzo come a Trieste, a Perugia come altrove, perché nel progetto fu coinvolta la comunità, perché fu valorizzata la soggettività dei degenti, perché la psichiatria uscì dal letto di Procuste del manicomio e si misurò con le altre scienze dell'uomo, perché tra quella scienza rinnovata e la politica si saldò una sistematica alleanza.

Comunità, partecipazione e soggettività, inclusione sociale e integrazione, nuova scienza e nuova politica sono il lessico di allora che fa da bussola per orientare il progetto e la pratica di oggi.

Non c'è niente da imitare e tanto meno da copiare, ma c'è il compito arduo di inverare quei termini nella realtà di oggi per produrre un nuovo paradigma scientifico e una nuova cultura di governo, con effetti sia sul piano teorico che pratico, in definitiva sul pensiero, sul senso comune e sulla qualità della vita.

Oggi, come allora, è richiesta una nuova creatività scientifica misurata e desunta da una prassi che agisce nel vissuto delle persone e nelle condizioni concrete delle relazioni umane; oggi come allora è sollecitata una nuova cultura di governo che tenga conto della complessità delle determinanti sulla salute e compia, con coerenza, gli atti necessari sia di programmazione che di gestione.

Da qui può partire quella dialettica di rapporti che può dar vita ad un'alleanza tra le Istituzioni democratiche, i cittadini, la cultura e la scienza.

SALUTE MENTALE E WELFARE IN TOSCANA

Siamo in Toscana e tutto il welfare di questa Regione è interessato da un mutamento strategico perché le leggi, i Piani sanitari e sociali, le sperimentazioni della Società della salute e, ora, della Casa della salute pongono al centro della politica per la salute e per le politiche sociali la comunità tutta, la partecipazione dei cittadini, l'inclusione sociale, la prevenzione, le cure primarie, e l'integrazione sociosanitaria. In una parola, il welfare locale.

È quello di cui aveva ed ha bisogno la 180, quello che domandano cittadini e famiglie.

Entro questo orizzonte e questo humus culturale e politico si colloca la questione della salute mentale.

Le coordinate legislative e politiche ci sono, il problema che si pone, ora e sempre, è quello di dare coerenza alle parole e passare ai fatti.

Per questo la Toscana è un interessante e innovativo laboratorio.

Bisogna chiarire subito che non si tratta tanto di sperimentare, quanto di costruire e consolidare il nuovo welfare in tutto il territorio della Regione Toscana, portando la salute mentale entro Piani integrati di salute condivisi e moltiplicando i rapporti e le collaborazioni

tra il Dipartimento di salute mentale e il complesso della rete dei servizi sanitari e sociali.

Concretamente, si richiede al Dipartimento di raggiungere la propria identità e autorevolezza integrando la propria azione con quella di altri Servizi sanitari e sociali, soprattutto territoriali, per prevenire, curare e riabilitare senza perdersi nel genericismo di una socialità indifferenziata e senza ritrarsi nell'hortus conclusus di un sapere psichiatrico autosufficiente.

La ricerca della identità e della integrazione è compito nuovo e difficile, è il presupposto del nuovo paradigma scientifico che comporta certamente rischi ma consente anche fondamentali innovazioni.

A volte si guarda al nuovo con sospetto e con preoccupazione.

Giusto, se le cautele sono uno scudo per evitare la perdita della specificità delle culture proprie della salute mentale, ma soprattutto se sono la molla per accrescere l'impegno alla ricerca delle giuste soluzioni da parte di tutti, Istituzioni, soggetti sociali e servizi sanitari e sociali.

Dunque, accettare la sfida, dare e ricevere contributi, anziché ritrarsi.

Qui, in Toscana, ai Servizi di salute mentale è richiesto coraggio e capacità di innovazione, facendo fruttare tutte le potenzialità di un sistema regionale che fa dell'integrazione, della partecipazione e dei diritti dei cittadini il fondamento di un nuovo welfare della comunità.

È un compito difficile e, insieme, ambizioso, ma non è la prima volta che alla psichiatria e alle scienze della salute mentale è offerta la possibilità non solo di cambiare se stessi, ma di contribuire a modificare la cultura e l'organizzazione del sistema sociosanitario.

È una fase che ha bisogno di una nuova prassi, di un grande sforzo culturale e di un permanente e sistematico scambio di informazioni e di esperienze.

LA RIVISTA

Con tutta l'umiltà necessaria, il Centro Franco Basaglia si propone d'essere della partita e di dare il proprio contributo.

Lo sta facendo con "Giornate di studio e di aggiornamento" rivolte agli operatori della salute mentale della Toscana, con iniziative contro l'emarginazione e per l'inclusione sociale coinvolgendo tutte le Amministrazioni locali aretine, con studi e approfondimenti sui diversi temi e sulle diverse situazioni che fanno parte della prassi dei Servizi per la salute mentale dei cittadini.

Per iniziativa del Centro Franco Basaglia nasce questa Rivista, con periodicità quadrimestrale, che prende il nome

di "Pegaso", dal mitico cavallo alato che, simbolo dell'ingegno e della creatività, sa andare, indomabile, al di là di ogni ostacolo, senza perdere il contatto con la realtà terrena.

Nella sua valenza simbolica si intrecciano la vitalità e la forza del cavallo con la capacità, tipica dell'uccello, di svincolarsi dalla zavorra che si accumula nella realtà terrena.

La Rivista conta sull'apporto degli operatori di tutti i Dipartimenti per la salute mentale esistenti in Toscana, sulla partecipazione delle tante associazioni di utenti, di familiari, di volontari, sul contributo degli studiosi e dei ricercatori delle Università toscane, sull'interesse del vasto mondo della politica e della democrazia, sull'attenzione delle istituzioni, prima fra tutte la Regione Toscana.

La Rivista vuol favorire la sistematizzazione della cultura elaborata in questi anni, ma anche il suo arricchimento mediante l'apporto dei protagonisti che, ad oggi, non dispongono in Toscana di uno strumento scientifico per "pensare insieme", per "ripensare la prassi", per raccogliere le esperienze significative e per socializzare la loro valenza scientifica, per ipotizzare e proporre eventuali cambiamenti significativi.

La Rivista, aperta a tutti i contributi purché documentati, riflettuti e suffragati da una solida base culturale e scientifica, non vuol essere un passivo raccoglitore eclettico di proposte, ma uno strumento per coniugare le finalità della riforma con gli strumenti e i mezzi per la sua attuazione.

Senza meccanicismi e senza scorciatoie deterministiche.

Al centro ci sono i diritti dei cittadini, le culture della complessità e la professionalità degli operatori.

Questo è il solo discrimine.

La Rivista nasce in Toscana e per la Toscana, ma è aperta a realtà più ampie, nazionali e internazionali, vuole attingere ai contributi che possono venire da ciò che si muove in Italia e nel mondo, dalle sedi di lavoro che sono il campo della ricerca scientifica, dalle soggettività sociali e dalla politica.

Sarà un compito impegnativo.

La serietà dei problemi, i bisogni acuti delle persone sofferenti e delle famiglie e l'urgenza di una nuova pratica sociale non ammettono il disimpegno di nessuno.

Fa sperare l'esistenza in Toscana di un vasto giacimento di risorse culturali, scientifiche, democratiche e politiche che chiedono d'essere riconosciute e valorizzate per agire su un progetto comune.

Di questo, pensiamo, ha bisogno la nostra Regione che ha aperto strade così impegnative cui tutti sono chiamati a contribuire.

Una rivista per la salute mentale

*Paolo Martini**

1. La Salute Mentale – la sua promozione, tutela, cura, riabilitazione e integrazione sociale - è un campo – culturale, tecnico-scientifico, operativo e organizzativo – unitario ma complesso. La molteplicità dei fattori in gioco nella Salute Mentale e delle loro reciproche relazioni, così come i molteplici rapporti interattivi con la realtà sociale e le sue istituzioni, sono più facilmente accessibili mediante un approccio ecosistemico che faccia riferimento ad un determinato contesto geografico, demografico, socioculturale, economico ed istituzionale.

2. L'esperienza della Salute Mentale, in atto in Italia dal 1978, si è basata sulla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici e sulla contestuale attivazione di nuovi Servizi. Questi sono centrati su territori determinati, articolati sui quattro livelli assistenziali (ambulatoriale- domiciliare, semiresidenziale, residenziale, ospedaliero), costituiti da gruppi multiprofessionali, sia per l'infanzia-adolescenza che per gli adulti, che assicurano la risposta e la continuità terapeutica dei cittadini in stato di bisogno.

3. Nei 28 anni trascorsi, sono maturate molteplici esperienze culturali ed operative. I Servizi si stanno connotando come Servizi di Comunità, confrontandosi con realtà territoriali in cui è sempre più forte l'esigenza di strutturare in modo complessivo la pianificazione e la gestione integrata dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, sanitari e sociali.

La Regione Toscana ha attivato una programmazione sanitaria e sociale al fine di sperimentare una gestione virtuosa che concili esigenze di razionalizzazione sanitaria basata su MacroAree, comprensive delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie, e Società della Salute e/o Distretti SocioSanitari, in cui sia valorizzata la pianificazio-

ne e gestione da parte delle Comunità Locali.

I Piani Integrati di Salute, strumenti di governo di tutti i Distretti, dovranno basarsi sulla individuazione dei "Determinanti di Salute" e su modalità di coordinamento e funzionamento a rete dei servizi sanitari e sociali. L'obiettivo è di innestare un circolo virtuoso potenzialmente assai produttivo in termini di ricerca e di prevenzione di base, di interventi precoci ed integrati, non soltanto sanitari, di continuità delle cure e dei supporti sociali.

Questo obiettivo è sempre stato anche alla base dei progetti di Salute Mentale di Comunità e può, almeno potenzialmente, consentire un ulteriore salto di qualità nella ricerca e nella pratica del miglioramento della salute mentale della popolazione.

4. In questo contesto generale, è diffusamente sentita la necessità di aprire uno spazio culturale, quale può essere una rivista, di confronto e di proposta tra tutti i protagonisti della Salute Mentale, professionisti sanitari e sociali, sia clinici che manager, ma anche utenti e familiari, associazioni culturali e società scientifiche.

Uno spazio certo, con cadenze periodiche, che consenta la rappresentazione dei bisogni, dei problemi, delle attività, degli approfondimenti culturali e scientifici connessi, delle innovazioni e delle ricerche intraprese. Insomma, uno strumento scientifico di analisi della realtà e di elaborazione di proposte per la promozione e la diffusione di una cultura della salute mentale veramente arricchita dalla partecipazione pluri ed interdisciplinare; dal confronto tra operatori dei Servizi e delle Università, tra ricercatori e programmatori, tra operatori dei DD.SS.MM ed operatori sanitari e sociali "esterni" ai DD.SS.MM., ma coinvolti nei processi per la salute mentale.

* *Psichiatra Centro "Franco Basaglia"*

Al presidente del Centro Franco Basaglia

*Enrico Rossi**

Ho accolto con interesse l'iniziativa del Centro Franco Basaglia per la pubblicazione della rivista "Pegaso" dedicata ai problemi della salute mentale con un impegno che riguarda gli operatori dei Dipartimenti, le Istituzioni e i soggetti sociali che a vario titolo si occupano di salute mentale, di integrazione e di inclusione sociale.

La rivista va ad occupare un posto importante e utile nel panorama della pubblicistica regionale, come sede di confronto, di approfondimento di modelli, di esperienze e di realtà tra loro differenti per storia e impianto culturale e può contribuire a realizzare una più matura unità culturale dei servizi della salute mentale e, insieme, delle politiche che sono a fondamento del welfare toscano.

Le attività richieste per far fronte ai problemi della salute mentale richiedono e sollecitano interdipendenza tra i diversi interventi e i diversi servizi sanitari e sociali che tutti concorrono a garantire il diritto alla salute dei cittadini e la qualità stessa della convivenza sociale.

Una rivista che rifletta sulla realtà, con le sue luci e le sue ombre, con le sue potenzialità ma anche con le sue insufficienze, costituisce uno strumento utile a chi, come la Regione, ha il compito di farsi carico della domanda dei cittadini, di programmare le risposte appropriate e di coordinare il complesso delle energie culturali, sociali e democratiche di cui la Toscana è ricca per la sua storia di solidarietà sociale e per il livello di maturità culturale delle sue Istituzioni.

Oggi i problemi della salute mentale si pongono in maniera diversa rispetto alla fase in cui tutto era compreso e banalizzato nella soluzione totale del manicomio, oggi è essenziale affrontare e risolvere la sofferenza mentale delle persone nell'ambito delle relazioni umane, senza contenzione e senza emarginazione. Chiusi i manicomi, è bandita l'incurabilità delle persone; oggi è possibile agire per un progetto di guarigione. Intervendendo prima di tutto a monte sui processi formativi, sulle condizioni di lavoro, sulle determinanti sociali, per prevenire il disagio psicologico e il disturbo psichico che riguarda in modo crescente minori e adulti, uomini e donne, lavoratori e pensionati.

So che questi nuovi obiettivi richiedono un impegno alto della Regione Toscana per sostenere e completare la rete dei servizi e per svolgere con più efficienza e continuità le funzioni di indirizzo, di coordinamento e di verifica dei

risultati ascoltando i cittadini sofferenti e le loro famiglie.

So anche che c'è bisogno di una scienza non remissiva, che sa guardare ai suoi fondamenti e alla sua pratica, che sa modificare il suo paradigma in funzione dei bisogni unitari delle persone, che sa porre domande alla politica e sa indicare alle Istituzioni gli ostacoli che impediscono "il normale completamento del ciclo vitale", in sintonia con quanto l'articolo 3 della Costituzione chiede alla Repubblica italiana.

È evidente che c'è bisogno di uno scambio e di una collaborazione continua tra il sapere degli operatori e la competenza e la responsabilità degli amministratori. Questi sono, per l'appunto, gli obiettivi che si pone la politica per la salute mentale della Regione Toscana ed è per questo che è necessario valorizzare e generalizzare le buone pratiche, che esistono in Toscana, e nello stesso tempo è indispensabile promuovere approfondimenti e sviluppare proposte, coordinare tutte le energie culturali, sociali e democratiche che possono contribuire a dare le risposte di cui necessitano i cittadini. È indubbio che affrontare i problemi della salute mentale richiede un vasto e partecipato impegno delle Istituzioni toscane volto a promuovere una diversa sensibilità dei cittadini verso il disagio psichico e verso il diverso e, insieme, capace di garantire un adeguato ed appropriato concorso di servizi sanitari e sociali per aiutare le persone e le famiglie e per promuovere il loro coinvolgimento nel progetto per la salute e per la guarigione.

Da qui nasce l'interesse non rituale dell'Assessorato alla salute della Regione Toscana per l'impegno del Centro Franco Basaglia, da questo complesso quadro di problemi è motivata l'attenzione per una rivista che nasce in Toscana, prende stimolo dalle realtà della Regione e si apre alle esperienze e ai contributi culturali e scientifici che possono venire da realtà diverse da quelle della Regione.

Dunque, un augurio di buon lavoro a tutti i promotori della rivista, con l'assicurazione che la Regione si renderà disponibile per seguire con interesse il lavoro scientifico e culturale che sarà prodotto e per confrontare e modulare gli obiettivi del Piano sanitario regionale con le esigenze che possono essere espresse, anche tramite la rivista, dalla comunità toscana, dal mondo della cultura e delle professioni sanitarie e sociali.

**Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana*

La Salute Mentale nella programmazione regionale nella prospettiva di servizi di comunità

Galileo Guidi*

Cercherò di affrontare il tema che mi è stato affidato sforzandomi di attualizzare la discussione in atto in Toscana relativamente a quanto si sta elaborando in Italia e nel resto di Europa. Infatti negli ultimi due anni il dibattito in Europa è fatto particolarmente intenso. La prima fonte che intendo citare è la Conferenza dell'Organizzazione Mondiale della sanità che si è tenuta a Elsinki il 10-15 gennaio 2005 e che si è conclusa con una dichiarazione sulla salute mentale dell'Europa, con il titolo "Affrontare le sfide, creare le soluzioni". L'altro documento è il libro verde pubblicato dalla Commissione della Comunità Europea il 14 ottobre 2005 dal titolo: "Migliorare la Salute Mentale nella popolazione verso una strategia della Salute Mentale per l'unione Europea". La Commissione della Comunità Europea ha predisposto "Il libro verde sulla salute mentale" come documento utile per attivare un dibattito e una partecipazione su questo specifico tema. Questi due documenti mettono al centro di tutte le loro argomentazioni un'affermazione che è stata ripresa da molto tempo in una rivista pubblicata da un'Associazione che si occupa di Salute Mentale a Livorno. Nelle dichiarazioni dell'OMS e della Commissione Europea ritroviamo l'affermazione perentoria: *non c'è salute senza salute mentale!* Un altro documento molto importante e significativo è il "Rapporto di Alvaro Gil-Robles, commissario per i diritti umani" pubblicato il 14 dicembre 2005 da parte dell'ufficio del commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa.

La Salute mentale in Europa è un grandissimo problema. Nell'Unione Europea muoiono tutti gli anni 58000 cittadini per suicidio. Il suicidio, in Europa, è la prima causa di morte, ancor prima degli incidenti stradali. La commissione Europea puntualizza con forza questa affermazione perché l'attenzione nei confronti di questo fenomeno non è sufficientemente accentuata. L'OMS e la Commissione Europea indicano due priorità: fornire servizi di cura e di assistenza medica alle patologie mentali che siano efficaci, di elevata qualità e accessibili; l'altro punto centrale è l'affermazione che gli interventi sanitari, se

pur indispensabili, non possono da soli modificare i determinanti sociali e ambientali che incidono sullo stato di salute dei cittadini. Cioè si sostiene con forza che per garantire la salute mentale non è pensabile che il servizio sanitario sia auto-sufficiente e in grado di dare risposta alla molteplicità dei problemi, ma diventa indispensabile l'integrazione delle politiche dei diversi soggetti professionali e istituzionali che hanno il potere di modificare i determinanti di salute. Devono essere coinvolti tutti i settori, sanitari e non sanitari.

La Salute Mentale è il frutto di politiche integrate, di decisori diversi che insieme orientano le loro scelte per obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nel documento della Commissione Europea vengono pubblicati i dati di spesa nei vari Paesi europei e sono rimasto molto sorpreso dal fatto che nel grafico non esiste la spesa per l'Italia. Siamo un Paese che non è in grado di portare in Europa i livelli di spesa su questo settore a livello Nazionale. L'altro parametro importante è il dato dei suicidi. Notiamo una differenza fra i dati relativi ai diversi paesi: l'Italia è a 10,5 suicidi su 100.000 mentre la Toscana è a 7,5, un livello nettamente inferiore alla media nazionale.

Nel Libro Verde viene proposta una strategia che prevede di creare scambio di esperienze ed integrazione fra gli Stati membri e di rafforzare la coerenza degli interventi nei vari settori politici. La Commissione Europea afferma con molta forza che per raggiungere risultati migliori in questo settore è importante realizzare un'integrazione forte ed istituire una piattaforma condivisa che coinvolga le parti interessate comprese le organizzazioni di pazienti e dei familiari. Non è possibile che il dialogo sulla salute mentale sia esclusivamente tecnico tra le figure professionali che ci lavorano o politico tra i politici che vi si dedicano o portato avanti prevalentemente dai familiari. È chiaro che per raggiungere i migliori risultati sono importanti strategie che conducano a piattaforme comuni

*Responsabile Salute Mentale Regione Toscana

tra i diversi soggetti che lavorano su questo argomento e questo a tutti i livelli di riferimento, a livello nazionale, regionale e locale aziendale.

Il Libro Verde afferma che la salute mentale rientra marginalmente negli attuali sistemi di monitoraggio sanitario. Se questa marginalità è presente a livello europeo, a livello Nazionale è portata all'ennesima potenza perché come abbiamo visto non siamo in grado di produrre i dati nazionali da inserire nel documento del libro verde della Comunità Europea. La regione Toscana sta portando avanti con fatica un sistema informatico per la salute mentale con l'obiettivo di migliorare la conoscenza della epidemiologia, dei servizi e del modo in cui vengono utilizzate le risorse disponibili. È necessario armonizzare gli attuali indicatori usati a livello nazionale con quelli internazionali sul tema e occorrono più dati misurabili sui determinanti sociali ed economici della salute mentale.

L'esperienza della salute mentale realizzata in Italia dal 1978 a seguito della legge 180 ha compiuto un percorso originale nell'ambito europeo e si è basata sulla progressiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici e sulla attivazione di nuovi servizi territoriali.

In Toscana cosa abbiamo fatto? La Regione Toscana si è impegnata nella applicazione della legge 180 e si è data ulteriori strumenti per realizzare ciò che l'OMS e la Comunità europea raccomandano. La innovazione più importante introdotta nella legislazione regionale dalle leggi di riordino del sistema sanitario e sociale (leggi regionali 40 e 41 del 2005) la possiamo sintetizzare nel Piano Integrato di Salute che è diventato il nuovo strumento della programmazione unitaria dei servizi sanitari e sociosanitari in ambito territoriale della Regione Toscana.

Il Piano Integrato di Salute così come previsto dalle norme regionali è un strumento che si pone l'obiettivo di intervenire non solo nei processi di integrazione socio-sanitaria ma di cominciare ad incidere sui determinanti di salute. Per attivare e sostenere questo processo innovativo è indispensabile accentuare il lavoro di analisi e produzione di conoscenze sullo stato di salute della popolazione ma anche sul modo in cui vengono utilizzate le risorse disponibili.

Per quanto riguarda la salute mentale è stato compiuto un censimento per ogni azienda sanitaria sulle risorse finanziarie pubbliche, sul personale assegnato, sui punti di erogazione dei servizi, su SPDC, le residenze, le associazioni di volontariato e le cooperative sociali presenti sul territorio. Sicuramente la nostra rilevazione può essere incompleta e contenere degli errori, però abbiamo cercato di fotografare la situa-

zione in Toscana nel modo più oggettivo possibile perché possa essere utile ad alimentare il dibattito così vivo nella nostra realtà. Partiamo dal presupposto che la programmazione dell'uso delle risorse passa inevitabilmente per la conoscenza di ciò che viene fatto e su come vengono utilizzate le risorse disponibili. Vorremmo che il dibattito che anche in Toscana c'è stato sulla scarsità delle risorse destinate alla salute mentale fosse sostenuto da elementi di conoscenza più obiettivi possibili su cosa viene fatto e come viene fatto nelle diverse realtà territoriali. Questo rientra nel concetto fondamentale che sta alla base del piano sanitario regionale toscano, che pone al centro l'empowerment degli utenti, cioè la capacità degli utenti e degli operatori di poter incidere sulle decisioni, e perché questo si realizzi è necessario conoscere, altrimenti si rischia di prendere delle decisioni non adeguate o addirittura sbagliate.

Il primo dato che poniamo in evidenza è il numero degli utenti che si rivolgono ai servizi della salute mentale: vediamo come la popolazione che si avvicina ai nostri servizi è in continuo aumento, sia per quanto riguarda gli adulti che per l'infanzia e adolescenza. Segnaliamo, in accordo con i dati della letteratura, una crescita costante della popolazione che accusa problemi di salute mentale.

Nelle diverse aziende sanitarie abbiamo misurato quanti posti letto sono presenti nelle strutture residenziali governate esclusivamente dai dipartimenti di salute mentale. La ricerca evidenzia la presenza di 2,44 posti letto ogni 10.000 abitanti: un dato molto superiore a quanto previsto dagli atti di pianificazione regionale che indicavano l'obiettivo di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti. Se osserviamo con attenzione il fenomeno vediamo come molte di queste residenze hanno un turnover di pazienti bassissimo, da questo si può desumere che hanno perso la funzione terapeutica riabilitativa e sono diventate residenze per la vita. Questo è un problema su cui le diverse realtà locali dovranno discutere.

Abbiamo verificato l'uso dei diversi reparti ospedalieri (SPDC). Nel 2004 abbiamo avuto 6373 ricoveri in SPDC, di questi il 33% sono stati ricoveri ripetuti. Abbiamo misurato il rapporto tra TSO e ricoveri ordinari negli SPDC. A livello regionale tale rapporto è 8,38: siamo ad un livello basso nei confronti del resto del Paese, ma si nota una differenza abbastanza rilevante tra le diverse aziende. È quindi opportuno che a livello delle singole aziende sanitarie si rifletta sui dati per capire quali fenomeni avvengono e perché. Successivamente sono state verificate le risorse del personale assegnato: il rapporto riscontrato è di 0,92 dipendenti ogni 1500 abitanti. Non rien-

tra in questo conteggio il personale dei servizi esternalizzati, cioè il personale delle residenze e dei servizi che non è dipendente dal servizio sanitario nazionale. Non siamo in grado di distinguere tra il personale dedicato ai servizi delle Unità Funzionali Adulti e quello delle Unità Funzionali per l'Infanzia e l'Adolescenza. Il piano sanitario regionale si era posto l'obiettivo di un dipendente ogni 1500 abitanti: siamo sotto questa previsione, ma la differenza è minima e se potessimo conteggiare i dipendenti dei servizi esternalizzati saremmo al di sopra delle indicazioni di piano.

Per quanto riguarda le risorse economiche assegnate alla salute mentale, la media regionale delle spese correnti è del 4,64% sul 90% del fondo ordinario di gestione assegnato alle aziende (il PSR prevedeva il 4,5 % destinato all'attività salute mentale adulti). Nei dati che presentiamo non siamo stati in grado di differenziare tra quanto viene destinato alla spesa per la salute mentale adulti e quanto per la salute mentale infanzia e adolescenza. La ricognizione sulle risorse ci permette di evidenziare come esista una notevole diversità di spesa tra le diverse aziende sanitarie, infatti, alcune aziende sono molto al di sotto della media regionale. In queste realtà devono essere proposte operazioni di riequilibrio in modo da assegnare all'attività per la salute mentale le risorse necessarie per ben funzionare. Abbiamo voluto rappresentare la spesa per farmaci antipsicotici e antidepressivi nelle diverse aziende sanitarie per due motivi: perché i dati che abbiamo ricordato precedentemente a livello europeo comprendono anche la spesa per i farmaci.

Quindi se al 4,64 aggiungiamo le risorse per i farmaci, la Toscana si colloca tra le regioni europee che spendono di più. L'altro punto da sottolineare è che

la prescrizione di questi farmaci è sempre più in mano al medico di medicina generale od allo specialista esterno e sempre meno in mano a coloro che gestiscono i dipartimenti di salute mentale e quindi a coloro che hanno la diretta responsabilità della gestione dei servizi pubblici. Essendo un fenomeno così rilevante c'è la necessità che i Dipartimenti di Salute Mentale attivino azioni per il governo del consumo dei farmaci, perché ad esso vengono dedicate grandi risorse all'interno delle quali, con una maggiore attenzione, possiamo trovare finanziamenti aggiuntivi da destinare a servizi. Altro elemento su cui porre particolare attenzione è il consumo dei farmaci per fasce di età; la ricerca rileva dati su cui sarà opportuno discutere e creare l'occasione per ulteriori approfondimenti. Relativamente alle associazioni di volontariato e le cooperative di tipo B presenti nelle diverse aziende sanitarie, abbiamo censito 63 associazioni di volontariato che in Regione si dedicano alla salute mentale. Esse sono una grandissima forza, rappresentativa di una sensibilità e di un interesse che fa onore ai cittadini di questa regione. Anche l'elenco delle cooperative di tipo B è molto ampio; non sappiamo quali tra queste cooperative lavorino esclusivamente con la psichiatria, ma la fotografia sommaria evidenzia una realtà frastagliata che avrà bisogno di una specifica attenzione.

Vorrei concludere con una affermazione di un autore inglese del primo novecento "la cosa più nobile che posso fare è piantare un albero che farà ombra a persone che non conoscerò mai"...in un'epoca dove sembrano prevalere pensieri brevi, forse può valere la pena di ricominciare a costruire occasioni in cui il nostro pensiero si allunga in prospettive più ampie, forse fare questo ci permetterà di vivere e lavorare meglio.

L'area vasta è un'opportunità per la salute mentale?

*Mario Serrano**

In base all'attuale legislazione della Regione Toscana la programmazione sanitaria viene concertata a più livelli, regionale, locale e di area vasta: a livello regionale gli strumenti di programmazione previsti sono due: il piano sanitario regionale (con i relativi strumenti di attuazione) e gli atti di programmazione Interaziendale (art. 9 della Legge 40/2004), denominati Piani di Area Vasta. In questo quadro normativo quindi l'area vasta dovrebbe essere solo un ambito di programmazione e non un livello di gestione, ma nella realtà essa finisce per diventare l'ambito di erogazione di una determinata prestazione o di attivazione di uno specifico percorso diagnostico terapeutico. È qui che nasce il rischio di sostituire involontariamente la logica territoriale della continuità terapeutica della presa in carico con quella gerarchica tipica dell'organizzazione per livelli di specializzazione della rete ospedaliera.

La questione della "giusta" dimensione in cui si dovrebbe organizzare l'offerta sanitaria è diventata centrale nel dibattito sui sistemi sanitari da almeno 25 anni in tutta Europa ed in Italia da almeno 15, da quando la controriforma sanitaria De Lorenzo pose per la prima volta l'obiettivo di una radicale riduzione del numero delle USL.

In questi anni il sistema regionale toscano ha cercato di lavorare per un maggior equilibrio tra le conflittuali esigenze della razionalizzazione delle risorse e del decentramento dell'offerta, della programmazione e della partecipazione. Le precedenti Zone, sostanzialmente ritagliate sulla geografia delle USL non ancora aziendalizzate, rappresentavano questa ricerca di equilibrio. I decisori politici hanno ritenuto negli ultimi anni che questo non fosse sufficiente e che si dovesse puntare, in diversa maniera, su due livelli nuovi: l'area vasta e le Zone Distretto (che private dell'ospedale non sono affatto la stessa cosa delle Zone). Basta guardarsi intorno per accorgersi che questa ricerca non è così isolata ed arbitraria, ma bene o male è condivisa da tutte le altre realtà regionali. Oggi ci sono infatti molti aspetti strutturali del sistema sanitario che spingono ad andare verso l'allargamento della popolazione di riferimento delle USL.

Il primo decisivo argomento pare essere quello "di scala": programmare servizi per bacini più estesi consente di risparmiare risorse evitando le duplicazioni inutili dei

servizi, quelle che non apportano alcun miglioramento nell'accesso e rischiano anzi di garantire una qualità professionale e organizzativa più bassa. Prevedere bacini di erogazione più vasti può avere anche altri scopi: per esempio può consentire di sperimentare l'attivazione di nuove risposte "costose" che non possono sfruttare il riutilizzo di precedenti servizi in quanto si rivolgono a bisogni sanitari che erano precedentemente assenti o non percepiti. Modifiche epidemiologiche, maggior visibilità della patologia a livello di opinione pubblica, minor tolleranza verso gli effetti collaterali del problema, cambiamento della popolazione "vittima": il diffondersi dell'uso delle sostanze illegali negli anni settanta e l'AIDS racchiudono entrambe tutti questi aspetti ed altri ancora, come lo stravolgimento degli assetti culturali della popolazione largamente impreparata ad affrontare le tematiche sollevate.

Le strategie con cui sono state affrontate queste due emergenze sanitarie sono state per certi versi simili sul piano della prevenzione in quanto il ceto politico ha teso ad ostacolare in entrambe i casi l'attivazione di efficaci campagne di informazione dell'opinione pubblica sulle tecniche preventive (rispettivamente "sesso sicuro" e "limitazione del danno"). Sul piano della cura però sono state realizzate azioni e servizi completamente diversi: a causa delle differenze profonde e nella natura bio-psico-sociale dei due fenomeni e negli strumenti tecnologici che si potevano ritenere utili. Inoltre nella storia dell'AIDS la programmazione delle strutture di assistenza ha subito almeno due fasi differenti in quanto l'efficacia delle cure farmacologiche ha determinato un cambiamento radicale nell'evoluzione della patologia ed ha reso superflua l'attivazione di molte delle strutture programmate sulla base dell'impotenza terapeutica. La presenza di risposte efficaci incide perciò sulla possibilità ed utilità della centralizzazione delle risposte: qualcosa di molto simile si era già verificato del resto in psichiatria negli ultimi quaranta anni.

Le Aree Vaste toscane perseguono però a differenza di altre realtà anche l'ambizione di attivare un coinvolgimento strategico delle Università nella rete regionale dell'offerta e della formazione, obiettivo coerente del resto con la nascita delle Aziende ospedaliero-universitarie.

**Responsabile Area Vasta Nord Ovest Toscana*

Se queste sono le ragioni non banali dell'interesse diffuso tra i programmatori per l'orizzonte di azione delle AAVV occorre mettere a fuoco però anche gli aspetti problematici: la necessità di differenziare progressivamente e ad isorisorse il sistema delle risposte (che in sanità possono evolvere anche molto velocemente) spinge "naturalmente" verso forme di centralizzazione dell'offerta più complessa e specializzata. In realtà verso la "centralizzazione" concorrono anche altre forze esterne al Sistema Sanitario Regionale: la naturale tendenza dei produttori privati a sfruttare la segmentazione del mercato sanitario, cercando di ritagliarsi dei target vantaggiosi, la cultura della professione medica che guarda alla specializzazione delle strutture come una inevitabile ed augurabile evoluzione del sistema. Sono soggetti le cui strategie non possono essere ignorate quando ci si muove in un'ottica di governance. Non è perciò un caso che le AV si siano finora interessate solo della rete ospedaliera: perché i presidi ospedalieri sono da sempre stati disciplinati dalle leggi nazionali e regionali come un sistema "gerarchico" secondo un gradiente di crescente complessità organizzativa, tecnica e professionale. Gli obiettivi di minima: evitare i doppioni, mediare i conflitti tra i particolarismi di un sistema regionale che riconosce il valore delle comunità locali e di un sistema politico che conseguentemente deve offrire garanzie ai Sindaci di coinvolgerli nelle scelte di allocazione delle risorse (vedi le competenze ora anche sulla area vasta della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria).

Nel campo della salute mentale finora la logica dei centri ospedalieri specialistici per la Salute mentale non era stata proposta da nessuno nel Sistema Sanitario Regionale in maniera forte e decisa. Quanto proposto per i Disturbi del Comportamento Alimentare ha perciò rappresentato una novità che credo pericolosa per più ragioni. In primis perché è stata finora la logica delle Cattedre Universitarie che, imitando le altre branche della medicina, hanno sempre alimentato lo sviluppo di risposte basate su Ambulatori e Centri specializzati per singole patologie. Dobbiamo prendere atto che l'idea di spazi specialistici con bacino di azione superiore a quello dei Dipartimenti di Salute Mentale e coincidenti con le Aree Vaste comincia a prendere piede: quello che però nessuno propone ancora per i presidi ospedalieri viene dato per scontato per una serie di situazioni residenziali: tra l'altro in questo senso spingono non a caso tutte e tre le cliniche private convenzionate con l'effetto collaterale non sottovalutabile di uno stravolgimento del senso della risposta residenziale. Una cosa è pensare di cominciare a "sperimentare" delle risposte nuove ed innovative nelle tre aree, altro pensare a strutture che sistematicamente abbiano come riferimento l'area vasta: è questo il caso delle Comunità terapeutiche per adolescenti che furono proposte nel 2001 come progetto sperimentale ma poi nel PSR furono pensate come "strutture di area vasta".

La stessa cosa per le residenze DCA e per quelle alternative all'OPG.

La differenza non è di poco conto perché comporta una serie di rischi che non mi sembra che siano stati finora sufficientemente discussi e valutati. La filosofia che si accredita non è solo quella di una programmazione "di scala" che tenga conto della sostenibilità. Non si tratta cioè solo di una questione di razionalizzazione delle risorse, ma di un indirizzo preciso che comporta inevitabilmente anche una non-neutrale "propensione per la specializzazione" che non è per nulla nuova nella storia della psichiatria. Per tutto il novecento la visione di una parte della psichiatria europea (spesso di estrazione universitaria) è stata quella di considerare il manicomialismo come il frutto della tendenza ad organizzare i vecchi ospedali psichiatrici in base ad una organizzazione di reparti per problemi istituzionali/assistenziali (acuti, violenti, cronici, sudici, allettati...): in sostanza ad una assenza di professionalità e di specializzazione, ad una malpratica che si discostava dagli sviluppi più avanzati della medicina. Il rimedio sarebbe stato allora quello di ricorrere ad una nuova organizzazione "scientifica" basata sulle diagnosi (i cosiddetti "repartini" per nevrotici e depressi, le Cliniche per le anoressiche, i Reparti per le psicosi schizofreniche...) dove si sarebbe potuto realizzare finalmente il trattamento appropriato. L'idea di fondo era che occorresse imparare da tutta la restante medicina clinica che appunto andava sempre più organizzandosi in cattedre su aspetti e patologie sempre più settoriali e specializzate. L'ideale di fatto trovò una sua realizzazione solo nelle strutture "private" ed in quelle universitarie per il semplice fatto che queste due realtà potevano facilmente eludere il mandato sociale verso "gli scarti del sistema tecnico" ed erano libere di selezionare la propria clientela: in realtà potevano funzionare solo perché protetti dall'ombra del manicomio.

La questione è che c'è una enorme differenza tra le risposte veramente specialistiche e quelle "ideologicamente specialistiche" in quanto la superiorità dello specialismo in medicina non si decide a priori, sulla base di qualche delimitazione teorica dell'oggetto di intervento, ma viceversa solo a posteriori, sulla base di evidenze inoppugnabili: di solito quello che decide sono o una dimostrata maggiore efficacia (nella diagnosi e/o nella cura) oppure il grado di complessità professionale e organizzativa ritenuta necessaria per affrontare la patologia da trattare. Dove sono le prove che questo avvenga nelle strutture psichiatriche specialistiche? Se così fosse dovremmo avere differenze importanti nella complessità/gravità delle patologie trattate nei vari centri. In realtà gli indicatori che vengono utilizzati per pesare la complessità delle patologie trattate nei vari contesti di ricovero ci dicono che accade proprio il contrario. La stessa cosa accade anche in altri ambiti sanitari dove per esempio si registrano centri universitari di "ennesimo level-

lo” che continuano ad occuparsi delle operazioni di appendice: per quale motivo dovremmo importare questi stessi difetti nel sistema salute mentale?

La centralizzazione delle risposte è stata giustificata anche in base ad altre argomentazioni, per esempio in base alla gravità dei possibili danni per la salute della popolazione e/o sulla diffusione della patologia. Per le patologie gravi e non molto frequenti creare una “concentrazione artificiale” di casi simili in uno spazio specialistico determina una progressiva familiarizzazione dei medici con le manifestazioni (spesso polimorfe) della patologie che non si potrebbe mai avere con una organizzazione decentrata. Molti successi nella scoperta e descrizioni delle sindromi classiche della neurologia sono dovuti a questo artificio prodotto dall’organizzazione del mondo universitario nelle cliniche dell’ottocento, tedesche e francesi. Questi criteri furono riutilizzati per la psichiatria ma con molti meno successi e qualche sindrome istituzionale (vedi l’isteria di Charcot).

La centralizzazione è stata considerata perciò un buon metodo per acquisire quella “casistica” su cui si basava la formazione e il miglioramento delle conoscenze: in modo particolare nel campo della ricerca. Tuttavia è proprio qui che si manifestano oggi le crepe di quella metodologia nella medicina: nell’ultimo ventennio le pretese della Evidenced Based Medicine di innalzare gli standard metodologici stanno spingendo la ricerca medica verso disegni di ricerca con campioni sempre più estesi e rappresentativi (per poter cogliere anche piccole differenze positive ed effetti negativi rari ed idiopatici) con periodi di osservazione sempre più prolungati (per verificare l’effettivo effetto finale e fare il minimo uso degli indicatori intermedi che sono fonte di frequentissimi impliciti indimostrati). I setting di ricerca richiesti per soddisfare queste due esigenze (soprattutto quella di prolungare il periodo di trattamento) sono sempre più quelli naturali. Cosa ha a che fare tutto questo con l’attuale stato della psichiatria e della salute mentale di comunità? Quali prove ci sono di una superiorità delle strutture specialistiche? Non è stato finora invece vero il contrario e cioè che negli ultimi trenta anni l’accesso alla diagnosi e alla cura delle patologie psichiatriche (qualunque giudizio si dia del fenomeno) sia stato indotto proprio dalla diffusione dell’offerta di servizi?

I servizi di Salute Mentale territoriali contattano oggi una popolazione 10 volte superiore a quella dei vecchi OOPP ed infinitamente più varia di quella delle Cliniche Universitarie. Anche gli studi degli psichiatri privati sono frequentati da una moltitudine di cittadini che appena venti anni fa sarebbe stata inviata presso gli studi dei neurologi per il timore dello stigma. Ma la novità che nel tempo finirà per produrre gli effetti più rivoluzionari è il protagonismo dei medici di medicina generale che già oggi diagnosticano e trattano un numero di pazienti doppio

rispetto a quello dei servizi specialistici pubblici e privati messi insieme. Il risultato di tutto questo è che ogni anno più del dieci per cento della popolazione adulta di qualsiasi zona della Toscana riceve una risposta in base ad una diagnosi più o meno grave di natura psichiatrica.

La questione della necessità della casistica perciò non si pone per la patologia psichiatrica in generale: si potrebbe però porre per talune patologie meno diffuse. Potrebbe essere questo l’esempio dei Disturbi del Comportamento Alimentare? Proprio questo esempio mi sembra invece confermare in pieno i miei timori. In tutti i Paesi ricchi da due decenni siamo sicuramente di fronte ad un aumento esponenziale delle diagnosi di DCA. Cosa significa questo dato? Preso così poco o niente perché in realtà ad aumentare vertiginosamente non sono stati tutti i tipi di DCA. Le anoressie “classiche”, per esempio, quelle che ogni psichiatra temeva di poter incontrare un giorno nella sua professione per l’alta percentuale di esiti mortali, non sono affatto aumentate. Da qualche tempo sembrano stabili o in calo anche le bulimie “classiche” (il fatto di considerare già “classico” un quadro diagnostico così recente la dice lunga sulla plasticità di queste sindromi che non a caso sono fondate solo su elementi comportamentali).

Di quali di questi tipi di casi dovrebbero occuparsi eventuali centri specialistici di area vasta? Le strutture specialistiche di grande comprensorio, essendo svincolate dalla presa in carico territoriale di lungo periodo, hanno intrinsecamente connaturate almeno due deformazioni nel proprio approccio: una ovvia tendenza a sopravvalutare gli effetti terapeutici di lungo periodo producibili con un ricovero e, nel caso specifico dei DCA, un intrinseco atteggiamento verso il comportamento alimentare che al momento della decisione di ingresso non differenzia sufficientemente tra sintomo, sindrome e diagnosi principale. Spesso anzi viene teorizzato il ricovero a ciclo completo o DH come strumento di diagnosi. Tutto questo a prescindere dalla loro eventuale natura di strutture private accreditate e perciò come tutte le altre naturalmente interessate a mantenere un livello di efficienza amministrativa che può essere garantita solo attraverso un livello di percentuale di utilizzazione di posti letto vicino a 100. L’utilizzo di strutture sganciate dalla presa in carico territoriale in molti casi di DCA ha spesso l’effetto finale di costruire storie di nuclei familiari che iniziano viaggi con mete via via più lontane e una quotidianità interamente centrata sul sintomo. La perdita di senso dovrà essere poi raccolta, magari dopo molti anni, dal servizio territoriale (coinvolto spesso a partire da una emergenza presso il pronto soccorso o dal medico di famiglia ormai disperato) e potrà essere affrontata, senza soluzioni magiche, con la costruzione di relazioni terapeutiche più stabili e solo nel medio-lungo periodo.

A livello di sistema l’effetto di strutture appare coerente e collusivo con l’aumento dei casi “spuri” in cui la que-

stione del comportamento alimentare appare sempre più collegata con dinamiche di “scelta” del sintomo: allora non è poi così paradossale, come potrebbe sembrare di primo acchito, che le cosiddette strutture specialistiche finiscono per accogliere non tanto i casi “classici”, quelli che potrebbero giustificare l’approccio specialistico per la loro carica di rischio per la vita, quanto quelli complicati da trattare, quelli che a causa del prevalere di aspetti comportamentali e sistemici hanno difficoltà a costruire una relazione trasformativa di lungo periodo ma sono ovviamente disponibili ad un approccio basato sulla costruzione di una breve parentesi.

La domanda centrale per le risposte specialistiche rimane centrata tuttavia sulle prove di maggior efficacia: si dovrebbe verificare quanto si “perde” in continuità terapeutica. Il ricovero specialistico offre dei vantaggi quanto più il problema che il paziente possa, proprio tramite il percorso specialistico, ricevere una risposta pienamente efficace e risolutiva, tale cioè da evitare la necessità di una relazione terapeutica duratura. Non deve trattarsi per forza del “problema centrale”, potrebbe essere anche un problema collaterale o derivato, ma deve essere qualcosa di abbastanza verificabile. La questione finisce perciò per sovrapporsi alla domanda precedente: cosa può veramente promettere di essere “risolutivo” per i DCA, in modo particolare per la casistica che attraversa già ora le strutture private presenti in regione.

Concludendo: rimane un aspetto importante, la questione della Formazione e dell’Università: è evidente che la conformazione geografica e la composizione organizzativa delle tre aree vaste è stata influenzata dalla presenza delle tre Università sul territorio regionale e dall’idea che questi fossero i poli di una strategia a livello ospedaliero. Area vasta e Società della Salute sono state pensate insieme e complementariamente: almeno all’inizio la visione vedeva le SdS sul versante della medicina comunitaria mentre l’area vasta doveva trovare una sua giustificazione strategica al livello della rete ospedaliera.

Riassumendo quanto già detto prima potremmo dire che al livello della comunità locale la preoccupazione principale è stata quella di cercare di lavorare per rendere coerente il sistema sanitario con quello delle risposte sociali: il cambio del quadro epidemiologico ha portato al prevalere delle patologie croniche ed alla necessità di farsi carico del carico delle disabilità e degli ostacoli alla partecipazione, due impegni che comportano dei costi difficilmente comprimibili per l’ovvia impossibilità, in questo campo, di sostituire la forza lavoro delle persone con la tecnologia delle macchine. Il livello delle aree vaste è stato pensato come livello di scala in cui è possibile affrontare i problemi della razionalizzazione della rete ospedaliera cercando di sfuggire alla logica dei campanilismi a cui “la politica è costretta” per le logiche del consenso.

L’area vasta ha però anche l’ambizione di divenire il “luogo” della programmazione in cui il SSR può incontrare l’Università per cercare di moltiplicare gli effetti di sistema evitando duplicazione e quel tipo di falsa concorrenza che in campo sanitario esita in un aumento della spesa complessiva. In sintesi: le SdS come strumento di governo delle comunità locali e dell’integrazione dell’offerta socio-sanitaria, l’Area Vasta come strumento di razionalizzazione (e governo) della rete ospedaliera e integrazione dell’offerta del SSR e delle Università.

In psichiatria la proposta specialistica si è spostata dalla rete ospedaliera alle strutture residenziali e, a complicare le cose, si è colorita anche di una certa ambiguità verso il ricovero nelle cliniche private, per alcuni versi equiparato al ricovero ospedaliero e per altri a quello residenziale, secondo modalità ambigue che fanno sembrare questi soggetti imprenditoriali come soggetti particolari verso cui viene riconosciuta la modalità di accesso libero che impedisce ai vari DSM di operare quella presa in carico che potrebbe dare senso all’episodio di ricovero e che permette di evitare i meccanismi di retta previsti per le altre forme di residenzialità (che richiedono lunghe pratiche amministrative e soprattutto la disponibilità di risorse in bilancio). La opportunità più forte per la Salute mentale nell’area vasta sembra essere quella di raccordare i processi di formazione garantiti dalle Università e dalle scuole di specializzazione. Finora è stato mantenuto inalterato il primato della Clinica e del ricovero come momento di incontro e di formazione di esperienze. Anche quando questo punto di vista sia stato allargato ai momenti ambulatoriale e di day hospital l’assunto di base è rimasto centrato sull’affrontamento meramente medico clinico alla sintomatologia e sull’intervento specialistico separato e non integrato. Il sistema pubblico paradossalmente formava gli psichiatri rendendoli abbastanza pronti a lavorare nel proprio studio privato, ma del tutto al digiuno in diversi temi strategici come la riabilitazione psicosociale, il lavoro di promozione, il lavoro di rete, la conduzione dei gruppi di lavoro, l’intervento sui contesti organizzativi e di vita, il trattamento di gruppi, l’integrazione con l’intervento psicologico e con il sociale.

L’area vasta rappresenta perciò la dimensione in cui ripensare i processi formativi ed i setting di lavoro più opportuni: la scelta tra assunzione di responsabilità Dipartimentali su una area del territorio e integrazione con i DSM delle USL di area vasta appare non più rimandabile per l’Università anche per i nuovi standard che la nuova legge per le scuole di specializzazione impone sia per la costruzione dei curriculum idonei che per il meccanismo di calcolo dei posti concretamente attivabili. È l’occasione per fare dei DSM e delle UUFF di zona il setting di una formazione pubblica che sia finalmente e prioritariamente ispirata e diretta dalle necessità dei servizi pubblici territoriali.

Dipartimento salute mentale Asl 11

Area Vasta Centro¹

Vincenza Quattrocchi*

La cultura dipartimentale nell'ambito della Salute Mentale si è consolidata nel tempo per merito delle lontane premesse e promesse in epoca precedente alla aziendalizzazione in ambito sanitario.

In epoca antecedente al 1995, anno della costituzione della ASL 11, le due USL (17e 18), in seguito accorpate, disponevano entrambe di un Dipartimento Salute Mentale. Nella zona empolesse, il DSM è in vita dal 1992. Dall'istituzione del Dipartimento Salute Mentale aziendale, 1995, il coinvolgimento di tutte le professionalità rappresentative dell'attività multidisciplinare, si è articolato intorno alle specifiche attività che si sono sviluppate nel tempo. Il compito ha conosciuto momenti di criticità, laddove lo sviluppo delle professioni multiple e quindi delle U. O. monoprofessionali, portava inevitabilmente ad una sorta di conflitto tra il percorso di identità professionale delle professioni più nuove o rinnovate e l'esigenza di affinare nuove modalità di intervento complesse, integrate e specifiche della attività istituzionale. Contenitore della complessità dell'intervento, il DSM con due zone (empolese-valdarno) si è configurato come garante di due aspetti da considerare come cardini dell'assetto assistenziale: l'unitarietà e la simultaneità dell'intervento rispetto alla complessità delle tre componenti *biologica-psicologica-sociale* del disagio psichico, l'unitarietà e simultaneità dell'intervento multidisciplinare, laddove in entrambi gli aspetti, il termine abusato ed un po' svuotato, integrazione, non è esaustivo. la sfida consiste non tanto nel tenere presenti le tre componenti che certamente sottendono il disagio psichico, quanto nell'orientare l'intervento terapeutico affinché all'unisono risponda ai bisogni dei tre fattori.

L'accesso al servizio per adulti prevede un percorso esplicitato dal Piano Sanitario Regionale

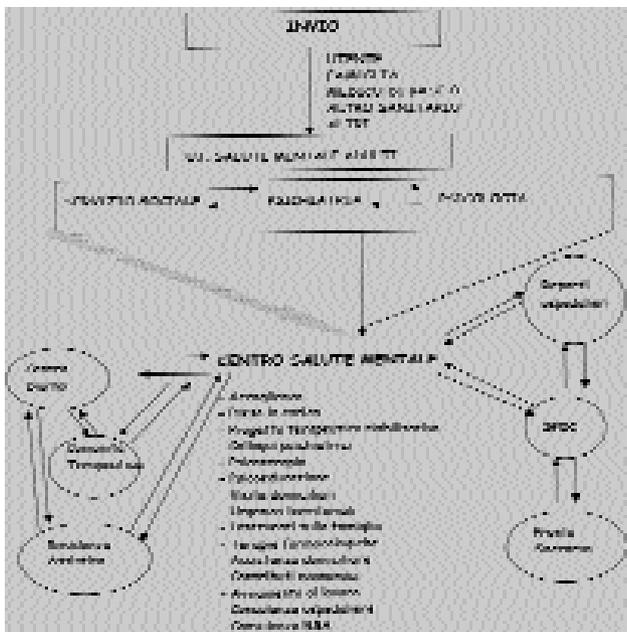
Il percorso può essere semplice e diventa complesso attraverso fasi del processo che vedono coinvolti i vari "luoghi" della cura e le varie figure professionali, intese in senso multidisciplinare, ogni qualvolta è necessario prendere in cura il Caso Grave o Complesso. I luoghi della cura si identificano più che altro con gli attori della scena terapeutica, invertendo la logica dell'istituzione totale, laddove il luogo di cura si identificava con

la cura medesima. Il gruppo ha acquisito consapevolezza sullo specifico dei luoghi della cura, preservandoli dal pregiudizio, considerandoli necessari, ma assolutamente privi di significato se carenti di osmosi che vuol dire confronto, verifica ed apertura all'esterno. Luoghi privi di significato se carenti di coordinate temporo spaziali (progetti nel tempo, azioni nel setting).

Lo smantellamento dell'Istituzione ha visto, nel migliore dei casi, una sorta di virtuale trasposizione, dalle mura istituzionali a mattoni più invisibili, più dinamici (psico-dinamici) che sono gli operatori medesimi: *la loro mente* ed una sorta di "iperidea" che è l'idea del gruppo, la risultante di tutti i contributi, uno sfondo ma anche un contenitore di appartenenza che caratterizza lo stile di lavoro. I luoghi della cura sono *nodi* di una *rete* che li mette in stretta relazione tra loro senza che nessuno di essi sia egemone dell'altro ed il fruire dell'una o dell'altra struttura è in stretta relazione con la fase del progetto e con la necessità di maggiore o minore intensità di trattamento. La funzione del CSM è la più complessa: punto centrale del processo terapeutico, punto di partenza, ma anche il punto di arrivo, è la sede più consueta per il primo accesso ed è la sede nella quale si mantiene il rapporto con il paziente anche alla conclusione di un trattamento più complesso. È il luogo in cui si elabora in equipe il progetto terapeutico e si verifica la validità del processo. L'istituzione dei tre CSM, due nella zona Empolese ed uno nella Zona Valdarno, risale agli anni sessanta, quando ancora era florida la presenza dell'ospedale Psichiatrico ed esile era la loro funzione relegata a monitorare l'andamento delle persone dimesse dall'OP tra un ricovero e l'altro. Dinamiche strutture oggi, decorose dal punto di vista ambientale, assumono caratteristiche di luoghi per la accoglienza del disagio psichico sin dalla prima fase del contatto *utente/servizio*. Il contatto, per facilitare l'accesso è diretto e pertanto fuori CUP, rientra nei flussi epidemiologici istituzionali attraverso un'integrazione informatica che collega il sistema informativo del DSM (ogni operatore inserisce i propri dati di attività) con quello dei flussi aziendali. Alle visite ambulatoriali

* Responsabile D.S.M. - Asl 11

Percorso assistenziale



È il risultato di una modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino, in forme coordinate, integrate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali di zona e dei servizi ospedalieri in rete.

e domiciliari (eseguite prevalentemente dagli infermieri che svolgono un'importante azione di sostegno all'abitare sia soli che in famiglia), si aggiungono le psicoterapie individuali, di gruppo e familiari, in colloqui di sostegno, sia rivolti all'utente che alla famiglia. Luogo di incontri multiprofessionali, operativi e formativi, il CSM ha sviluppato la funzione della somministrazione quotidiana della terapia farmacologica, a tutela di quella fascia di utenti che va sostenuta verso la conquista della compliance. Il farmaco, caratteristiche terapeutiche intrinseche a parte, è vissuto, ora come violazione del corpo, ora come alternativa all'indagine psicologica ora come legame con il terapeuta introiettato, presente anche in assenza del quotidiano sostegno alla compliance e l'uso di farmaci di nuova generazione, validi soprattutto per la riduzione degli effetti collaterali, ha consentito in linea di massima uno sviluppo dei metodi riabilitativi.

Nel corso degli anni abbiamo perseguito l'obiettivo, (il n° TSO negli anni si mantiene costante) di *superare l'assetto di un servizio "allertato" esclusivamente sull'accoglienza della crisi*. Sappiamo che l'insonnia si cura di giorno con lo stile di vita e con le terapie adeguate non tanto per l'insonnia, ma per il disturbo psicopatologico che la determina, questo è vero anche per quanto riguarda l'emergenza. Nell'evitare di porsi prevalentemente come esperti dell'emergenza, abbiamo tentato di affrontare il problema dell'acuzie sotto vari aspetti, dalla prevenzione possibile, all'intervento precoce con una

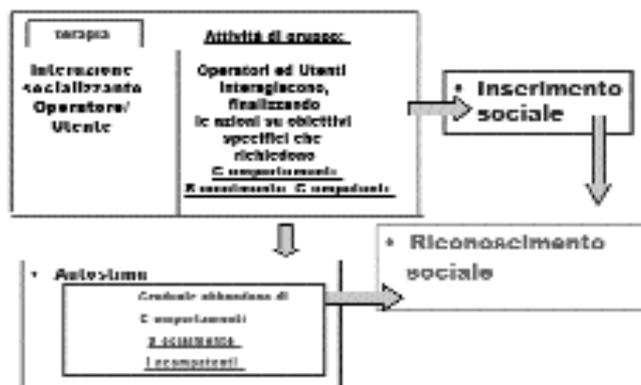
solida presa in carico da parte di un Servizio, sempre più *visibile*, riservato rispetto all'intimità della cura, ma riconoscibile rispetto all'offerta. Con la consapevolezza che la *relazione terapeutica* costituisce l'essenza di tutto il processo, il gruppo ha approfondito le competenze sull'*alleanza terapeutica* che affonda le proprie radici nella relazione primaria, configurandosi come identificazione reciproca attraverso elementi preverbal ed empatici, di sostegno e di accudimento e sull'aspetto più elaborato della alleanza medesima, l'alleanza di lavoro (Greeson) in cui un Io osservante si allea con quello del curante. Una collaborazione con i MMG, ci vede impegnati su due fronti con la SDS, sulla gestione delle depressioni reattive.

Popolazione 233.982		
Anno	Totale	di cui nuovi
2002	3804	1735
2003	4109	1907
2004	4379	2015

Gli aspetti psicologici, relazionali e quindi psicoterapici sia in senso lato che in senso specifico, hanno, nel trattamento una certa supremazia in quanto ogni atto, dalla prescrizione farmacologica alla riabilitazione psicosociale, è "dentro" la relazione terapeutica medesima. Configurandoci un clima psicoterapico in wireless, diffuso nell'ambiente, riflettiamo su quanto spontaneamente dinamico (psico-dinamico) è il clima nei luoghi della riabilitazione, laddove il passaggio dalla spontaneità alla consapevolezza sia dell'operatore che del paziente, qualifica come terapeutico, l'intervento.

Il DSM dell'ASL 11 dispone di 3 Centri Diurni, 2 Comunità Terapeutiche, 5 Residenze Assistite e 6 Appartamenti (Gruppo appartamento). Luoghi di vita e di cura, permettono di attivare la vita psichica del paziente. La quotidianità condivisa tra pazienti ed operatori fa sì che le azioni psichiatriche riabilitative partecipate con il paziente, siano espressione di interventi che, nell'agire sul mondo *esterno*, mirano a raggiungere il mondo *interno* del paziente. Le azioni dunque pensano e parlano come dice Racamier, e corrispondono a

Riabilitazione psicosociale



Patologia		Psicoterapia	Farmacoterapia	Tratt.combin.
Depres.	acuta cronica grave	guarig.totale.ridot. guarig.totale.ridot. guarig.totale.ridot. guarig.totale.ridot.	adeguato a lungo adeguato a lungo adeguato a lungo	è utilizzato è utilizzato è utilizzato
Dist. Bipo		> compliance farmac < ricoveri	80% ma non stabile	adeguato
Dist. d'ansia I	fob. DAG DAP	con psicoterapie non psicodinamiche desensibilizzazione comportamentale	risult. a breve termine o psic. o farm	Utile ma non > risult.
Dist. d'ansia II	DOC	con terapie non psiodinamiche	si	è utilizzato
Dist. d'ansia III	DPS	con terapie psicodinamiche tecniche cognitive GABB. PSIC. ESPLORATIVA	si	non utile

Tab. 1 - Gruppo Stabile di Lavoro (GSL) del DSM. Linee guida appropriatezza, approccio terapeutico (Gabbard Fonagy)

pensieri e parole strettamente connesse con le strategie psicoterapeutiche. Pertanto, la complessità dell'intervento riguardante l'ambito riabilitativo altro non è che la cura nella sua accezione più ricca e forse *l'unica psicoterapia possibile* in situazioni gravi. In riferimento alla *psicoterapia* in senso stretto, osserviamo che vi è stato un flusso ingravescente di richieste verso le quali, considerando la contrazione delle risorse o quanto meno il non incremento delle stesse, è stato necessario contrapporre un metodo di selezione e di valutazione dei percorsi. Un Gruppo Stabile di Lavoro per l'appropriatezza delle psicoterapie (uno dei quattro GSL del DSM) ha messo a punto un protocollo per questo settore. (vedi tabella n°1) Se la psicoterapia individuale psicodinamica e la psicoterapia familiare sono una prassi consolidata, lo sviluppo di questa attività, riguarda soprattutto le psicoterapie di gruppo, le psicoterapie rivolte a pazienti con disturbi del comportamento alimentare ed i nuovi indirizzi psicoterapici in ambito cognitivista. Nel corso degli anni vi è stato lo sviluppo di alcuni settori relativamente nuovi quali la terapia di gruppo ambulatoriale e quella fatta da Psichiatri e Psicologi presso i luoghi della riabilitazione, centri diurni e comunità terapeutiche. L'incremento delle terapie di gruppo nelle sedi ambulatoriali, attività svolta esclusivamente dagli Psicologi, presenta anche il vantaggio di condensare in un unico intervento più richieste. Nel 2005 il 58% dell'attività complessiva di Psicologi, Psichiatri, Neuro Psichiatri Infantili si è svolta in ambito psicoterapico. Consideriamo la famiglia uno dei luoghi della cura, pertanto collocarla nel percorso terapeutico è oggi indispensabile, in virtù del fatto che la famiglia medesima attraverso la psicoeducazione, ispirata al metodo di Falloon ed attraverso interventi più specificamente psicoterapeutici sia psicodinamici che sistemici, torna a recuperare il ruolo di importante risorsa per il paziente e per il DSM. (nella nostra esperienza ci sentiamo di considerare fondamentale il contributo del gruppo dei

familiari della associazione "camminare insieme" unitamente a quello del gruppo di *auto mutuo aiuto*. Entrambe le associazioni sono attive da circa dieci anni). Il servizio di *Mediazione Familiare*, dedicato alle famiglie in crisi o a coppie in corso di separazione, campo quasi esclusivo della U. O. di Psicologia e del Servizio Assistenza Sociale, ha valenze protettive e preventive verso il disagio familiare.

I CENTRI DIURNI, luoghi ai quali si accede su proposta dell'equipe curante, hanno una quotidianità scandita da attività strutturate soggette a verifica e rinnovamento e da un insieme di azioni quotidiane con funzione concreta, quanto metaforica, che orientano verso il recupero del senso dello spazio e del tempo e verso il raggiungimento di forme di autonomia possibile. Lontano dal generico intrattenimento, il Centro Diurno, fonda la sua esistenza su principi di tolleranza, ma anche di valorizzazione e tesaurizzazione delle abilità riemerse. Le attività riabilitative sono andate incontro ad una evoluzione, da forme di attività troppo interne al Centro a forme di attività rivolte anche all'esterno e coinvolgenti la società circostante, nell'intento, da una parte, di sviluppare e facilitare l'inserimento sociale, dall'altra di sensibilizzare l'opinione pubblica rispetto alla problematica della salute mentale. Pertanto numerose iniziative ci vedono impegnati in azioni congiunte con L'Educazione Sanitaria della ASL11. Da tempo, le tre compagnie teatrali dei tre Centri Diurni, offrono ai giovani studenti e non solo, con il loro teatro itinerante, uno spettacolo che si rinnova di anno in anno, ma che è anche una buona occasione di riflessione sulla fragilità e sul disagio psichico. L'esperienza si integra con l'attività di *Educazione sanitaria permanente* dell'ASL 11, integrazione che ha trovato il suo apice, nella pubblicazione di un fumetto esplicativo sul disagio mentale. (Anna e Piero).

Lo schema sottostante descrive in sintesi il percorso attraverso il quale ci si avvicina al recupero sociale.

LE DUE COMUNITÀ TERAPEUTICHE (C.T.)

Una per zona e con 9 posti cadauna, si ispirano al modello anglosassone (T. MAIN; M. Jones; W. Bion etc.) ospitano pazienti che se pur gravi, hanno possibilità di modificare il loro modo di esistere attraverso strategie terapeutiche che mirano al cambiamento nel rispetto sia della fragilità, che dell'assetto difensivo. Il clima non ipercritico verso la sintomatologia positiva, stimolante con misura, la sintomatologia negativa, contribuisce al riconoscimento dei limiti propri e della realtà medesima, laddove la non sopraffazione per ruolo op/paziente, favorisce una condizione democratica ed una corresponsabilizzazione. Quotidianamente incontriamo i meccanismi psichici che sottendono la sintomatologia e che attaccano la vita psichica riducendola, con la coartazione degli affetti, con l'impoverimento delle fantasie e la dissoluzione dell'identità. L'alta intensità di trattamento, posto al riparo da due opposte condizioni: l'alta emotività espressa e la scarsa stimolazione dell'ambiente familiare, permette anche a quest'ultimo, di poter maturare cambiamenti profondi dal punto di vista comunicativo. La vita quotidiana rinegoziata e condivisa sia con gli operatori(tutti dipendenti ASL) che con gli altri pazienti, costituisce attraverso la gruppalità e la multidisciplinarietà, l'essenza della terapia medesima. Intermedie tra ospedale e territorio, ma anche fra gli spazi gelidi delle istituzioni del passato e gli spazi ricchi della vita, le C. T. operano una rivitalizzazione attraverso comprensione e valorizzazione (dello spazio, del tempo e delle relazioni umane). I dati riportati attestano l'utilizzo temporaneo della struttura per ogni paziente.

anno	C.T. Empoli ammessi	dimessi
2004	1	1
2005	5*	4

(*con il trasferimento nuova sede da 8 a 9 posti)

	C.T. Valdarno	
2004	6	6
2005	3	3

C.T. Empoli dieci anni di attività

Pazienti 38 di cui 21 uomini e 17 donne di età 18/45
 29 dimessi di cui 24 con permanenza al max di tre anni 9 ammessi

celibi/nubili	30
coniugati	2
coniugati/separati	6
Inserimenti lavorativi:	8
lavoro effettivo	6
preformazione	2
Diagnosi:	
schizofrenici	29
dist. borderline	4
disturbo post-autistico	3
disturbo schizoaffettivo	2

LE RESIDENZE ASSISTITE

A media intensità di trattamento, 5 per un totale di 15 posti, sono deputate ad ospitare *transitoriamente*, pazienti che hanno raggiunto una certa autonomia. La gestione si fonda sulla collaborazione tra operatori del DSM, SAS e degli assistenti domiciliari di una cooperativa.

I GRUPPI APPARTAMENTO

Residenze a bassa intensità di trattamento, deputate ad ospitare *transitoriamente*, pazienti che hanno raggiunto lo stadio successivo di autonomia, sono 6 per un totale di 9 posti. Le residenze si completano con quelle che, pur non essendo residenze del dipartimento, rappresentano una originale evoluzione del percorso residenziale. Il riferimento è ai 7 (6 nella Zona empolesse) appartamenti di solidarietà che da alcuni anni costituiscono il nostro orgoglio. Gli appartamenti solidali generalmente di proprietà di uno degli abitanti, possono, se ben sostenuti, configurarsi per i 16 paz. che vi abitano, come soluzioni abitative permanenti. Sappiamo che non è scontato che la cronicità sia connaturata con la patologia mentale ma che il necessario lungo e continuativo trattamento, può portare alla cronicità se la relazione terapeutica diventa statica e scarsamente improntata alla ricerca del cambiamento sia pure nel rispetto della vulnerabilità. Un percorso terapeutico continuamente verificato attraverso l'analisi della relazione, mette al riparo dalla cronicizzazione. Osserviamo l'andamento clinico dei nostri pazienti più giovani che, per quanto affetti da disturbo psichico grave, attraverso un intervento precoce, complesso ed articolato, si avviano verso un adattamento sociale soddisfacente. Il rispetto della vulnerabilità comporta che l'intervento terapeutico venga forgiato come se fosse la chiave per la serratura(kay and look). È passibile di cronicità tutto ciò che è trascurato per carenze di risorse, per la mancanza di riflessioni aggiornate sui percorsi fatti, sugli strumenti terapeutici; diventa cronico, tutto ciò che non è più pensato allorché il progetto terapeutico si limita ad azioni al massimo contenitive e routinarie senza che il pensiero di chi cura si rinnovi con i cambiamenti del paziente medesimo. Quando, come dice Luc Ciompi, anche i curanti non trovano l'equilibrio tra il rispetto dei limiti del paziente ed il riconoscimento delle sue potenzialità, la flessibilità si arena nelle pieghe del pregiudizio dell'operatore medesimo. Per quanto riguarda l'inserimento al lavoro, ambito ricco e non completamente esplorato che spazia dall'inserimento terapeutico-lavorativo al lavoro vero e proprio, possibilmente regolato dalla legge 68, lo consideriamo una tappa in qualche modo conclusiva del percorso riabilitativo anche se è opportuno mettere in evidenza quanto ingannevole possa essere il pensare di trasformare i

nostri utenti come dei forzati del lavoro e dell'inserimento sociale a tutti i costi. Un *Gruppo Stabile di Lavoro (80 inserimenti socioterapeutici, 15 assunzioni legge 68)* del dipartimento coordina il settore lavoro e dispone della collaborazione di una Cooperativa di tipo B, che istituitasi nel 2000 ha n°4 dipendenti abili, n°6 dipendenti disabili, n°13 inserimenti socio-terapeutici.

L'SPDC è uno snodo importante della Salute Mentale Adulti delle due zone ed in conformità con il modello toscano, è parte integrante del Servizio territoriale; l'équipe, il gruppo di lavoro sono i medesimi, non vi è soluzione di continuità rispetto alla presa in carico ed al progetto terapeutico, di cui il ricovero in SPDC costituisce una tappa. Il SPDC non è soltanto il luogo dell'acuzie, del Trattamento Sanitario Obbligatorio, dell'intervento sulle urgenze psicopatologiche: la sua funzione è anche quella della definizione e/o ridefinizione delle modalità di intervento, della progettazione e dell'avvio dei primi passi di complessi programmi terapeutici sui singoli casi. Sovente l'SPDC si è rivelato luogo di passaggio necessario per riesaminare il progetto di taluni casi particolarmente complessi, permettendo il riesame di condizioni non evolutive e rimettendo così in moto il processo terapeutico. Riformulare il progetto terapeutico è lo spirito che sottende taluni, pochi, lunghi ricoveri in SPDC: i lunghi tempi sono necessari, allora, sia per permettere ai nuovi farmaci di dispiegare al meglio la loro efficacia terapeutica che per rimodulare l'intervento sulle famiglie dei pazienti (anche in funzione di un loro invio a gruppi di terapia o di impegno in attività, cooperative di sostegno e riabilitazione per giovani psicotici) che, infine, per creare le condizioni utili a percorrere nuove strade riabilitative (il Centro Diurno, la Struttura intermedia). Un fenomeno cui si presta particolare attenzione è quello dei pazienti cosiddetti revolving-door: l'obiettivo, in tali situazioni, è quello di comprendere l'origine del fenomeno ed intervenire sulle cause con azioni specifiche al fine di rimuoverle. Per quanto riguarda la degenza ospedaliera, l'appartenenza ai Servizi Territoriali non ci esclude dal Dipartimento Ospedaliero, sia per la costante attività di consulenza presso gli altri reparti ospedalieri e nello spazio di Emergenza -Urgenza, sia per quanto riguarda la collocazione del SPDC (12 posti letto + un posto di day hospital) presso l'Ospedale S. Giuseppe di Empoli. Negli anni osserviamo un andamento costante dei ricoveri, sia per quanto riguarda il numero assoluto che per quanto riguarda i parametri che regolano la degenza. Anche il fenomeno comunemente definito come "fughe", malgrado la vicinanza equidistante con le tre Cliniche Psichiatriche Universitarie (negli anni è stata intrapresa una collaborazione per la ricerca) appare limitato a pochi casi, anche per merito della cultura della

continuità terapeutica, patrimonio irrinunciabile dei DDSSMM della Regione Toscana ed elemento fondante del modello toscano. Descriviamo come fenomeno eccezionale la permanenza impropria di un paziente presso il reparto ospedaliero che resta a disposizione dell'utenza appunto per l'eventuale acuzie ovvero per la ridefinizione del progetto terapeutico e non per la risposta ad esigenze di tipo sociale talora connesse con la psicopatologia. Il DSM ha da anni un consolidato rapporto con i presidi ospedalieri della ASL11, attraverso la psichiatria di consultazione e la consulenza psicologica presso i punti nascita ed i reparti di oncologia, allo scopo di favorire oltre che all'utente anche all'operatore il sostegno psicologico necessario.

Anno	Dati SPDC Ricoveri	di cui TSO
2004	362	24
2005	357	26

Per quanto riguarda i D. C. A. il dipartimento ha strutturato un'attività specifica per questo tipo di utenti, coordinata da un *Gruppo Stabile di Lavoro (adulti/infanzia)* per i DCA (da 1996 ad oggi unitamente all'approfondimento della formazione degli operatori, sono state attivate risorse, fra queste un *centro diurno*, allo scopo di favorire una presa in carico più complessa non esclusivamente ambulatoriale, con gruppi psicoeducazionali, gruppi psicoterapeutici, educazione alimentare etc. Allo stato attuale sono 50 gli utenti adulti in carico al gruppo dedicato per i DCA. Il *Gruppo Stabile di Lavoro Adolescenza*, ha prodotto un protocollo che regola la fase di passaggio del giovane utente dal gruppo salute mentale infanzia al gruppo salute mentale adulti. Alle considerazioni fatte mi sembra importante aggiungere qualche elemento descrittivo dell'esperienza di Accreditamento tra Pari, fatta dalla Salute Mentale Adulti di entrambe le Zone. L'esperienza che ha impegnato i due gruppi di lavoro per quasi tutto l'anno (2001) rientra nello spettro di azioni di V. R. Q. e conseguentemente ha caratteristiche specifiche di autoregolazione del gruppo di lavoro medesimo rispetto a parametri di qualità da mantenere e da raggiungere. Il punteggio alto che il gruppo ha attribuito alla propria organizzazione secondo i parametri individuati nel manuale, ha avuto specifica corrispondenza con la valutazione fatta dai visitatori del Gruppo Nazionale.

Le esperienze di verifica e di auto controllo si articolano su vari settori:

- o monitoraggio suicidi-tentativi di suicidio
- o monitoraggio revolving door in SPDC
- o monitoraggio presa in carico (dropout paz. ambulatoriali)
- o report incidenza eventi aggressivi verbali e fisici in SPDC
- o report incidenza cadute in SPDC

- o sondaggio soddisfazione utenti S. P. D. C.
- o sondaggio soddisfazione utenti C. T:
- o sondaggio soddisfazione utenti Residenze
- o sondaggio soddisfazione utenti Centri Diurni

Formazione

Un programma dipartimentale di formazione permanente e di supervisione offre ad ogni figura professionale il dovuto sostegno all'attività.

Il gruppo *Salute Mentale Infanzia e Adolescenza*, a partire dal 2004, si è impegnato nel riorganizzare per alcuni settori specifici come l'autismo le strutture di risposta con modalità di presa in carico che tengano conto delle caratteristiche peculiari della tipologia patologica presentata, (disfunzionamento di base), della complessità implicita nel disturbo, della dimensione evolutiva, dei fattori psicosociali.

Il tasso di prevalenza dei disturbi dello spettro autistico nel nostro territorio, calcolato considerando i bambini residenti, è di 14, 9/10000

Nel dicembre 2003 è stato elaborato un progetto triennale che prevedeva interventi di formazione e la costruzione di un percorso assistenziale chiaro e definito in termini di spazi, personale e organizzazione del lavoro in rete, che garantisca al bambino e alla sua famiglia una presa in carico globale, con interventi a tutto spessore, mirati e aggiornati sulla base dei più recenti dati della letteratura, modellati sulle reali necessità dei soggetti, articolati per fasce di età e tipologia delle strategie di apprendimento possibili, un approccio integrato e integrativo al sistema bambino sofferente. Il progetto terapeutico riabilitativo prevede pertanto l'elaborazione di un progetto clinico multidisciplinare, che prende in considerazione i disfunzionamenti, ma anche i problemi sociali, comunicativi ed emotivi, i sintomi comportamentali, in un'ottica olistica e non settorializzata, orientata alla presa in carico dei molteplici aspetti del bambino reale. Obiettivo della riabilitazione diventa la riattivazione delle funzioni che sono malorientate, il tutto in un contesto interattivo e rispettoso della dimensione relazionale e emozionale.

I modelli che fanno riferimento a tali approcci, sono il "Denver Model at the University of Colorado", l'"Heath Sciences Center Developmental Intervention Model at the Gorge Washington University School of Medicine" (Greenspan et al. 1999), e la "Thérapie d'Echange et de Développement de l'Université François Rabelais, Chu de Tours" (Lelord et al 1978; Barthelémy et al 1995).

La presa in carico si realizza all'interno di questo contesto teorico definito in letteratura "approccio evolutivo". e prevede interventi di gruppo e interven-

ti individuali

1. Interventi di gruppo :il trattamento di piccolo gruppo, che si avvale anche dell'ambiente aperto (open space) specificatamente attrezzato, permette la condivisione di spazi, attività e regole; mette i bambini con le proprie frustrazioni e le proprie richieste a confronto con la realtà e permette di attuare modalità di imitazione e di apprendimento, attraverso la mediazione e il sostegno emotivo degli operatori.

2. Interventi individuali (floortime, TED)

La tecnica riabilitativa di floor-time fa parte del modello di intervento DIR, (Development, Individual's differences, Relationships) programma di intervento specifico che viene elaborato dopo aver valutato attentamente il profilo sensoriale e motorio e il tipo di relazioni e interazioni che il bambino stabilisce con i partnersadulti. (Greenspan al. , 1998)

La terapia TED (terapia di scambio e di sviluppo), favorisce lo sviluppo delle capacità funzionali del bambino, (funzioni psicofisiologiche) e viene realizzata in un ambiente ludico e positivo e in un clima di Tranquillità, di Disponibilità e di Serenità (Barthelémy, 2004). Dal secondo semestre 2007 è prevista l'attivazione di interventi cognitivo-comportamentali per soggetti adolescenti e giovani adulti.

Obiettivo complessivo del progetto è quello di fornire un percorso assistenziale definito, una presa in carico precoce, che tenga conto della complessità del disturbo e della dimensione evolutiva. L'intervento viene misurato attraverso l'utilizzo di scale di valutazione standardizzate: ECAR-T (valutazione dei comportamenti autistici), C. A. R. S. (Childhood Rating Scale) B. E. C. S. (batteria di valutazione dello sviluppo cognitivo e sociale), VINELAND (valutazione dell'adattamento e del comportamento sociale).

¹ La redazione ha richiesto per questo numero un contributo ai tre responsabili di Area Vasta. Per la complessità dell'Area Centro, questo non è stato possibile, perciò i contributi riguardano due soli dipartimenti.

Dipartimento salute mentale Asl 10

Area Vasta Centro¹

*Andrea Caneschi**

L'attività istituzionale della *Salute Mentale Adulti* viene garantita da una rete di strutture organizzate nei MOM SMA e coordinati dalle UFSMA. Il punto centrale di erogazione del servizio, e nella maggioranza dei casi anche il punto di ingresso per l'utenza, è costituito dal Centro di Salute Mentale, che rappresenta di norma anche la sede del MOM in ogni distretto. Nel CSM sono collocate le sedi ambulatoriali principali, ed è costituita una "segreteria psichiatrica", che ha il compito principale di garantire una prima interfaccia con il cittadino, capace di accogliere la domanda, fornire una prima decodifica, e assicurare da subito l'opportuna presa in carico dell'utente secondo il bisogno presentato. I percorsi terapeutico-riabilitativi disponibili comprendono attività ambulatoriali e domiciliari, attività residenziali e semiresidenziali, il ricovero in SPDC, nel contesto di programmi terapeutici individualizzati.

Nonostante la speciale complessità del territorio e dei bisogni espressi, sono mantenuti livelli alti di prestazioni e globalmente sono rispettati i livelli di ricovero previsti dai parametri regionali per i posti letto in SPDC. Anche il numero dei TSO prodotti è in media regionale. La definizione dopo un lungo lavoro di coinvolgimento delle amministrazioni locali, delle forze dell'ordine, della magistratura, di una procedura per l'esecuzione dei TSO e degli ASO, formalmente condivisa da tutti gli enti coinvolti, permette di assicurare l'esecuzione dei TSO con il massimo rispetto dei diritti dell'utente e con le garanzie di tutela della salute, che un intervento coordinato e condiviso meglio assicura. L'esperienza dei rapporti con il mondo giudiziario ha permesso anche di sviluppare una convenzione con l'OPG che ha aiutato a ridurre sostanzialmente la presenza di nostri utenti nell'ospedale psichiatrico, anche attraverso la costituzione di una struttura residenziale "intermedia" che, fornendo alternative all'internamento, ha favorito tutto il processo e continua a garantire un filtro essenziale; esperienza unica in Toscana essa è oggi a disposizione dell'area vasta per gli utenti dei servizi con carichi giudiziari. Un notevole lavoro con i Tribunali viene svolto dai servizi per i minori, che assicurano risposte commisurate al crescente impegno

richiesto. Il punto sta diventando elemento di criticità che richiederà la ridefinizione di rapporti più funzionali con la magistratura. La rete residenziale è diffusa e permette una presa in carico sufficientemente rapida del bisogno di residenzialità, anche se per ancora troppi casi è necessario il ricorso a strutture private. Grande sviluppo hanno le attività legate al lavoro, sia come momento riabilitativo specifico all'interno di un percorso di cura, sia come reinserimento in attività produttive anche grazie ad un pluriennale lavoro di collaborazione con la Provincia di un apposito gruppo di lavoro dipartimentale, che ha coordinato e dato coerenza alle diverse modalità di intervento nel settore da parte delle numerose strutture dipartimentali interessate. Grazie a questo oggi possiamo contare su una consolidata relazione di collaborazione con gli uffici per il lavoro, su tutta la dimensione aziendale, che favorisce l'avvio al lavoro con un continuo sostegno all'utente. La tipologia dell'intervento è ovviamente legata alle problematiche cliniche presentate. L'impegno maggiore è rappresentato dagli interventi multidisciplinari complessi sulle patologie più gravi, psicotiche; sono tuttavia sempre più frequenti e richiesti interventi a più breve termine, per patologie a minore impegno; in questi casi più frequentemente la risposta è monoprofessionale. *Sempre più frequente la domanda di psicoterapia, cui i servizi rispondono in maniera molto parziale per la esiguità delle risorse assegnabili a questo bisogno, nella scala delle priorità dei servizi.* Il DSM dispone di un numero elevato di strutture residenziali e semiresidenziali (almeno un DH per MOM SMA), costituite nelle varie zone e nei distretti aziendali con distribuzione giustificata dalla storia dei singoli gruppi di lavoro, dalla loro "ideologia di servizio", più o meno aderente al modello toscano dei passati piani regionali, dalla autonomia delle vecchie USL, distribuite sul territorio aziendale. Si sopperisce a questa ineguale distribuzione della disponibilità di posti letto e delle risorse associate, attraverso un coordinamento dipartimentale che garantisce un accesso equo alla risorsa "posto letto residenziale", all'interno dell'azienda. Esiste anche una insufficienza complessiva di

* *Responsabile D.S.M. - Asl 10*

posti residenziali in azienda, compensata da un ricorso ancora ampio al privato. La garanzia del filtro esercitata dagli operatori del modulo operativo multidisciplinare in ogni fase dell'accesso (primo ingresso, accesso alle strutture, ricovero in SPDC), è un punto di forza rispetto all'appropriatezza dei percorsi attivati. In particolare, il primo accesso presso il CSM e la presentazione al DEA del presidio ospedaliero, sollecitano una capacità di decodifica della domanda e una conoscenza dei percorsi possibili, che non può che rimanere nella competenza dei nostri servizi. Da qui anche la opportunità di non aderire allo sportello CUP, nonostante il maggior impegno che questo rappresenta dal lato delle incombenze amministrative. I moduli operativi effettuano una prima valutazione con modalità varie (filtro infermieristico, accesso diretto alla prima visita), poi viene effettuata la presa in carico con responsabilizzazione di un operatore di riferimento (più spesso il medico o lo psicologo, soprattutto nei primi accessi), e si elabora un programma individuale. I casi più complessi sono sottoposti a valutazione del gruppo e/o a supervisione esterna. Si effettuano inoltre valutazioni periodiche da parte del gruppo degli operatori direttamente coinvolti.

TRATTAMENTO

Sostegno psicoterapico, terapia farmacologica, inserimenti in strutture semiresidenziali e residenziali, visite a domicilio per sostenere il paziente e la famiglia nel processo terapeutico, trattamenti psicoterapici strutturati e non, per singoli, per gruppi e per famiglie. La presenza di Centri Diurni in ogni MOM garantisce con buona appropriatezza la risposta semiresidenziale, integrata nei piani elaborati dal gruppo curante stesso. Sarebbe utile una maggiore attenzione ai rapporti con le associazioni dei familiari, per ricercare livelli di collaborazione che, nel rispetto delle specificità tecniche dei servizi, consentano tuttavia una più pronta soddisfazione delle esigenze di trasparenza e di partecipazione che le associazioni giustamente pongono.

ATTIVITÀ DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'assegnazione dell'assistente sociale al modulo operativo favorirebbe una maggiore integrazione degli interventi complessi, lo sviluppo di stili di lavoro coerenti, la migliore adesione alla mission del servizio; in sostanza è la condizione per favorire risposte interprofessionali articolate, piuttosto che interventi giustapposti per specificità professionale e per "ideologia" di servizio.

ATTIVITÀ DI INTEGRAZIONE INTRA AZIENDALE

È fortemente aumentato il lavoro integrato con i

SerT, tuttavia ulteriormente da sviluppare con procedure dipartimentali e processi formativi comuni, intorno ai quali si sta lavorando. Affidato alla buona disponibilità dei professionisti il rapporto con i MMG, per le problematiche che la categoria denuncia da tempo. È certamente un punto critico su cui sviluppare più attività. Di buon rilievo in questo senso il lavoro di filtro ai ricoveri in Case di Cura, che è stato possibile attuare con le convenzioni in atto. Migliorato il rapporto con le Cure Primarie nei Gruppi Handicap; è in corso una collaborazione interdipartimentale sul tema specifico per un ulteriore miglioramento dei percorsi per la presa in carico. Si sta lavorando in sintonia con direzione aziendale e SdS per superare la separazione delle competenze e dei "poteri" tra UF e MOM ("governo clinico" contro "responsabilità clinica"), che determina a volte situazioni conflittuali o percorsi autoreferenziali, che contrastano con il compito aziendale di garanzia di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

UTILIZZO SERVIZI CONVENZIONATI ESTERNI

Strutture convenzionate "chiavi in mano", con direzione sanitaria del DSM. È opportuno garantire la massima appropriatezza della risposta, sia attraverso i percorsi dell'accreditamento obbligatorio, sia con una puntuale definizione delle modalità del rapporto con i MOM, così da garantire che gli aspetti di risparmio economico non vadano a scapito della efficacia della risposta.

SERVIZI PER L'INFANZIA ADOLESCENZA

Le attività si rivolgono alla fascia di età sotto i 18 anni. Sono previste collaborazioni a ponte, prima e dopo i diciotto anni, con la Salute Mentale Adulti e con altri servizi distrettuali. L'organizzazione dei servizi è distrettuale, con i MOM SMIA, coordinati dalla UFSMIA. Le problematiche di competenza riguardano la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza definiti per i due ambiti: salute mentale e handicap. A questi si aggiunge la funzione istituzionale della tutela minorile, assegnata alle Aziende Sanitarie Locali dalla normativa del 2000, per gli apporti degli specialisti sanitari. Per ciascuna di queste aree esistono procedure (non in tutti i MOM SMIA, ma tali da essere generalizzabili, in quanto formate su modello comune) per l'accoglienza della domanda, la valutazione, la presa in carico. Si sottolinea l'esistenza di rapporti costanti con altri servizi dell'ASL, con notevole apporto di risorse a quest'ultimi (in particolare da parte degli psicologi, sia dei servizi per gli adulti che per l'infanzia e adolescenza), presso i quali i nostri specialisti prestano parte della loro attività (Centri di Consulenza Giovani, Centro Adozioni, Consulenti Familiari). Per il sostegno al parto e per le

patologie pre- e post partum. si è costituito un gruppo di lavoro interaziendale, coordinato dal Dipartimento Materno Infantile, per la definizione di procedure per una più efficace collaborazione. Una parte quantitativamente molto più modesta di attività è dedicata anche alle consulenze presso le Pediatrie ospedaliere, presso Malattie Infettive (AIDS), presso le Unità di Cure Palliative. Non esistono strutture aziendali con posti residenziali e semiresidenziali per l'infanzia, fatta eccezione per un DH costituito con progetto finalizzato regionale, che non è tuttavia ancora pienamente operativo. Sta assumendo funzioni dedicate alla tarda adolescenza il Centro Psichiatrico di Terapia Intensiva, costituito con finanziamento regionale. Le équipes, pur ridottissime, hanno ormai strutturato una buona esperienza nel lavoro interprofessionale, consolidando valide relazioni e integrazioni sia all'interno del singolo gruppo di lavoro, sia con altre strutture, aziendali ed extra aziendali, andando a costituire una parte significativa della rete territoriale di risposta al bisogno specifico (riunioni periodiche di lavoro con i PLS, con la pediatria ospedaliera, con i servizi sociali comunali, con le scuole e con il Tribunale dei Minori).

I servizi sono cresciuti anche attraverso percorsi formativi e autoformativi, aziendali interzonal, di buona qualità, che hanno permesso di consolidare le competenze professionali dei singoli e dei gruppi e di sviluppare relazioni di collaborazione intra e interzonale (quest'ultima dimensione è ancora troppo trascurata), anche per superare carenze di risorse specifiche locali per situazioni particolari. Tutto questo si costituisce in una rete di cui deve essere salvaguardata la fortissima componente di professionalità, per garantire che l'integrazione con le SdS produca una più alta integrazione sociale/sanitaria, come deve essere, piuttosto che una diluizione del sanitario in una risposta complessivamente orientata al "sociale".

PUNTI DI DEBOLEZZA

Un serio elemento di criticità è rappresentato dalla mancanza di un punto dipartimentale per la risposta all'emergenza urgenza nell'età infantile e adolescenziale. Continuano a verificarsi situazioni di minori che accedono al DEA dei Presidi Ospedalieri e non trovano le competenze necessarie alla risposta che sollecitano. Vengono di conseguenza affidati impropriamente agli psichiatri, reperibili o di guardia presso gli SPDC, anche per la mancanza di utili riferimenti territoriali attivabili di notte o nei festivi. La soluzione dovrà essere garantita, in una dimensione almeno interaziendale, con il coinvolgimento delle Aziende ospedaliere e dell'università, con cui peraltro esistono punti di collaborazione, da strutturare anche sul tema specifico. Il pro-

blema, "modesto" per la numerosità della casistica, è altamente drammatico per la tipologia dell'utenza interessata e per le problematiche che propone.

RICHIESTE DI ACCESSO

Le risorse di personale sono gravemente sottodimensionate rispetto alle richieste in arrivo da Tribunale, famiglie, scuole, servizi sociali comunali. Questo determina un inevitabile allungamento dei tempi di attesa e ritardi nella presa in carico. È problematico assicurare all'interno della presa in carico strutturata di lungo periodo, tutti i necessari interventi terapeutico-riabilitativi; è quasi del tutto assente l'offerta di psicoterapia per il bambino e l'adolescente, e gli interventi educativi a valenza sanitaria. Viene comunque garantita la presa in carico nelle situazioni di urgenza. La presa in carico dell'handicap in particolare, è gravata dalla complessità della costruzione e gestione dei PEI, sia per la numerosità degli interventi richiesti, che per la scarsa flessibilità operativa delle strutture scolastiche coinvolte. Ci sono strumenti che permettono e sostengono un percorso verso l'uscita e la conquista di livelli di autonomia, che vengono soddisfacentemente raggiunti in un certo numero di situazioni cliniche. Tuttavia grande parte delle situazioni, se in stato di cronicità o di handicap, rimane in carico ai servizi fino alla maggiore età ed oltre. Deve essere ulteriormente migliorata e diffusa la costituzione di procedure per la definizione di percorsi condivisi per le età di passaggio (s. m. infanzia/s. m. adulti, s. m. infanzia/ servizi distrettuali per l'handicap, s. m. infanzia/servizi sociali comunali).

¹ La redazione ha richiesto per questo numero un contributo ai tre responsabili di Area Vasta. Per la complessità dell'Area Centro, questo non è stato possibile, perciò i contributi riguardano due soli dipartimenti.

Salute mentale e area vasta sud est

*Giuseppe Corlito**

1. Il modello di salute toscano sotto il profilo organizzativo si articola su tre livelli

- Zonale distrettuale
- Aziendale Provinciale o Subprovinciale
- Area vasta.

A ciascun livello sono affidati diversi compiti, regolati da specifici piani di intervento, atti a stabilire la valutazione della “relazione tra offerta e domanda”, a valorizzare “il ruolo della comunità e delle sue rappresentanze istituzionali” e a determinare lo “sviluppo di un sistema a rete dei servizi teso a coniugare qualità ed economicità dei processi assistenziali”¹ all’interno dello stesso principio della programmazione. Se si vuole applicare la logica della rete, i tre livelli devono essere frequentati assiduamente nella consapevolezza che essi rispondono a varie esigenze, che trovano radice profonda nell’organizzazione sociale ed istituzionale della nostra regione. Ad esempio sono stati profilati scenari di semplificazione dell’organizzazione ospedaliera, che facesse perno sulle sole aziende universitarie, d’altro canto in molti paesi avanzati ci sono ospedali con analoghi bacini d’utenza (soprattutto nei contesti metropolitani del nord america). In parallelo con questo processo si è ipotizzato una delocalizzazione periferica dei servizi territoriali solo in ambito zonale, con una forte integrazione socio-sanitaria attraverso l’espansione del modello in sperimentazione delle Società della Salute. È possibile in questa ipotesi semplificatoria lo sbocco dello scioglimento delle Aziende sanitarie con bacino d’utenza provinciale. Dimenticando per un momento gli inevitabili problemi legislativi che si porrebbero, dobbiamo pensare che per rispettare i criteri di economicità di scala, raccomandati dal programmatore regionale, è ineludibile ridisegnare la zonizzazione regionale, cosa che cozza almeno in parte con l’idea di restituire agli enti locali, in particolare comunali, un ruolo decisionale nel sistema sanitario regionale.

Processi semplificativi come quelli sommariamente illustrati rischiano di sottoporre l’intero sistema ad un livello di torsione che, lungi da produrre l’augurabile razionalizzazione del sistema ed ottimizzazione delle risorse, possono provocare inutili roture, che possono essere utili solo ad alcuni specifici centri di potere, talvol-

ta anche precisamente personalizzati.

Governare il sistema complesso è necessario, se prenderanno corpo i progetti di organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali per intensità di cure, così come indicato dal legislatore regionale (LR n.40/05), progetti che inevitabilmente si configurano come percorsi di deospedalizzazione e di più solida continuità dei percorsi assistenziali ospedale-territorio.

In questo ambito la salute mentale, avendo storicamente avviato il primo grande processo di deospedalizzazione, quello del superamento dell’ospedale psichiatrico, ed avendo organizzato l’assistenza in quattro livelli (CSM, CD, SR, SPDC), con diversa intensità di cure – anche al proprio interno (ad es. nei percorsi residenziali) – mantiene una specifica esperienza di durata trentennale con la centralità della presa in carico individualizzata e della continuità terapeutica ospedale-territorio. Tale esperienza va valorizzata per quanto vi siano grandi problemi organizzativi ancora aperti, come quelli evidenziati nell’intervento dell’Assessore Regionale, Enrico Rossi, al convegno del Coordinamento delle Associazioni per la salute mentale tenutosi a Firenze il 27 settembre 2006, in particolare la necessità di colmare le lacune (in termini di risorse e di personale) e di uniformare i livelli assistenziali in tutti gli ambiti della rete regionale dei servizi. Va in questa direzione l’iniziativa dell’Assessorato regionale di varare una “Proposta di schema tipo regionale di Regolamento del Dipartimento di salute mentale” in cui vengono definiti compiti, modalità operative e struttura organizzativa, poteri e relazioni del dipartimento stesso con tutti e tre i livelli del sistema, all’interno delle Aziende, con le Società della salute e con l’Area vasta.

Tale “Proposta”, omogeneamente all’impostazione del Piano Sanitario, all’art. 13 propone: “Al fine di consentire l’esercizio del governo clinico ai diversi livelli del sistema nonché la crescita e la valorizzazione in rete dei livelli di offerta delle prestazioni e dei servizi per la salute mentale, è istituito un coordinamento tecnico professionale del quale fanno parte i Coordinatori dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie

* *Responsabile Area Vasta Sud Est Toscana*

presenti nell'area vasta.

In particolare il coordinamento tecnico professionale di area vasta svolge i seguenti compiti:

- elabora proposte di sviluppo delle attività della salute mentale che rispondano ai requisiti della programmazione di area vasta;

- garantisce un coordinamento delle attività delle aziende sanitarie che preveda il pieno utilizzo delle professionalità presenti, al fine di assicurare ai cittadini percorsi assistenziali integrati;

- propone alla Commissione regionale per il governo clinico della salute mentale apposite linee guida e cura l'implementazione e la valutazione di quelle in vigore

- gestisce, anche in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e Universitarie presenti nell'area vasta, specifici progetti di area vasta in tema di formazione delle risorse umane nonché progetti diretti alla sperimentazione e innovazione nel campo dell'assistenza e dei relativi percorsi".

2. Il Piano Sanitario Regionale vigente attribuisce all'Area Vasta compiti di programmazione, di concertazione e di coordinamento tecnico-professionale, principalmente nel campo dell'innovazione ad alto costo, dell'avvio di attività non esistenti, della razionalizzazione, evitando la duplicazione di attività in eccesso, e del governo clinico attraverso l'implementazione delle linee guida e il contrasto della "separazione tra attività ospedaliere e territoriali", il cui "coordinamento professionale deve essere assicurato da professionalità miste ed integrate ospedale-territorio"². Tale coordinamento tecnico interaziendale è suggerito "anche in forma dipartimentale, per settori omogenei".

Questi compiti sono stati precocemente chiari nell'Area Vasta Sud Est, forse in ragione di una maggiore omogeneità culturale dei servizi di salute mentale di Arezzo e Grosseto (e in qualche misura di Siena) ed anche alla necessità di intervenire sulla difficoltà di superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Siena, l'ultimo della Regione a concludersi, e di procedere alla riorganizzazione dei servizi territoriali. Così fin dall'autunno del 2003 i responsabili provinciali dei servizi di salute mentale delle tre Aziende USL chiedevano l'apertura formale di un tavolo di coordinamento per la salute mentale in analogia a quelli degli altri settori. Tale richiesta non trovava risposta nelle Direzioni Generali di allora, ma nella seduta del 12 gennaio 2006, su proposta dell'Ing. Scura, Direttore Generale dell'ASL 7, veniva approvata "la costituzione di un Dipartimento Interaziendale di Area Vasta di Salute Mentale, con valenza tecnico-scientifica e gestionale, individuando un coordinatore e coinvolgendo tutte le professionalità dell'Area Vasta con la partecipazione dell'Università degli Studi di Siena" con "l'obiettivo primario di creare omogeneità di comportamenti

organizzativi e professionali sia all'interno dei vari presidi che sul territorio"³.

Il Dipartimento così costituito ha avuto successivamente la nomina del coordinatore e si è riunito regolarmente dal settembre 2006, nonostante le difficoltà relative agli avvicendamenti dell'ASL senese, il cui Direttore Sanitario è titolare della responsabilità del settore. I compiti che il Dipartimento di Area Vasta si è dato sono esattamente quelli previsti dal Piano Sanitario, in primo luogo promuovere processi di omogeneizzazione dei livelli di assistenza, di innovazione, di formazione e programmazione, compresa la necessità di dotarsi di un regolamento snello ed efficace.

3. Che tali compiti di programmazione e governo siano necessari ed ineludibili è attestato dall'esame dei dati messi a disposizione dalla recente pubblicazione, a cura dell'Ufficio "Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale", *La salute mentale in Toscana. Indagine conoscitiva* (Novembre 2005), per la quale siamo in debito in particolare con Galileo Guidi, Marzia Fratti, Mirta Gonnelli e Marco Priolo. Osservando la tabella dei dati riepilogativi dell'Area Vasta Sud Est, notiamo che per quanto riguarda i parametri relativi alla dotazione organica, ai posti letto nelle strutture residenziali e a quelli in ospedale, essi sono uguali o superiori agli standard e alla media regionale, ma la cosa cambia se facciamo un'analisi più di dettaglio dei dati riguardanti il pattern domanda-offerta, che è esattamente quello che ci chiede di mettere sotto controllo la programmazione regionale⁴.

Infatti nel 2003 la *copertura della domanda* (prevalenza trattata) è pari all'1,83% della popolazione adulta della ASL di Siena, al 2,34% di quella di Arezzo e al 2,87% di quella di Grosseto; mentre è pari al 5,48% della popolazione minorile della ASL di Siena (anche se con rilevanti oscillazioni nella serie storica), al 3,03 % di quella di Arezzo e al 4,57% di quella di Grosseto. Se poi proviamo con i dati disponibili a calcolare l'*indice di proiezione territoriale*⁵, misura epidemiologica che ci rende ragione della capacità del servizio territoriale di filtrare l'ospedalizzazione territoriale rapportando il numero delle persone ricoverate con quelle assistite nell'anno, osserviamo andamenti del tutto difformi: 11.63 per Siena (347 ricoveri su 4037 assistiti adulti), 16.90 per Arezzo (382/6.458) e 19.88 per Grosseto (271/5.386). Difformità diverse abbiamo sul fenomeno del TSO, che è un indice di efficienza ed efficacia del lavoro di filtro e prevenzione territoriale: la *percentuale di TSO* sul numero dei ricoveri è dell'8,35% per Siena (29 valore assoluto), 10,99% (42) per Arezzo e 5,10% (19) per Grosseto. Altrettante diversità abbiamo sul fenomeno della *revolving door*, cioè sulle persone che si ricoverano più volte in SPDC nello stesso anno, che misura analogamente la

AREA VASTA SUD EST

Aziende Asl	Popolazione pesata	Operatori		Posti letto in Strutture Residenziali		Posti letto di degenza ordinaria in strutt. pubbliche e private convenz.	Posti letto in SPDC		Totale posti letto
		2003	2004	2003	2004		2004	2004	
Siena	255.522	207	209	82	80	Azienda Ospedaliera Universitaria Senese	19 posti letto	17	
Arezzo	334.602	257	254	101	101			19	
Grosseto	221.391	154	154	88	88			14	
Totale	811.515	618	617	271	269		19	50	69
Percentuali per Area Vasta ⁶	811.515	1,14	1,14	3,34	3,31		0,39	1,03	1,42

capacità del servizio di “tenere nella comunità” le persone dimesse dall’ospedale: 32.56% a Siena, 20.15% ad Arezzo, 15.59% a Grosseto.

Ovviamente questi dati (gli unici disponibili) sono del tutto indicativi e purtroppo puntiformi (un solo anno considerato): andrebbero monitorati longitudinalmente nel corso del tempo, cosa per cui non rimpiangeremo mai a sufficienza di non avere avviato per tempo un sistema informativo regionale informatizzato per la salute mentale (la delibera che lo istituisce risale solo al 2003). Oggi avremmo uno strumento di programmazione potente, che invece – e per fortuna – sta solo muovendo i primi passi. Anche questo riflette l’arretratezza di una cultura epidemiologica nel campo della salute mentale, che rappresenta una falla nella cultura complessiva dei servizi di salute mentale toscani, falla il cui superamento questa rivista ha tra i propri obiettivi. Comunque l’esempio ripropone con urgenza la necessità di omogeneizzare la rete dei servizi, organizzativamente e culturalmente. Non c’è solo nella area vasta Sud Est un problema di reperimento di risorse, ma anche della loro allocazione ed ottimizzazione. Per quanto l’indice della *percentuale di spesa per la salute mentale* (il famoso e discusso 4,5%) è diventato un’indicazione molto relativa, dato che con l’ultimo Piano Sanitario lo calcola sul 90% del Fondo Sanitario ordinario delle Aziende (cosa grave perché praticamente vuol dire che i servizi di salute mentale dell’infanzia non hanno finanziamenti certi se non a spese di quelli degli adulti), ci può essere utile per una comparazione: esso nel 2003 è stato il 5,03% a Siena (pari ad una spesa pro capite per cittadino di € 72,88); 4,30% ad Arezzo (€ 60,86 pro capite); 4,70% a Grosseto (€ 62,61 pro capite). Con i limiti detti sopra si può affermare che una maggior spesa non corrisponde ad una maggior efficienza ed efficacia.

Come ulteriore esempio della suddetta disomogeneità, che per altro è dell’intera regione, basti considerare che l’organizzazione dei servizi di salute mentale nell’Area vasta Sud Est raggiunge il massimo del ventaglio disponibile: la ASL 8 ha un dipartimento organizzativo e budgetario; la ASL 7 non ha costituito alcun dipartimento; la ASL 9 ha un dipartimento di coordinamento tecnico-scientifico con un vecchio regolamento (1996).

4. Il Coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale di Area Vasta Sud Est, fin dalla sua prima istituzione, si è dato i seguenti compiti finalizzati all’omogeneizzazione dei percorsi assistenziali:

a. Sulla garanzia dei livelli essenziali di assistenza è necessaria la valutazione epidemiologica dei bisogni e la parametrizzazione dei servizi stessi; l’unitarietà nel DSM degli interventi sia per adulti che per l’infanzia;

b. Circa l’omogeneizzazione delle procedure e dei percorsi (governo clinico) è necessario lo scambio di esperienze e momenti di discussione comune con protocolli omogenei;

c. Sui possibili progetti di innovazione occorre porre attenzione ai seguenti temi

- rapporto con i Medici di Medicina Generale;
- disturbi alimentari psicogeni
- interventi precoci sulle psicosi con attenzione al problema degli adolescenti
- valutazione dei servizi
- doppia diagnosi

d. La formazione di Area Vasta è stata ipotizzata come dedicata ai progetti di cui sopra sia di tipo “istituzionale” nella istruzione curricolare sia “mirata” con iniziative specifiche con particolare impegno della Clinica Universitaria;

e. L’eventuale budget gestibile dal DSM di Area Vasta è ipotizzato sia finalizzato alla realizzazione dei singoli progetti con un meccanismo di cofinanziamento.

f. La programmazione di Area Vasta delle strutture è tema decisivo per evitare la duplicazione di strutture (in particolare quelle residenziali) particolarmente costose: l’offerta dovrebbe essere diversificata e formulata in base alle esigenze del territorio.

¹ Piano Sanitario Regionale 2005-2007, p. 102

² Piano Sanitario Regionale 2005-2007, p. 104

³ Verbale riunione di Area Vasta Sud-Est del 12.01.06 (Tommasini, Scura, Calamai, Calabria)

⁴ Mentre la tabella è ripresa dalla pubblicazione *La salute mentale in Toscana*, l’elaborazione dei dati ricavati dalla stessa indagine è stata fatta dall’autore

⁵ M. Tansella, D. De Salvia, “Metodi e definizioni per uno studio epidemiologico comparativo tra registri”, *Epidemiologia e psichiatria sociale*, Vol. 1, n. 1, 1992, pp. 29-43

⁶ Parametri regionali: operatori 1/1.500 ab; strutture residenziali 1/10.000 ab; pl spdc/popolazione pesata 1/16.666

L'attività di formazione degli specializzandi di Psichiatria e Psicologia Clinica presso l'Unità Operativa Sperimentale di Psichiatria Territoriale a Direzione Universitaria

*Maurizio Ferrara**

In un quartiere di Firenze opera, dal 1997, un'Unità Operativa Sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria, parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale.

La Convenzione fra Università e Azienda Sanitaria viene stipulata ai sensi del protocollo di intesa Università regione Toscana per le attività assistenziali in ambito territoriale:

- 1) per consentire "agli studenti e agli specializzandi di poter svolgere le attività istituzionali didattiche e scientifiche, avendo come riferimento l'intero complesso dei presidi e delle attività territoriali e ospedaliere", ed inoltre perché
- 2) "l'Azienda è interessata ad un costante rapporto e confronto con il mondo scientifico e della ricerca, di cui l'Università è il più significativo esponente, ciò anche allo scopo di assicurare le condizioni per una situazione di costante aggiornamento, studio e formazione del proprio personale medico, tecnico e paramedico" (Commi 2 e3 della Convenzione fra L'Università degli Studi di Firenze e l'Azienda USL 10 di Firenze, 01.07.1997, Rep. 1574)

Gli assunti alla base della Convenzione esprimono un disegno istituzionale e un progetto di politica culturale importante che nei dieci anni trascorsi è stato declinato in maniera coerente con ricadute significative nonostante l'investimento minimale di risorse (costituite in pratica da un docente universitario alla direzione della unità operativa).

Approssimativamente 60 – 70 specializzandi (circa cinquanta in psichiatria e quindici in psicologia clinica) e 15- 20 laureandi (in Medicina, in Psicologia e in Scienze della Formazione), hanno completato l'iter formativo professionale svolgendo un periodo cospicuo di tirocinio presso l'U.O. di Psichiatria territoriale, cioè all'interno della rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale.

Il bacino di utenza in questione è il quartiere 3 (circa 43.000 abitanti) nella zona sud di Firenze, molto vario come collocazione urbanistica e assetto sociale; la dotazione strutturale a disposizione del

gruppo di lavoro multidisciplinare rispecchia la configurazione delle risorse previste per il servizi territoriali della salute mentale: Centro di Salute Mentale, Centro Diurno, 3 posti letto presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di S.M. Nuova, una residenza assistita a gestione diretta, una cooperativa di lavoro tipo B da supervisionare. In più, da tre anni è attivo un Centro di Terapia Intensiva (CTI), struttura residenziale per interventi in situazioni di crisi in alternativa alla ospedalizzazione, progetto finalizzato con finanziamento regionale: si sta sempre di più organizzando come centro di prima accoglienza per episodi di scompenso psicotico in età adolescenziale.

La prevalenza annua dei pazienti in trattamento è intorno al 2-2,5% (7-800 pazienti), 30-40 per anno i ricoveri in SPDC, circa 30 per anno i ricoveri nel Centro di Terapia Intensiva (provenienti da tutto il Dipartimento), circa 40 i pazienti che a vario titolo fruiscono delle attività promosse dal Centro Diurno. La filiera riabilitativa in ambito lavorativo è piuttosto sviluppata (inserimenti socio-terapeutici, cooperativa tipo B, avvio al lavoro in applicazione della legge 68/99) e sviluppati sono anche i progetti di intervento domiciliare. Estremamente ridotti gli inserimenti in strutture residenziali a lungo termine e comunque nessun nuovo inserimento da circa quattro anni; attualmente gli interventi sono orientati a sviluppare il "case management" a livello di comunità e al domicilio del paziente per sostenere la "tenuta" del paziente nel proprio contesto sociale. Si stanno organizzando esperienze di convivenza solidale in alloggi di proprietà di pazienti rimasti soli o che abitano da soli. Il progetto finalizzato del Centro di Terapia Intensiva prevede la possibilità di periodi anche relativamente prolungati (ad esempio un anno) di residenza autonoma in un piccolo appartamento ubicato nelle vicinanze del Centro.

L'ambito di attività di cui gli specializzandi in formazione fanno esperienza rappresenta dunque uno

* *Professore di Psichiatria, Università degli Studi di Firenze*

spaccato della psichiatria territoriale organizzata secondo l'assetto previsto dal Dipartimento di Salute Mentale della cui rete di servizi l'U.O. universitaria peraltro è parte integrante

LE TEMATICHE DELLA RICERCA

Gli ambiti di ricerca sviluppati dalla Unità Operativa sperimentale riguardano principalmente l'attività, l'organizzazione e le funzioni curanti dei servizi dipartimentali di salute mentale: il disagio psichico nella medicina di base e l'insieme dei rapporti con la psichiatria, la funzione e le caratteristiche del ricovero psichiatrico, aspetti della qualità dei servizi psichiatrici (ma soprattutto sanitari di base) attraverso un indicatore robusto come la mortalità, la residenzialità come aspetto problematico nel processo della riabilitazione, la valutazione delle caratteristiche dell'alleanza terapeutica nella presa in carico dei pazienti ambulatoriali, l'esordio psicotico e i modi alternativi di intervento, la valutazione di esito a lungo termine in pazienti con patologia schizofrenica ad esordio acuto, la valutazione neuropsicologica in pazienti con sintomatologia allucinatoria, le diverse caratteristiche dell'intervento integrato psicoalgologico nell'ambito del dolore cronico non oncologico.

LA SCUOLA DEL TERRITORIO

Quale contributo può dare alla formazione di uno specializzando una psichiatria universitaria che opera nel territorio?

Intanto il fatto che il campo di osservazione sia la comunità trasforma l'esperienza clinica. Come ha evidenziato Petrella, lo sguardo clinico della cultura istituzionale riduce l'oggetto dell'osservazione in modi polari di conoscenza: la linea di demarcazione fra malattia e sanità passa fra l'interno negativo (il dentro difettoso dell'uomo malato) e l'esterno positivo (l'ordine i valori e le norme del mondo sociale). La cultura che emerge dalle esperienze di psichiatria territoriale comporta una relativizzazione dei parametri mutuati dalla medicina perché nei settings territoriali di intervento quasi sempre appaiono indistinti i confini fra normale e patologico, fra sintomo di individuo e sintomo di sistema e ugualmente fra risorsa individuale e risorsa di contesto.

Lo specializzando si confronta dunque con aspetti di complessità che implicano modi di conoscenza che siano davvero in grado di contenere in maniera sostanziale il disagio psichico nel modello della vulnerabilità bio-psico-sociale.

Ciò significa affrontare l'incertezza che deriva dalla contaminazione sul piano delle interconnessioni teoriche ma soprattutto nella operatività clinica. La

complessità teorica non riguarda soltanto il fatto di dover tenere conto di punti di riferimento derivati da ambiti assai diversi (biologia/medicina, ambito delle discipline "psi-", scienze sociali ..) quanto piuttosto il fatto che i tanti reciproci rimandi sono conflittuali, ciascuna disciplina compete per una lettura egemonica (e drasticamente riduttiva) della realtà osservata. Di fatto le "regole" di una conoscenza integrata della complessità del disagio psichico nel suo declinarsi nel mondo reale non sono date a priori, si costituiscono in corso d'opera via via che si sviluppa il lavoro del gruppo multidisciplinare. Le "regole" si costituiscono intorno al singolo caso, non sono "universali" (manca una teoria accettabile dei modi di contaminazione disciplinare), nascono dalla interazione fra persone, fra ruoli oltre che fra prospettive teoriche diverse.

Se lo specializzando nel corso del suo tirocinio diventa un membro a tutti gli effetti del gruppo multidisciplinare e partecipa attivamente a questo processo competitivo di costruzione di conoscenza, fa una esperienza formativa importante, nel senso che è soggetto attivo nel percorso di lettura della realtà - e senza le reti precostituite (e rassicuranti) di una teoria indiscutibile e di una istituzione scolastica da cui apprendere (e dipendere).

Nel corso del suo tirocinio nel territorio che può durare anche due anni, lo specializzando prende in cura 20-30 pazienti, nuovi casi in gran parte ma anche pazienti già conosciuti dal servizio, spesso lungoaassistiti.

L'attività dello specializzando si svolge con la supervisione di un medico psichiatra strutturato ma si assume la responsabilità dell'intervento; interlocutore del paziente, dei familiari, degli operatori colleghi; entra nel meccanismo relazionale che ha a che vedere con la presa in carico e con la continuità terapeutica. Meccanismo delicato che si dipana nell'ambivalenza, interna, del curante (in questo caso dello specializzando) ed esterna (il paziente è del curante/il paziente è del servizio).

Lo specializzando è confrontato con l'esercizio della responsabilità: prendersi cura, mantenere l'investimento terapeutico, digerire le difficoltà e le frustrazioni, lavorare in maniera collaborativa e apprendere da altri di diversa opinione, invece di lasciare andare, di delegare, dipende solo da se stesso (lo specializzando sa che se abbandona l'impegno assunto subentra un medico del servizio).

IL TEMPO DELLA RIFLESSIONE COME COMPITO DIDATTICO

Vocazione universitaria di una unità operativa di psichiatria territoriale deve essere lo sforzo di tenere

insieme l'intreccio fra pratica clinica, didattica, formazione e ricerca senza perdere contatto con la complessità di cui stiamo parlando, la complessità dei disturbi mentali, soprattutto quelli gravi, che si svolgono in vicissitudini sociali quotidiane, per tempi lunghi, talvolta quanto una vita. Intreccio difficile da tenere insieme perché il pendolo - dell'egemonia, culturale e pratica - oscilla fortemente, senza trovare equilibrio, fra scienze mediche (della natura, della comunicazione asimmetrica e unidirezionale) e scienze umane (della storia, della comunicazione circolare), fra osservazione distanziante e osservazione partecipativa, fra riduzione metodologica specialistica e contaminazione pluridisciplinare..

Questa la dialettica in ambito teorico; nella pratica pesano le mille pressioni dell'urgenza e dei pesi della sofferenza, delle inefficienze organizzative e burocratiche e del carico materiale ed emotivo del lavoro quotidiano.

Lo scollamento fra pratica e teoria è un problema reale cui né le istituzioni della cura né le istituzioni della didattica offrono rimedi stabili ed efficaci.

Per ovviare a questo è necessario un tempo di lavoro (da pensare come risorsa strutturale) specificamente dedicato alla riflessione.

Da un certo punto di vista l'attività didattica all'interno della Unità Operativa può offrire una opportunità per una formazione che integri teoria e prassi, proprio perché l'intreccio delle variabili di cui si deve tener conto nel lavoro territoriale, il "melting pot" teorico e clinico obbliga quotidianamente a costruire con lo specializzando una cifra conoscitiva - una teoria "locale", legata al caso singolo - che consenta un progetto terapeutico individualizzato anche se complesso. Il non avere a disposizione risposte predefinite, possibili solo in ambiti che selezionino l'interscambio terapeutico (solo farmacoterapia, solo psicoterapia) è il presupposto per pensare il processo di cura in termini di ricerca-intervento. Il compito didattico è rendere consapevole lo specializzando che in questo modo egli non è utilizzatore passivo di conoscenze trasmesse ma artefice attivo di nuova conoscenza, perché ogni nuovo caso nel contesto sociale comunitario rappresenta comunque una complessità che mette in crisi ogni a-priori conoscitivo e che, contemporaneamente, è compito clinico non eludibile.

Quali sono i fattori terapeutici rilevabili nel percorso di inserimento lavorativo di un paziente, e a quali condizioni ambientali; a quali condizioni, per uno specifico paziente, una esperienza di socializzazione non è semplice intrattenimento e a quali condizioni un progetto di inserimento in una comunità

terapeutica o in una residenza assistita ha valenza terapeutica invece di essere l'espressione di una "psichiatria di collocamento": domande cui non possiamo dare risposte basate su criteri scientifici generali per le troppe variabili in gioco.

Il training dello specializzando è esercizio a leggere al meglio delle sue possibilità la situazione clinica che gli sta davanti, nella sua completezza e nella sua complessità, al fine di costruire una "teoria del caso" di cui si assume la responsabilità e di cui ovviamente accetta la verifica non solo del supervisore didattico ma anche del gruppo di lavoro di cui è parte.

Il tempo della riflessione è naturalmente un tempo necessario in qualunque assetto clinico, non comprimibile da supposte esigenze di efficienza (in genere tattiche, appiattite sul qui ed ora, mai sul lungo periodo), ma nell'ambito formativo universitario di cui si parla il tempo di riflessione è di necessità assai più lungo perché finalizzato oltre che alla interpretazione del caso, all'apprendimento dei modi della conoscenza, al "deutero-apprendimento" di cui parla Bateson.

Probabilmente il compito di questa formazione è fornire allo specializzando le condizioni di sperimentarsi come interprete clinico (ricercatore empirico) di un disagio mentale che, letto nella sua interezza, non appartiene tanto al campo della clinica quanto piuttosto all'ambito generale della vita sociale.

IL RUOLO DEI SERVIZI TERRITORIALI NELLA FORMAZIONE PSICHIATRICA

Uno degli aspetti fondamentali nella formazione dello Specialista Psichiatra è la comprensione dell'importanza della relazione con il paziente nel lavoro di definizione diagnostica e nella progettazione dell'intervento terapeutico-riabilitativo. Lo Psichiatra, infatti, reso consapevole di non poter prescindere dalla propria soggettività nell'entrare in rapporto con gli altri, non dovrebbe limitarsi a osservare un'altra persona formulando delle valutazioni sulla base di uno specifico inquadramento semeiologico: al contrario, dovrebbe apprendere che l'oggetto primario dell'osservazione è rappresentato dalla relazione personale che egli stesso instaura con il paziente.

La partecipazione alle attività dei servizi psichiatrici di comunità pongono lo Specialista in formazione in rapporto con un nuovo contesto di esercizio teorico e pratico, quello dell'equipe impegnata nel lavoro territoriale, dove l'oggetto si presenta all'osservazione vividamente immerso nella complessa rete delle dinamiche relazionali, anziché essere isolato nell'ambiente neutro tipico dell'istituzione. Tale cambiamento nelle modalità di sperimentare contatti con i

pazienti si pone alla base di un mutamento culturale che rappresenta un passaggio cruciale nel percorso di formazione dello Specialista Psichiatra; un cambiamento connesso allo sviluppo di nuove capacità di cogliere il disagio psichico non solo come un fenomeno su scala individuale, bensì come il prodotto di una realtà complessa e articolata in interazioni dinamiche.

L'organizzazione dei servizi psichiatrici territoriali, strutturata per garantire la continuità terapeutica in tutte le sue dimensioni, consente di moltiplicare i momenti di incontro e di osservazione con il paziente in una gamma di setting e situazioni differenziate: in tal modo diviene possibile sperimentare direttamente le modalità di relazione della persona con i familiari e con gli operatori dei servizi, consentendo la costruzione di rappresentazioni basate non solo sugli aspetti emergenti durante l'acuzie psicopatologica, ma anche sulle parti sane e funzionanti del paziente.

Durante il periodo formativo in ambito territoriale viene inoltre posta in grande rilievo la necessità di sviluppare un'adeguata funzione riflessiva, comprendendo fra le attività cui il medico specialista in formazione è chiamato a partecipare anche i momenti istituzionalizzati di riflessione sul paziente (riunioni d'equipe, riunioni di supervisione, restituzioni).

L'Unità Operativa sperimentale di psichiatria di Firenze è la parte del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.S.L. 10 di Firenze che si occupa della cura del disagio psichico del Quartiere 3 della città. Tale servizio presenta la peculiarità di essere gestito secondo direzione universitaria. Per tale ragione in esso si svolge l'attività di assistenza, come per ciascun altro modulo funzionale della Salute Mentale, ma anche l'attività formativa degli specializzandi iscritti alle Scuole di Specializzazione in Psichiatria e in Psicologia Clinica dell'Università degli Studi di Firenze.

È opportuno sottolineare come le due funzioni appena citate, assistenza e formazione, siano svolte inscindibilmente, procedano di pari passo, legate reciprocamente. Lo svolgimento in prima persona dell'assistenza da parte del personale in formazione costituisce, nelle possibili e numerose declinazioni, il fondamento stesso della formazione. L'attività formativa costituisce il supporto, il sostegno, garantisce la competenza e la qualità dell'assistenza svolta da parte del personale meno esperto. Si può forse concludere come sia difficile porre un netto discrimine tra gli spazi dedicati all'apprendimento e quelli dedicati alla formazione. È così solo in parte.

Si può ipotizzare che l'apprendimento in ambito psichiatrico si sviluppi nel momento in cui si ponga il pensiero su ciò che è avvenuto durante l'assistenza.

Fin tanto che si agisce, si cura, nel giusto o meno, non si introduce il dubbio, difficilmente si applicheranno delle variazioni al nostro comportamento. L'apprendista inesperto è invece felicemente dubbioso. Spesso si domanda che cosa ha fatto, che cosa sta facendo, che cosa dovrebbe fare nel corso della propria attività assistenziale. Ecco che quindi entra inevitabilmente in gioco il paziente, che è l'oggetto della cura ed il senso della formazione. Nell'ambito di un servizio psichiatrico territoriale però il paziente entra in gioco in modo specifico. Questa è l'opportunità che offre l'ambito formativo dell'U.O. del quartiere 3 di Firenze. Il paziente deve essere assistito tenendo conto della complessità del proprio contesto biologico, storico, abitativo, lavorativo, familiare e sociale. Non è materialmente possibile esimersi dall'affrontare il presentarsi di un grave livello di psicopatologia. Non è possibile esimersi dal far fronte ad istanze provenienti dal paziente, ma anche dall'ambiente stesso. Non è possibile esimersi dallo svolgimento di un compito riabilitativo, che consenta di mantenere il paziente nel mondo in cui proviene. Non è possibile fare alcuna di queste cose senza realizzare una relazione personale con il paziente.

Il medico in formazione, chiamato allo svolgimento di tali compiti, assalito da fruttiferi dubbi, si muove quindi, nell'U.O. del quartiere 3 di Firenze, cercando di usare al meglio gli strumenti di assistenza disponibili. La molteplicità di tali strumenti implica una molteplicità di operatori professionali che lo specializzando incontra. La molteplicità di operatori implica una molteplicità di linguaggi, di modalità operative, di stili comunicativi, di intenti (medici di Medicina Generale, specialisti di altre discipline mediche, psicologi, infermieri, operatori sanitari, tecnici di laboratorio, ausiliari, assistenti sociali, forze dell'ordine etc.).

Tale complessità costituisce grande occasione formativa, ma probabilmente occasione che può essere colta solo se si verifica e si realizza un momento di riflessione, altrimenti resta spazio alla confusione. Per questa ragione presso l'U.O. del quartiere 3 di Firenze è offerta allo specializzando in Psichiatria la possibilità di usufruire di lezioni formali, supervisioni cliniche, riunioni multidisciplinari, riunioni di ricerca.

La formazione degli Specializzandi in Psicologia Clinica e Psichiatria presso l'U.O. Sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria

All'interno della U.O. sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria del quartiere 3 di Firenze l'obiettivo della formazione è quello di operare un raccordo tra il sapere delle nozioni universitarie e la prassi operativa della professione.

La formazione avviene mediante:

1. partecipazione a giornate di studio e a seminari di apprendimento su tematiche specifiche;
2. partecipazione, discussione casi clinici del Centro di Salute Mentale (in particolare casi del Centro di Terapia Intensiva);
3. pianificazione, progettazione, attuazione di ricerche: partecipazione al progetto sul dolore cronico non oncologico e intervento integrato Psicoalgologico.
4. supervisione sui diversi progetti di ricerca nei diversi ambiti;

Il responsabile dell'U.O. sperimentale di Psichiatria, che fa parte del gruppo docente della Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica e Psichiatria, risponde alle domande e alle esigenze di maturazione e sviluppo individuale, promuove e supervisiona l'elaborazione del progetto professionale di ognuno, offre consulenza e accompagnamento allo sviluppo e alla prassi operativa della professione di psicologo clinico. Egli rappresenta il Tutor del gruppo di lavoro formato dagli specializzandi di Psichiatria e di Psicologia Clinica.

Gli specializzandi nello specifico:

1) partecipano agli incontri settimanali di gruppo in cui vengono pianificati, progettati, attuate le ricerche proposte dalla direzione formativa; tali progetti, nelle tematiche e nella metodologia, tengono conto dell'organizzazione e delle specificità dell'assistenza psichiatrica territoriale.

• Durante gli incontri settimanali si svolge l'elaborazione di ipotesi e si formulano schemi di attuazione con successiva verifica e valutazione tenendo conto vari modelli e strategie di intervento. Vengono presi in esame i progetti di ricerca dai sottogruppi supervisionati dal tutor. Ogni progetto viene vagliato e discusso tenendo conto delle diversificate competenze dei singoli specializzandi rispetto al lavoro compiuto, al reperimento di riviste, articoli, fonti bibliografiche. Nell'ambito dell'esperienza formativa sono particolarmente significativi i processi motivazionali e comunicativi che assumono un ruolo essenziale rispetto la formazione stessa. Alla stessa stregua, nell'interscambio, sottendono le dinamiche emotive. In tal senso è fondamentale l'analisi e la consapevolezza di esse affinché vengano utilizzate come strumento di lavoro.

Per la continuità del lavoro viene verbalizzato quanto emerge da ogni incontro settimanale

2) lavorano attivamente al progetto a cui aderiscono: "dolore cronico non oncologico e intervento integrato Psicoalgologico";

- il lavoro dei sottogruppi viene svolto quotidiana-

mente negli ambulatori dell' U.O. sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria del quartiere 3 di Firenze mediante colloqui preliminari, somministrazione di tests, elaborazione degli stessi, restituzione scritta della diagnosi psicoalgologica che viene, precedentemente, presa in visione dal Responsabile della formazione, dall'algologo e da Reumatologo. Tali restituzioni vengono discusse periodicamente dall'equipe multidisciplinare.

3) discutono in riunioni le problematiche che emergono dall'evolversi del lavoro.

- Periodicamente, durante riunioni, i partecipanti del progetto specifico, in un momento di confronto, sottopongono a valutazione il lavoro svolto affrontando insieme le varie difficoltà e attuando una concreta risoluzione dei problemi.

4) attività di tirocinio presso l'S.P.D.C. di S. M. Nuova e il C.T.I. del Galluzzo.

- Per quanto riguarda il tirocinio, svolto presso il l'S.P.D.C. lo specializzando affianca lo psichiatra strutturato nelle varie attività svolte all'interno del reparto:

- giro visita quotidiano;
- colloqui anamnestici con i pazienti e i loro familiari (progetto raccolta "storie di vita");
- consulenze psichiatriche ai pazienti ricoverati presso altri reparti;
- accoglienza e consulenza dei pazienti arrivati al Pronto Soccorso.

Il tirocinio presso il C.T.I. comprende la partecipazione agli incontri settimanali per la discussione dei casi (invio, contratto e problemi connessi, dimissioni).

Conclusioni

Caratteristica peculiare della formazione svolta sul territorio dell'U.O. sperimentale di Psichiatria a direzione universitaria del quartiere 3 di Firenze è quella di operare in gruppo, quindi lavorare in sinergia e come afferma A. Corrales "il campo del gruppo è costituito dal confluire, in un unico agglomerato di una massa complessa di vissuti, emozioni, pensieri, immagini, sogni, aspettative, forze costruttive e distruttive". Da ciò si evince che nel gruppo entrano in gioco le storie e le esperienze professionali e personali di ogni singolo componente. In tale direzione si dipanano i modelli teorici e la prassi operativa. La presenza sul territorio consente di incontrare un bacino di utenza molto vario a contatto con i vissuti quotidiani esterni all'istituzione stessa che li accoglie. All'interno del gruppo di lavoro, la discussione sui singoli casi, è monito di un susseguirsi di vissuti e dinamiche individuali, di gruppo, della rete sociale di appartenenza.

Il processo di integrazione tra Università e Sistema Sanitario Nazionale per la Salute Mentale

*Giovanni Battista Cassano, Lorenzo Lattanzi, Alfredo Sbrana**

Nell'ultimo decennio il mondo della Psichiatria è molto cambiato. Il superamento delle aspre contrapposizioni si è accompagnato ad una crescita e ad una diffusione di un sapere psichiatrico innovativo. Nei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) operano oggi, fianco a fianco, psichiatri con formazione ed esperienze molto diversificate cosicché il percorso assistenziale, fondato sulla continuità terapeutica, può avvalersi di competenze diverse e di interventi integrati, altamente specializzati. Quanto sopra è il frutto di un avviato processo di integrazione tra i diversi indirizzi culturali e le diverse componenti medico-psichiatriche. Tuttavia è ancora in grande ritardo l'integrazione tra Cliniche Psichiatriche Universitarie e DSM.

Con la Scuola Toscana di Psichiatria si è ufficializzata la collaborazione esistente nei settori della didattica e della ricerca tra le Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU) di Firenze, Pisa e Siena.

La Scuola ha rappresentato un primo passo verso la costituzione di un consorzio tra le Scuole di Specializzazione in Psichiatria, dalle quali dovrebbe originare la Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Toscana con sede a Firenze, Pisa e Siena. Spin-off della Scuola Toscana di Psichiatria è stato il Coordinamento dei Direttori dei DSM e delle Unità Operative di Psichiatria Universitaria della Toscana. Ci auguriamo inoltre che l'integrazione fra la Psicologia Clinica e la scuola Toscana di Psichiatria sia ulteriormente rafforzata. Le iniziative della Scuola Toscana di Psichiatria hanno costituito un importante momento d'incontro, di confronto e di collaborazione, risultato poi determinante per il riavvicinamento tra Università e Sistema Sanitario Nazionale (SSN). La nomina di una commissione per "il Governo della Salute Mentale" da parte dell'Assessore alla Sanità della Toscana ha portato, nei fatti, al superamento del Coordinamento e ha dato nuovo impulso alla collaborazione tra rappresentanti delle diverse aree della Psichiatria; da qui la forte spinta verso l'integrazione tra Università e SSN. L'integrazione dovrà interessare le CPU e i DSM, e dovrà avere ricadute sui diversi Dipartimenti delle AOU e, a livello interaziendale, sui Dipartimenti di Area Vasta.

Per un siffatto processo di integrazione, su così vasta scala, è essenziale che maturi e si diffonda la consapevolezza che, dalla collaborazione stretta tra Università e DSM, deriveranno vantaggi reciproci. In particolare il miglioramento nella qualità dei singoli interventi si accompagnerà ad una crescita professionale di ciascun operatore senza, peraltro, limitare la progressione di carriera di ciascuno. È vero, altresì, che il modello di collaborazione che ci si propone di sviluppare è diretto ad attivare sinergie e potenzialità inesprese e quindi a catalizzare una serie di iniziative nel campo dell'assistenza, formazione e della ricerca altrimenti difficilmente realizzabili. Questa modalità innovativa di collegamento ed interazione, non imposta dall'alto, scaturisce dalla condivisione di obiettivi di reciproca utilità per l'Università, per il SSN e per i Dipartimenti di Area Vasta dell'intera Regione.

Nell'esperienza italiana le CPU presenti nei Dipartimenti Universitari (DU) hanno avuto diverse opportunità di integrazione col SSN:

a) in alcune sedi i DU hanno ottenuto per convenzione dalle ASL la direzione di un intero Dipartimento di Salute Mentale (DSM);

b) in altre, le ASL convenzionandosi con le Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU) hanno assegnato al DU la responsabilità assistenziale di una parte del territorio.

È verosimile che la particolare rigidità dei punti a) e b) sia alla base delle attuali resistenze e dei ritardi nel processo di integrazione tra Università e SSN nell'area della Salute Mentale. Infatti i modelli proposti non sembrano rispettare le tradizioni culturali, la storia e le attività che contraddistinguono le diverse strutture sia dell'Università, sia del SSN, aventi ancora oggi peculiarità legate alle condizioni geografico-ambientali e socio-economiche.

In una grande città, capoluogo di regione (Milano, Firenze, Roma), è possibile ipotizzare l'esistenza di due DSM "forti", ciascuno con una propria dotazione di

* *Università di Pisa - Dipartimento di psichiatria, neurobiologia, farmacologia e biotecnologie*
Azienda ospedaliero-universitaria pisana - U.O. Psichiatria - 1ª Università

strutture e di personale, uno a direzione universitaria, l'altro ospedaliero. Al contrario, la proposizione del secondo modello in piccole città (vedi Pisa, Siena, Perugia), appare difficilmente realizzabile e produrrebbe "doppioni" con il rischio di frammentazione degli interventi. L'obiettivo per le piccole città è invece lo sviluppo di una integrazione dinamica e flessibile, che possa evolvere nel tempo adeguandosi alle diverse situazioni, sia clinico-psicopatologiche sia socio-economiche. Si ritiene quindi giustificata la proposta di:

c) *una terza modalità di convenzione*, che vada oltre la netta suddivisione dell'assistenza nella comunità e che privilegi invece forme di collaborazione e di integrazione flessibile che si avvalgano prevalentemente di protocolli per i percorsi assistenziali e di progetti di ricerca-formazione.

I progetti e i protocolli per percorsi assistenziali concordati tra DU e DSM potranno interessare diversi momenti del percorso assistenziale, dalla prevenzione alla emergenza-urgenza, alla riabilitazione e potranno realizzarsi sia presso le AOU sia presso le strutture del DSM, dal Centro Diurno alle Residenze.

Questo modello si caratterizza per una elevata flessibilità e mira a valorizzare esperienze e competenze maturate nelle diverse sedi. Così operando, poli di riferimento, di alta specializzazione e centri di eccellenza (centri per i disturbi alimentari e di psicogeriatrics, unità per la prevenzione in gravidanza, nuclei di psicofarmacologia clinica e psicoterapia) dovrebbero svilupparsi dal basso ed affermarsi evitando le attuali tendenze autoreferenziali. Un esempio già operativo in questo senso è quello della convenzione esistente tra Dipartimento delle Dipendenze della ASL 5 e Dipartimento di Psichiatria della AOU. Con detta convenzione si è costituito sul territorio pisano un percorso terapeutico-riabilitativo multi-integrato per pazienti con Doppia-Diagnosi. Questo protocollo ha radicalmente cambiato i rapporti tra Università e Dipartimento delle Dipendenze ed ha aperto la via anche ad una collaborazione fruttuosa anche nell'ambito della ricerca e della formazione, vedi l'attuazione di una serie di progetti di ricerca a comune e per la formazione, la partecipazione del SSN alla didattica universitaria, e in particolare, il Master Universitario di secondo livello sul tema "Dipendenze Patologiche".

L'integrazione tra assistenza, formazione e ricerca, deve partire dal coinvolgimento del SSN nel tirocinio per gli studenti in Medicina e Chirurgia, Tecnici di Riabilitazione Psichiatrica e Terapisti Occupazionali e per gli allievi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria che dovranno svolgere parte dell'attività pratica presso le strutture del DSM. Questa attività svolta per il tirocinio da medici del SSN, si aggiunge a quella già in atto mediante incarichi di insegnamento sia per i

corsi di Laurea Triennale, sia per la Scuola di Specializzazione, sia per i Master sia per i Corsi di Perfezionamento. Da tempo, medici e/o psicologi del SSN, assistono alcuni discenti di detti corsi nella ricerca e nella stesura delle tesi di laurea e di specializzazione.

Per quanto concerne la formazione, il Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie dell'Università di Pisa ha attivato numerose iniziative, attuate con il contributo di Docenti Universitari e del SSN:

1) Master in "Scienze Infermieristiche per la Salute Mentale", rivolto alla formazione di Infermieri Psichiatrici.

2) Master dedicato alla "Diagnosi, Trattamento e Prevenzione delle Dipendenze Patologiche" della durata di un anno, rivolto in primis agli operatori della Salute Mentale e dei Dipartimenti delle Dipendenze-Sert. È frutto della collaborazione esistente tra Dipartimento di Psichiatria, AOUP (Pisa) e Dipartimento delle Dipendenze (ASL 5 – Pisa).

3) Master di "Psicoterapia Integrata ad Orientamento Interpersonale" per medici e psicologi, frutto della collaborazione tra Psicologia Clinica e Psichiatria.

4) Corso di Perfezionamento in Psichiatria Penitenziaria, preliminare ad una convenzione con la CC "Don Bosco" di Pisa, rivolta al miglioramento degli standard assistenziali in una popolazione carceraria caratterizzata da elevati coefficienti di psicopatologia e di rischio suicidiario.

5) Psichiatri del SSN sono inoltre parte integrante dei diversi Corsi di formazione e workshop organizzati dalla clinica psichiatrica.

Concludendo, le linee di sviluppo proposte per la integrazione tra Università (AOU) e SSN nei settori della ricerca, formazione e della assistenza sono le seguenti:

1) integrazione flessibile secondo protocolli per percorsi assistenziali e progetti di ricerca condivisi, nel rispetto dell'inscindibilità tra assistenza, formazione e ricerca;

2) coinvolgimento del SSN nelle diverse attività di formazione, da quelle rivolte agli studenti in Medicina e Chirurgia, ai Master e alla Formazione Continua;

3) partecipazione dell'Università e del SSN nei progetti di ricerca di interesse regionale e nazionale e ad altre ricerche finanziate da enti pubblici e privati, compresa la sperimentazione clinica con nuovi farmaci;

4) identificazione, valorizzazione di poli di alta specializzazione e/o di "eccellenza" della AOU e/o del DSM, che si sono distinti in ambito di Area Vasta e/o Regionale;

5) riorganizzazione dei Servizi Psichiatrici Universitari e del DSM all'interno dell'Azienda-Ospedaliero

Universitaria, per i quali si prevedono:

a) *attività ambulatoriali* (incluse le terapie farmacologiche praticate in ambulatorio): visite ambulatoriali, psicoterapie individuali e di gruppo, attività di valutazione psicodiagnostica, follow-up a lungo termine per specifiche patologie, psicoeducazione e riabilitazione;

b) *attività di Day hospital*, per le patologie acute, che ha anche funzioni di filtro nei confronti del ricovero ordinario;

c) *consultazione psicologica e psichiatrica interdipartimentale*: interventi di equipe multiprofessionali per campi specifici (gravidanza, trapianti, obesità, dialisi, oncologia, malattie infettive, etc...);

d) *SPDC*, gestito prevalentemente dal DSM.

Come abbiamo illustrato il processo di integrazione tra Clinica Psichiatrica Universitaria e SSN dovrà attuarsi a diversi livelli cominciando dalla progettazione di Reparti di Degenza (SPDC del DSM e Reparto sovrazonale della AOU) in strutture contigue e strettamente collegate, così da favorire la collaborazione e da assorbi-

re il minor numero di unità di personale infermieristico e medico, quest'ultimo, in particolare, a comune per i turni di guardia attiva e per le emergenze. Saranno riservati al reparto sovrazonale della AOU un numero adeguato di posti letto in SPDC per ricoveri in TSO.

e) *Reparto Sovrazonale*, gestito dal DU;

f) *Servizio di Guardia Psichiatrica*, che si fa carico dell'emergenza-urgenza nelle 24 ore, e che garantisce la guardia attiva in SPDC, nel reparto sovrazonale e nei dipartimenti dell'AOU, gestito in collaborazione tra DU e DSM, collegato con il Pronto Soccorso (PS) della AOU;

g) *Convenzione con il Dipartimento delle Dipendenze* (interessa il Servizio di Consultazione, SPDC e il Reparto Sovrazonale) per la gestione dei casi con doppia diagnosi; Convenzione con l'Istituzione Carceraria per l'assistenza psichiatrica ai detenuti.

Il processo di integrazione proposto dovrebbe valere anche per le attività di assistenza, formazione e ricerca della Psicologia Clinica in Toscana.

Contributo all'avanzamento delle attività superspecialistiche da parte della psichiatria universitaria senese

*Paolo Castrogiovanni**

La psichiatria senese, che nasce come ordinariato solo nel 1995, ha cercato di aderire, nel corso di questi anni, a quell'orientamento della psichiatria moderna che cerca di creare settori operativi d'intervento specifici e di determinarne una fusione stretta con la ricerca. Tale linea di lavoro risponde, da una parte, all'invito delle Aziende a incentivare le attività super-specialistiche, dall'altra, agli obiettivi che la psichiatria, così come tutte le altre discipline mediche, s'impone per il raggiungimento di migliori risultati.

Negli ultimi anni il nostro interesse ha privilegiato settori di ricerca piuttosto vari, primo fra tutti il capitolo dei Disturbi d'Ansia, nell'ambito del quale si è teso a delineare protocolli d'intervento specifici e attivare linee di ricerca sul piano clinico-biologico, dedicando però anche notevole attenzione all'approfondimento psicopatologico. Da tale interesse è nato, tra l'altro, un volume "Le diverse manifestazioni dell'ansia e della paura" in cui l'ansia è stata indagata in tutte le sue numerose modalità espressive.

Nell'ambito dell'attività sui Disturbi d'Ansia è nato, nel 2002, il "Centro per lo studio e la terapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)", che si è andato a definire come uno dei principali in Italia, fino a diventare, nel corso dell'ultimo anno, la struttura di riferimento per le vittime sopravvissute al terrorismo e per i loro familiari. L'attività assistenziale nei confronti di un numero crescente di pazienti ha permesso di sviluppare numerosi aspetti relativi al DPTS, tra i quali rendere più agevole la diagnosi, contribuire ad una migliore definizione della traumaticità dell'evento, approfondire i correlati neurobiologici, valutare l'efficacia degli interventi terapeutici psicofarmacologici e psicoterapici specifici, con particolare riferimento alla Eyes Movement Reprocessing and Desensitization (EMDR).

Un altro centro è quello per lo studio e la terapia del Disturbo di Panico (DP). Esso nasce allo scopo di approfondire gli aspetti diagnostico-terapeutici ed etiopatogenetici, focalizzando la ricerca su di un disturbo molto frequente nella popolazione generale, nonchè spesso associato a condizioni mediche. La fre-

quente co-presenza di DP e patologie organiche e la sovrapposizione sintomatologica tra questi ci ha indotto ad una stretta collaborazione tra gli specialisti dei vari settori, con un'attività di consulenza psichiatrica organizzata e strettamente integrata, sia nell'ambito del singolo paziente, sia a livello di informazione e formazione del personale sanitario.

In particolar modo vengono analizzati gli aspetti neurobiologici ed eziopatogenetici del DP, occupandosi del coinvolgimento dell'apparato cardiovascolare e delle modificazioni delle catecolamine periferiche in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze Immunologiche dell'Università degli Studi di Siena.

Le numerose osservazioni sul coinvolgimento della luce come mediatore del DP ci hanno indotto, inoltre, ad approfondire i meccanismi patogenetici alla base della cronobiologia di questo disturbo, instaurando una stretta collaborazione con la Sezione di Oculistica dell'Università degli Studi di Siena.

Infine, poiché il DP può determinare un marcato disagio soggettivo, compromettere pesantemente il funzionamento sociale e lavorativo e accompagnarsi frequentemente a complicanze, la nostra ricerca si è concentrata anche sulla valutazione della qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti.

Fin dai primi anni la psichiatria universitaria senese si occupa, inoltre, del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), sia da un punto di vista psicopatologico, che neurobiologico. Sono utilizzati routinariamente due questionari specifici finalizzati, rispettivamente, alla evidenziazione di eventuali sottotipi sintomatologici e alla valutazione psicopatologica dell'astenia nei pazienti affetti da DOC. Parallelamente lo studio di brain imaging permette di evidenziare, in questi soggetti, le particolari disfunzioni cerebrali e cerebellari. La ricerca, inoltre, si è indirizzata al dosaggio delle beta-endorfine linfocitarie finalizzato ad individuare l'eventuale coinvolgimento del sistema oppioide nella patogenesi del DOC.

*Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria
Università degli Studi di Siena*

Un altro settore di attività è quello relativo alle condotte alimentari, intesa, soprattutto, come reciproci rapporti tra alimentazione e psichiatria. In questo ambito, tramite una stretta collaborazione con specialisti endocrinologi e chirurghi dell'Università di Siena, vengono indagati gli aspetti psicopatologici dell'obesità, che rappresenta una condizione molto eterogenea sia da un punto di vista medico, sia nella sua componente psicologica e psichiatrica, e che oggi assume sempre maggiore rilievo.

Un altro problema cruciale oggi, per le importanti ripercussioni che ha sulla compliance, sulla salute e sulla qualità della vita dei pazienti in trattamento, è il fenomeno dell'incremento ponderale secondario all'uso di psicofarmaci. Sulla base di quanto è stato fin'ora pubblicato, la Psichiatria Universitaria di Siena, in collaborazione con l'Università di Pittsburgh, sta tentando di approfondire molti aspetti di questo argomento, tra i quali l'incidenza di effetti metabolici avversi in pazienti trattati con farmaci psicotropi, l'individuazione delle molecole farmacologiche più frequentemente associate a sovrappeso ed obesità, la valutazione delle correlazioni presenti tra le variazioni di peso, le modificazioni dei profili comportamentali, i parametri biologici e la durata della malattia, al fine di scoprire su quali target e con quali meccanismi agiscono i diversi psicofarmaci.

Negli ultimi anni la valutazione dei fattori di rischio psicopatologico nelle donne in gravidanza e nel post-partum, e più in generale sui rapporti intercorrenti tra psichiatria e ciclo riproduttivo femminile, ha ricevuto un'attenzione particolare.

È ormai ampiamente accertato come la prevenzione delle patologie psichiche nel periodo del post-partum, mediante, per esempio, l'individuazione tempestiva dei fattori predittivi, debba costituire un fine primario da perseguire da parte di vari specialisti medici. Infatti, nel corso della vita riproduttiva della donna, possono manifestarsi alcuni sintomi sottosoglia o comunque essere presenti caratteristiche socio-demografiche, anamnestiche, etc., tali da configurare un profilo individuale di rischio e richiedere una strategia preventiva di attento monitoraggio clinico.

Durante il ciclo mestruale e specialmente durante la fase premestruale la donna può, poi, lamentare alcuni sintomi di ordine sia fisico che psichico che, in circa il 50% delle donne in età fertile, configurano la cosiddetta Sindrome Premestruale, mentre in circa il 5% dei casi il Disturbo Disforico Premestruale. D'altra parte, nella fase di transizione menopausale la donna può esperire, oltre agli usuali sintomi fisici, anche alcuni sintomi psichici, fino alla comparsa di

lievi quadri depressivi frammentari a varie manifestazioni ansiose. Tali importanti aspetti, così come quelli relativi ai possibili fattori psichici che contribuiscono alla sterilità di coppia, sono oggetto di una collaborazione con la ginecologia dell'Università di Siena.

I disturbi psichiatrici che caratterizzano l'età dello sviluppo (in particolare i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo) e le loro possibili proiezioni nell'età adulta sono state per troppo tempo ignorate dagli psichiatri che si occupano prevalentemente degli adulti. Infatti questi disturbi tendono a persistere nel tempo, anche se spesso assumono manifestazioni più sfumate, confondibili con altri disturbi psichiatrici, oppure si presentano in comorbidità, rendendo la diagnosi e l'approccio terapeutico molto più complesso.

La nostra attenzione si è concentrata, in particolare, sulla Sindrome di Asperger e, successivamente, sul Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), valutando pazienti afferenti alla Neuropsichiatria Infantile dell'Università di Siena, per approfondire gli studi relativi alle difficoltà di interazione sociale che inevitabilmente questi soggetti presentano, indagando dimensioni come l'empatia, la reciprocità, il cosiddetto Quoziente autistico ed altre. In tale attività vengono, inoltre, valutati pazienti adulti, al fine di individuare le "tracce" persistenti di una patologia insorta nell'infanzia e spesso mascherata da quella attuale.

Dato il crescente interesse della comunità scientifica verso lo studio dei substrati fisiopatologici dei disturbi psichiatrici, sono stati attivati, in collaborazione con i colleghi della Neurologia, dei protocolli che si avvalgono dell'utilizzo della Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (rTMS). Tale metodica di stimolazione cerebrale non invasiva, da tempo utilizzata nella routine diagnostica neurofisiologica, sembra poter fornire utili informazioni riguardo alle presunte alterazioni funzionali dei suddetti disturbi, e sembra inoltre poter avere anche spiccate proprietà terapeutiche. L'estrema maneggevolezza e la relativa scarsità di effetti collaterali di tale tecnica rende ragione dei sempre più numerosi protocolli di ricerca che prevedono l'utilizzo della rTMS in ambito neuropsichiatrico e non. Inoltre, sulla base dei dati derivanti dai più recenti studi di neuroimaging relativi alle alterazioni metaboliche presenti in specifiche aree cerebrali nei vari disturbi psichiatrici, risulta possibile utilizzare la rTMS per modulare le alterazioni funzionali caratteristiche di ciascun quadro psicopatologico. Sono attivi protocolli mirati all'impiego della rTMS in disturbi psichiatrici quali la Depressione Maggiore, il Disturbo Ossessivo Compulsivo ed il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività.

Tali protocolli, svolti in collaborazione con altri centri di ricerca nazionali ed internazionali, sono mirati a chiarire gli eventuali benefici derivanti dall'utilizzo della rTMS.

La terapia della Luce, o Fototerapia, consiste nell'esposizione programmata di un individuo ad una fonte di luce artificiale. Questa metodica non invasiva, riconosciuta dall'American Psychiatric Association e dal National Institute of Mental Health, viene da molti anni utilizzata nel trattamento del Disturbo Affettivo Stagionale (SAD). Dati recenti hanno supportato l'impiego della light therapy in disturbi psichiatrici diversi dalla SAD, in particolare sui sintomi nucleari della depressione unipolare non stagionale, sulle Disfunzioni Sessuali primarie o in comorbidità con un altro disturbo psichiatrico.

L'esperienza clinica insegna come, durante il trattamento con SSRI, molti pazienti vadano incontro, oltre che alla remissione dei sintomi, a cambiamenti che riguardano tratti caratteriali, modalità di relazionarsi agli altri, atteggiamenti verso se stessi e la vita. Questo, se da un lato può essere il risultato della scomparsa della patologia che condiziona tutto il modo di vivere ed essere della persona, dall'altro potrebbe dipendere dall'azione stessa del farmaco e della sua efficacia al di là del nucleo sintomatologico del disturbo. Pertanto un obiettivo di ricerca è quello di tentare di dare un riscontro quantitativo preciso a tali osservazioni empiriche, analizzando le modificazioni personologiche in corso di trattamento con farmaci antidepressivi.

Negli ultimi decenni si è assistito, in modo sempre più imperante, all'affermarsi del concetto di Qualità della Vita e al tentativo di analizzarlo e definirlo in maniera universalmente accettata. L'originalità del nostro approccio a questo argomento, consiste nello studio delle relazioni della Qualità della Vita, non soltanto con la patologia conclamata, ma con la presenza di sintomi di spettro e con gli schemi cognitivi prevalenti, tema questo che non è stato fino ad oggi oggetto di indagine. Sempre nell'ambito della Qualità della Vita si sono intraprese collaborazioni con altri dipartimenti dell'Università di Siena per valutare questo parametro, in relazione con la eventuale presenza di elementi di spettro e con gli schemi cognitivi prevalenti, in soggetti con patologie somatiche croniche (reumatiche, ginecologiche, dell'apparato respiratorio, gastroenterico e vestibolare).

La ricerca psicosomatica più recente ha dimostrato che componenti psicologiche possono svolgere un ruolo importante in qualsiasi tipo di malattia e possono essere individuate in qualsiasi ammalato, con un

ruolo ora più dichiaratamente eziopatogenetico, ora più genericamente facilitante o scatenante, ora condizionante il decorso e la durata della malattia, ora influenzante la prognosi e la risposta al trattamento. In base a queste considerazioni la nostra clinica ha attivato molteplici collaborazioni con altri settori specialisti per analizzare il problema del rapporto fra patologia somatica e psichiatrica.

Con il reparto di Otorinolaringoiatria dell'Università di Siena si valuta la Qualità della Vita e la presenza di una eventuale comorbidità psichiatrica in pazienti afferenti all'ambulatorio di Vestibologia, in riferimento alla evidenza della associazione tra patologie di pertinenza otorinolaringoiatrica e disturbi di natura psichiatrica, anche se ad oggi non è ancora chiaro il nesso patogenetico esistente tra queste due condizioni morbose. In tutti i soggetti afferenti all'ambulatorio della vestibologia viene valutata sia la presenza di patologie otoiatriche organiche e/o funzionali, sia quella di patologie psichiatriche definibili in ambito categoriale e/o sottosoglia. Scopo ulteriore è quello di analizzare questa associazione in termini epidemiologici, psicopatologici e clinici con particolare attenzione a quella categoria di pazienti in cui la vertigine, non giustificata dalla presenza di evidenze clinico strumentali obiettivabili, sembra essere l'espressione di una sintomatologia di tipo panico-agorafobico sottosoglia.

In collaborazione con la sezione di Malattie Respiratorie dell'Università degli Studi di Siena vengono analizzate la Qualità della Vita e la psicopatologia dei pazienti affetti da Sarcoidosi. Questa malattia cronica, con prognosi mal valutabile dai sintomi, spesso incide sullo stato emotivo del paziente che ne è affetto, fino a comprometterne pesantemente il funzionamento sociale e lavorativo e a presentarsi in comorbidità con patologie psichiatriche, quali Disturbi d'Ansia o dell'Umore.

La nostra attenzione si sta poi focalizzando anche sui soggetti affetti da Fibrosi polmonare e sulla psicopatologia dei pazienti trapiantati di polmone, con una stretta collaborazioni con psicologi, pneumologi e chirurghi toracici dell'Università di Siena.

Nella pratica clinica psichiatrica esiste un'evidente connessione fra psicopatologia e disturbi della sfera sessuale: i rapporti sono talmente stretti che spesso risulta arduo identificare con sicurezza una linea di confine e, ancora più difficoltoso, stabilire un nesso di causa-effetto fra i due ambiti patologici. Appare pertanto evidente la necessità per gli psichiatri, che sono le figure più spesso chiamate a gestire la valutazione ed il trattamento di questi problemi, di indagare la sessualità di ogni paziente, così da far emerge-

re i sintomi sessuali e individuare il rapporto esistente con le varie fasi dei disturbi psichiatrici, non tanto in termini categoriali, ma affrontando il problema in un'ottica più dimensionale. Il sintomo sessuale, infatti, può non rappresentare in termini di frequenza una diagnosi a sé stante, ma un aspetto transnosografico che potrebbe assumere caratteristiche qualitative primariamente diverse a seconda della categoria diagnostica o della terapia cui è secondario. In collaborazione con la sezione di Urologia dell'Università degli Studi di Siena viene indagata la relazione esistente tra Disfunzioni Sessuali, Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia e collateralità degli psicofarmaci, al fine di adottare la migliore strategia terapeutica.

Siamo attualmente impegnati anche in un protocollo di ricerca multidisciplinare, in collaborazione con i colleghi della Neurologia, il quale prevede la valutazione di eventuali patologie psichiatriche conclamate e/o sottosoglia in un campione di soggetti affetti da Sclerosi Multipla (SM). Ad oggi infatti, nonostante che nei pazienti affetti da SM sia stata più volte segnalata la necessità di trattamento psicofarmacologico per la gestione di quadri psicopatologici complessi, non sembra ancora chiara, la reale incidenza di disturbi psichiatrici, soprattutto nel periodo di tempo che va dai primi sintomi neurologici alla conferma diagnostica di SM.

Antica tradizione della Psichiatria senese è l'attività di ordine neuropsicologico e riabilitativo che fa capo uno specifico gruppo operativo, il quale opera valutazioni neuropsicologiche approfondite su pazienti psichiatrici, con particolare riferimento agli psicotici e ai soggetti con verosimili disturbi della sfera cognitiva. Tale gruppo, che si avvale anche di uno specifico Centro Diurno educativo collocato nell'abitato senese e della collaborazione di un logopedista, svolge sia un'attività riabilitativa mirata, sia interventi riabilitativi di carattere più generale.

Da più di dieci anni è stato dato vita ad un centro per le patologie psichiatriche alcool-correlate in cui i pazienti vengono seguiti in un lungo percorso che va dal ricovero presso l'Unità Operativa di Psichiatria Universitaria, (di durata breve, in genere non più di una settimana), attraverso un successivo percorso ambulatoriale in cui vengono trattate le eventuali patologie psichiatriche conclamate o sottosoglia correlate con l'abuso alcolico, fino, dove necessario, all'inserimento dei pazienti negli specifici gruppi per alcolisti.

Ci sembra che questa vasta rosa di attività sia riuscita in uno dei compiti fondamentali dell'operare universitario, quello cioè di fondere assistenza e ricerca in un circuito virtuoso di rimandi significativi.

Questa modalità si è rivelata, fra l'altro, particolarmente proficua per stabilire solidi rapporti con i colleghi di altre discipline, tradizionalmente non facili a causa di una loro persistente diffidenza nei confronti della nostra disciplina. Siamo infatti convinti che il futuro della psichiatria sta anche nella capacità che questa avrà di proiettarsi in tutti questi settori medici che di essa avrebbero bisogno e della quale, invece, altrettanto spesso rifiutano aprioristicamente l'utilità.

Non sembri eccessivo e dispersivo il numero di temi affrontati poiché è nostra convinzione che la psichiatria debba uscire, quanto più possibile, dal suo guscio troppo spesso limitato ai gravi psicotici, per sviluppare, invece, specifici settori di intervento su altrettanto specifiche problematiche cliniche. Nello stesso tempo riteniamo utile che la nostra disciplina faccia conoscere a colleghi e pazienti il suo vero volto, e non quello connotato dal diffuso pregiudizio che identifica a tutt'oggi troppo spesso la psichiatria con la follia e con mezzi d'intervento contenitivi.

Il modello toscano per la salute mentale

*Massimo De Berardinis, Angela Valtancoli**

Il Modello Toscano per la Salute Mentale nasce, come modello organizzativo dei servizi territoriali ed ospedalieri alternativi al manicomio, in applicazione della Legge 180 e viene sancito, nella nostra Regione, a partire dal primo Piano Sanitario Regionale.

Tale modello è stato applicato e si è sviluppato, nel corso di quasi trent'anni, nei Dipartimenti di Salute Mentale della Toscana attraverso il continuo confronto di esperienze tra migliaia di operatori, utenti, famiglie, organizzazioni di volontariato, Enti, Servizi della Regione ed altri soggetti della comunità sociale. Nel tempo, le attività per la tutela della Salute Mentale si sono venute diversificando, nel rispetto del principio della continuità terapeutica, in un modello integrato della "presa in carico" basato sul lavoro di un'équipe multiprofessionale unica operante sia a livello territoriale che ospedaliero.

È legittimo parlare di Modello Toscano in quanto questa è la definizione che ne ha dato la letteratura psichiatrica dell'epoca della Riforma, ma anche in quanto esso si differenzia specificatamente da altre forme organizzative basate sulla separatezza delle équipes di ogni singolo presidio (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Diurno, Residenze); nel Modello Toscano, infatti, i Servizi di Salute Mentale si definiscono come rete completa e differenziata di presidi psichiatrici, integrata funzionalmente da un unico gruppo di lavoro multiprofessionale, con riferimento ad un bacino di utenza definito ed identificato dalla continuità antropologico-territoriale; quindi comunità locali circoscritte per popolosità ed omogenee per storia, stratificazione sociale, attività socio-economiche, insediamento urbanistico.

Il Modello si caratterizza inoltre per la dimensione comunitaria dei servizi, rivolti ad ogni patologia e ad ogni classe di età, con lo scopo di promuovere la salute mentale in tutto il territorio, in funzione dei bisogni reali dell'utenza. È compito specifico dei servizi tutelare la salute mentale della comunità di riferimento tramite la realizzazione di progetti di cura,

riabilitazione e prevenzione.

Il paradigma teorico di riferimento è quello bio-psico-sociale, in cui le variabili in gioco attengono all'ambiente sociale e relazionale, alle caratteristiche intrinseche della personalità del soggetto ed al suo pattern genetico-biologico.

La rete dei presidi (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Diurno, Strutture Riabilitative Residenziali) facenti capo a un unico servizio permette di costruire una continuità fra servizio e comunità locale, radicandolo in essa e attrezzandolo a dare risposte appropriate a bisogni complessi, attraverso la dotazione multiprofessionale delle équipes curanti (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale). La multidisciplinarietà dell'équipe favorisce la decodifica della complessità dei bisogni bio-psico-sociali del paziente nel contesto della realtà territoriale a cui appartiene e facilita la costruzione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato in grado di utilizzare la rete dei presidi a seconda delle singole necessità. Il gruppo di lavoro viene così a configurare un gradiente operativo che partendo da figure professionali specifiche per interventi di tipo terapeutico si spinge sino a coinvolgere soggetti sociali, formali ed informali, attivati sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo, cui compete la funzione di garantire l'integrazione nella comunità sociale di riferimento.

Lo strumento fondamentale per il lavoro clinico è rappresentato dalla relazione terapeutica professionale, una competenza che, onde evitare che si riduca a mero spontaneismo, richiede una formazione tecnica continua e specifica di tutti gli operatori.

La concezione poi del disturbo psichico, inteso come fenomeno dinamico-evolutivo e non statico, impone un'attenzione del tutto particolare nei confronti della dimensione temporale dei processi terapeutico-riabilitativi con necessari momenti di verifica e di eventuale ridefinizione dei progetti di cura. Il

Coordinamento degli Psichiatri Toscani
<http://coordpsitoscano.objectis.net/>

modello di operatività dell'équipe multiprofessionale risulta quindi coerente con una tipologia di intervento che si basa sulla costruzione di un percorso specifico per la persona: aperto, flessibile, che tiene conto del contesto, e quindi polifonico ed articolato sulle differenze.

Ogni intervento, in sintesi, è orientato a promuovere *l'autonomia delle persone all'interno di percorsi di normalità*, contrastare l'istituzionalizzazione, la discriminazione e l'emarginazione, sostenendo il valore della cittadinanza e, favorendo in primis l'uscita dai servizi, l'integrazione nella comunità sociale.

Un modo di operare così concepito non può certo essere separato dal contemporaneo agire in ambito preventivo. È infatti proprio attraverso l'agire preventivo che i circuiti sociali di vita si rendono accessibili e permeabili ai percorsi terapeutico-riabilitativi. La prevenzione non si attua soltanto con gli screening di massa o con l'educazione sanitaria negli ambienti di aggregazione sociale, bensì anche e soprattutto attraverso la promozione della salute nei luoghi e nei gruppi sociali a rischio.

Elementi fondamentali per raggiungere questi obiettivi sono la flessibilità conoscitiva, la multidimensionalità, ricchezza e diversità delle conoscenze, da aggiornare nella specificità del contesto e della relazione. La complessità del reale comporta una conoscenza in continua evoluzione ed occorre recuperare ed utilizzare tutti i saperi disponibili, realizzando sintesi sempre nuove (World Psychiatric Association, Il Cairo, 2005).

Nell'insieme dei servizi toscani, laddove il modello ha trovato applicazione, esiste di fatto questa complessità, diversità e multidimensionalità di conoscenze, stratificate dall'esperienza e dai risultati ottenuti, che rappresentano oggi un patrimonio irrinunciabile.

Il *Coordinamento degli Psichiatri Toscani* è nato a Monteriggioni (SI) il 3 maggio 2005, alla presenza di rappresentanti di circa il 70% dei servizi della Toscana. Oltre 150 psichiatri dei servizi pubblici della Toscana hanno spontaneamente aderito al Coordinamento sottoscrivendo il documento che riafferma il Modello Toscano per la Salute Mentale. È utile sottolineare che questi psichiatri si differenziano fra loro per storie professionali, ruoli istituzionali e percorsi formativi; molti tra quanti hanno contribuito a fondare questo Coordinamento non hanno partecipato, per età, ai movimenti storici che hanno portato alla chiusura dei manicomi, alla istituzione dei Servizi Territoriali di Salute Mentale ed alla prima definizione del Modello Toscano; nonostante ciò essi

sentono la necessità di proseguire insieme un lavoro già iniziato da altri, verificato, arricchito e innovato alla luce delle nuove conoscenze tecnico-scientifiche e della pratica quotidiana nel Servizio Pubblico.

I motivi che hanno spinto tanti professionisti a riunirsi in coordinamento sono molteplici.

Pur essendo ormai trascorsi quasi 30 anni dalla Legge 180 i contenuti organizzativi e culturali della riforma non hanno ancora trovato sufficiente applicazione nel contesto dell'intero territorio regionale, persistendo a tutt'oggi numerose situazioni di criticità.

In questi ultimi anni inoltre le mai sopite istanze di controllo sociale si sono sommate ad una minore disponibilità economica, alle carenze strutturali e tecniche di alcuni servizi toscani, alla ristrutturazione aziendalistica della sanità e, non ultimo, ad un progressivo allentamento nella società civile della tensione culturale e politica rivolta al mantenimento dello Stato Sociale. La consapevolezza dell'importanza del modello unitario nell'organizzazione dei Servizi di Salute Mentale, che negli anni '80 e '90 sembrava scontata, si è venuta allentando anche all'interno della rappresentanza tecnico-politica a causa del ricambio generazionale e sulla spinta determinata dall'urgenza di contenere i costi dell'intera sanità. Alla definizione di questa realtà non è rimasta estranea neppure l'imprenditorialità spesso deregolatrice dei Direttori Generali lontani dalla cultura della cura e troppo pressati dalle logiche aziendali e di mercato.

Il mutato contesto culturale ha facilitato di recente il profilarsi di ulteriori gravi criticità quali:

- l'apertura a modelli organizzativi estranei alla storia e alla cultura dei nostri servizi, come ad esempio al "modello triestino", un modello (di altissimo costo applicativo) che frantuma la continuità terapeutica attraverso la separatezza delle équipe dei presidi, che enfatizza eccessivamente la dimensione assistenziale a scapito dei processi di autonomia e cambiamento finendo col favorire la cronicizzazione degli utenti nel ruolo di pazienti; in merito si considerino solo gli effetti di "neo-istituzionalizzazione" e di "custodialismo" territoriale conseguenti alla disposizione di "ricoveri" nei cosiddetti CSM 24 ore invece che negli Ospedali Generali!

- proposte di funzionamento difformi dal modello, quali l'ipotesi di separare i percorsi di cura, creando le "filieri" dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, dei Centri di Salute Mentale e delle Strutture Residenziali che scardinerebbero l'unitarietà del sistema.

- la torsione a cui il modello è sottoposto oggi in Toscana per effetto di spinte contrastanti provenienti

da una parte dall'articolazione zonale dei servizi territoriali e dall'altra dalla progressiva centralizzazione di quelli ospedalieri a livello aziendale o addirittura – nel prossimo futuro – a livello di area vasta; un'organizzazione sostenuta come misura di razionalizzazione dei costi, ma non dimostrata sotto il profilo economico né articolata su alcuna riflessione di valore tecnico-scientifico.

In conclusione è accaduto che, laddove il Modello Toscano è stato disatteso, per motivi diversi e specifici di ogni singola realtà, venissero proposte soluzioni ritenute da noi psichiatri involutive rispetto al patrimonio esperienziale, culturale, organizzativo e scientifico dei nostri servizi, maturato negli anni successivi alla Legge di riforma del Servizio Sanitario Nazionale.

Questi avvenimenti hanno profondamente colpito gli operatori di numerosi servizi ed hanno fatto emergere una fortissima volontà di confronto per trovare soluzioni condivise, da cui ha avuto origine un documento comune, che ribadisce le linee generali del Modello Toscano, allo scopo di preservarne l'unitarietà culturale e tecnico-scientifica nel passaggio generazionale, arricchita dall'evoluzione delle conoscenze e dall'esperienza maturata nell'arco di trenta anni di operatività. . Questi sono i contenuti fondanti e irrinunciabili dell'organizzazione dipartimentale della salute mentale in Toscana che intendiamo sviluppare nella prospettiva delle Società della Salute, anche tramite la interlocuzione attiva con gli amministratori e i politici a livello locale e regionale.

Il ritorno a questa consapevolezza è per noi di

importanza fondamentale. Se l'unitarietà dei servizi si spezzasse, se le minacce di semplificazione e di frammentazione si realizzassero, si annullerebbero la unicità dell'equipe multidisciplinare, il rapporto con la comunità di appartenenza, l'integrazione e la continuità dei percorsi di salute. Ciò aumenta a nostro avviso il rischio di inaridimento delle capacità terapeutiche dei servizi, con importanti conseguenze sul piano della cronicizzazione e quindi della neo istituzionalizzazione dei pazienti.

Il Coordinamento degli Psichiatri Toscani ha tenuto il suo primo congresso il 26 maggio 2006 a Siena ed ha in programma la realizzazione del secondo congresso a Firenze nel 2007.

Sta promuovendo un lavoro di monitoraggio e verifica di qualità tra pari su diversi temi (valutazione delle modalità organizzative dei singoli servizi; delle risorse impegnate per la riabilitazione e la prevenzione; dei ricoveri, dei trattamenti sanitari obbligatori, dell'indice di proiezione territoriale: prevalenza trattata/ospedalizzata; dei progetti di valutazione dell'efficacia a breve e lungo termine dei vari trattamenti) .

Il Coordinamento è inoltre impegnato a promuovere il coinvolgimento e la partecipazione delle altre professionalità, degli utenti, delle famiglie, del volontariato, affinché si realizzi un autonomo Coordinamento Toscano per la Salute Mentale.

Infine è impegnato in contatti con i colleghi di altre Regioni, allo scopo di discutere e promuovere la nascita e lo sviluppo di un Modello Italiano per la Salute Mentale di Comunità.

La cultura tecnico organizzativa delle U.O.C. di psicologia: spunti di riflessione

*Paolo Nascimbeni**, *Enrico Salvi***

L'unitarietà aziendale dell'U.O.C. Psicologia, stabilita dal P.S.R. della Regione Toscana, dovrebbe essere assicurata dall'organizzazione interna di ciascuna Azienda, sulla base di Statuti e Regolamenti, rispecchiando le singole specificità, pur nel comune riferimento al quadro normativo regionale. La vastità delle aree di competenza e la molteplicità degli interventi psicologici richiede che sia assicurata unitarietà, organicità e continuità all'attività psicologica nell'Azienda.

In questo senso è un falso problema porsi il quesito se la nostra disciplina e funzione operativa sia all'interno o meno del Dipartimento di Salute Mentale dato che partecipa alle attività di tale Struttura come partecipa alle attività di altre Strutture stanti l'univocità delle Aziende sanitarie.

Per esemplificare questo concetto è sufficiente esaminare una serie di connessioni che l'U.O.C. di Psicologia ha sia all'interno del DSM sia con altre organizzazioni aziendali.

Per connessioni intradipartimentali basti considerare i rapporti che sono necessari, nell'ambito della Salute Mentale, tra chi si occupa di Infanzia ed Adolescenza e chi si occupa degli Adulti: l'età di confine tra i due settori, i disturbi del comportamento alimentare, la continuità dei programmi terapeutico riabilitativi ne sono gli esempi più immediati.

Le consulenze ed i ricoveri ospedalieri sono un esempio di connessioni interdipartimentali, le problematiche dell'alta integrazione socio sanitaria richiedono connessioni anche con la rete sociale ed i Servizi Sociali Comunali, l'approntamento di Parg, PEI, l'applicazione della L.104/92 ci portano a continui rapporti con il GOIF e l'istituzione Scolastica, i rapporti con il Tribunale per i Minorenni sono un esempio che coinvolge la Psicologia della Salute Mentale ma anche quella Consultoriale o quella del Dipartimento delle Dipendenze.

È pertanto semplicistico e fuorviante chiedersi dove si collochi una disciplina così trasversale. Per tale trasversalità la collocazione è, per definizione ubiqua; perché non sia anche indefinita e confusa è invece

utile, come detta il PSR, "assumere le iniziative necessarie per promuovere nelle aziende sanitarie modalità organizzative finalizzate ad assicurare l'effettiva integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e tra strutture che erogano servizi a diversi livelli di complessità, per superare la frammentarietà degli interventi, con un approccio orientato alla totalità della persona e al principio della continuità del percorso assistenziale". Proprio a tal fine, il Direttore dell'U.O.C. Psicologia, come avviene in talune A.USL, dovrebbe valutare, assieme alla Direzione aziendale, le richieste di presenza di Psicologi nelle diverse articolazioni organizzative aziendali per un utilizzo ottimale delle risorse.

Questi concetti, sufficientemente semplici e lineari, sono spesso percepiti ed interpretati come inutilmente complessi. La Psicologia rivendicherebbe, infatti, un'autonomia frazionante l'organizzazione e, in nome di una sorta di corporativismo della categoria professionale, minaccerebbe l'integrazione tra gli operatori ed un idoneo intervento nell'interesse dell'utenza.

Tutto ciò, ovviamente non è vero ma si è sempre scelta una lettura riduzionistica della specificità organizzativa della Regione Toscana (L.R.72/2005), vale a dire l'intreccio tra Strutture organizzative professionali e Strutture organizzative funzionali. Basta considerare che le strutture professionali sono l'insieme di professionalità omogenee attinenti ad una specifica funzione operativa e che, pertanto, le Unità operative sono dotate di piena autonomia tecnico professionale e sono direttamente titolari di una funzione operativa mentre le strutture funzionali sono l'insieme di

**Direttore U.O.C. Psicologia anche in ambito ospedaliero. Responsabile Sezione di Psicologia ospedaliera. Responsabile Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. Zona di Arezzo - Azienda U.S.L. n. 8 Arezzo*

***Direttore U.O.C. Psicologia. Responsabile Staff Direzionale. Direttore U.O.C. Controlli di gestione - Azienda U.S.L. n. 12 Viareggio*

più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività, siano Dipartimenti operativi o di Coordinamento tecnico scientifico, Aree o Unità funzionali.

Il modello è complesso, senza ombra di dubbio, applicarlo comporta fatica e negoziazioni ma, proprio per questo, un intervento sistemico sulla complessità è l'unica maniera di governare un processo organizzativo, nella finalità di un impiego efficiente ed efficace delle risorse umane e professionali.

Rispetto alle altre figure sanitarie, siamo accomunati dalla dimensione della prevenzione, cura e riabilitazione ma, ovviamente, abbiamo una specificità della nostra cultura che oltre a rivendicare come irrinunciabile, consideriamo come uno dei fattori di potenziale cambiamento della "cultura" della Sanità Pubblica.

La Psicologia è nata come studio di dimensione "normale", intesa come dimensione "non connotata" da una patologia e negli ultimi anni vi è stato un recupero della competenza di promozione della salute e di empowerment. Tale "recupero" ha portato a considerare con maggiore attenzione la dimensione del disagio, l'analisi dei nuovi fenomeni di malessere *non patologico*, individuale e collettivo, gli snodi nei cicli di vita di singoli e gruppi. Considera la persona come trama di connessioni, nella continua ricerca di un'armonia funzionale tra corpo sessuato, emozioni, cognizioni, azioni-linguaggio, habitat, biografia, rapporti istituzionali e relazionali nei singoli ambiti di vita e di lavoro.

Psicologica è la capacità di tenere presenti contemporaneamente queste variabili, con un agire professionale in grado di cogliere le connessioni ed i reciproci rimandi da una all'altra, e tutto ciò è specifico di una cultura, quella psicologica che, pur assunta anche da altre culture professionali, è mutuata dalla Psicologia stessa.

I sostanziali cambiamenti della domanda dell'utenza di intervento psicologico, con particolare attenzione a momenti del ciclo di vita ci hanno convinto che le richieste di intervento sulla patologia non sono più *l'unico* campo elettivo del nostro intervento. Conseguentemente, l'organizzazione dell'offerta, dovrà essere sempre più centrata, per la nostra disciplina e per tutto il Sistema Sanitario, sul paradigma della promozione della salute, della sostenibilità delle cure, per realizzare la continuità dei percorsi assistenziali attraverso l'attenzione alla relazione di cura col paziente ed alla ricomposizione degli interventi delle varie figure professionali. Per la nostra cultura e per quanto mutuato da essa dalla moderna cultura della Sanità, noi riteniamo di avere una forte potenzialità

di cambiamento. Ad esemplificazione di ciò riteniamo che quanto previsto dal vigente Piano Sanitario Regionale che prevede, nel repertorio dei Servizi, la Funzione operativa di "Psicologia, anche in ambito ospedaliero", con la soglia di una Struttura a livello aziendale, vada declinato come necessità di intervento sull'intera dimensione organizzativa dell'Azienda Sanitaria, soprattutto ove essa si articola in più Zonedistretto, con la finalità di migliorarne l'efficacia e l'efficienza, nello scenario anche delle Società della salute.

Oltre ai tradizionali interventi clinici nei diversi settori di attività territoriali ed ospedalieri (salute mentale, neuropsicologia e disabilità, dipendenze, materno-infantile, cure palliative, ecc.) le competenze psicologiche sono richieste per l'accreditamento e qualità, il rischio clinico, la promozione e sviluppo della salute psicologica dei lavoratori, il benessere organizzativo, il mobbing, la comunicazione, l'incremento e la valorizzazione del processo formativo.

Per tornare al "falso problema" della collocazione dell'U.O. di Psicologia all'interno o meno del Dipartimento di Salute Mentale e considerando la valenza aziendale della medesima, riteniamo che la funzione di programmazione dell'U.O. debba essere assicurata nello Staff della Direzione Sanitaria. Tale Struttura svolge attività di ricerca, sviluppo e progettazione nell'ambito delle funzioni strategiche aziendali, nell'organizzazione sanitaria, nell'innovazione gestionale, nell'ottimizzazione e valutazione delle risorse umane e materiali, nella formazione ed aggiornamento. Come per altre strutture organizzative professionali presenti nello Staff, anche per la Psicologia vi sono interventi sia in ambito territoriale, nei vari Dipartimenti, sia nell'ambito ospedaliero. Si pensi all'importanza della rilevazione dei carichi individuali di lavoro degli Psicologi per l'adeguata distribuzione e la razionalizzazione delle risorse del personale nelle diverse strutture organizzative aziendali o all'elaborazione di progetti di specifica formazione. In particolare, è proprio la mancanza di un sistema di raccolta dati trasversale ed omogeneo che non permette di rendere visibile e soprattutto *trasparente* l'attività di Psicologia nelle Aziende sanitarie. Solo una rilevazione a livello complessivo dell'Azienda delle prestazioni psicologiche può fornire elementi per la verifica della qualità e della specificità del prodotto fornito, sia alla cittadinanza che alle Strutture aziendali, per la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni professionali nonché del monitoraggio degli esiti.

All'interno dei vari Dipartimenti e, specificatamente, all'interno del Dipartimento di Salute

Mentale, è pacifico che l'U.O. di Psicologia debba esplicare la propria funzione operativa. Ovviamente tale ruolo non può essere minimizzato all'assegnazione di prestazioni o di risorse umane ma dovrà essere regolamentato, evidenziando compiti, ruoli e responsabilità. La partecipazione al Direttivo del Dipartimento ne è il punto di partenza.

La responsabilità degli aspetti tecnico professionali del personale psicologo si esplicita ovviamente, nell'assicurare la correttezza delle valutazioni cliniche, della presa in carico e della continuità assistenziale. Per gli accennati rapporti intra ed extradipartimentali, specifici della Psicologia, cura i collegamenti con le altre Strutture e Dipartimenti aziendali, relativamente alla specificità della disciplina, al di fuori dell'operatività del Dipartimento e delle sue articolazioni. Inoltre partecipa alla predisposizione e all'applicazione delle linee-guida per il governo clinico, delle procedure e dei protocolli operativi per il personale afferente alla propria Unità Operativa ed alla definizione del programma aziendale delle attività per la Salute Mentale.

Come già detto, il monitoraggio dei dati di attività relativi alla disciplina, all'interno del Dipartimento, è assolutamente necessario. Questo è infatti l'unico strumento per garantire un equilibrio delle risorse e per concordare, con il Coordinatore del Dipartimento, le Unità Funzionali e con l'Azienda, la dotazione organica, tenendo conto dei bisogni organizzativi e delle specifiche esigenze funzionali, nonché delle competenze degli operatori.

La definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale del personale psicologo deve essere collegato, in sede dipartimentale, con quello di tutte le altre figure professionali. In questo senso la formulazione del programma annuale di formazione del Dipartimento all'interno del piano di formazione di tutta l'Azienda, deve avere la valenza di integrazione delle varie competenze favorendo lo sviluppo dei rapporti con le altre professionalità al fine di realizzare la necessaria integrazione sul piano culturale ed operativo; ovviamente fermo restando lo spazio, per la disciplina, di una specifica formazione ed aggiornamento da proporre in sede aziendale.

Essere infermiere per la Salute mentale della comunità

*Mauro Faralli**

Poche altre figure professionali del mondo sanitario hanno visto modificare ed evolvere ruolo, funzioni e formazione negli ultimi 30-40 anni, quanto quella degli infermieri.

Una professione antica, che ha saputo adeguarsi ai cambiamenti e che ha fundamentalmente mantenuto integri i principi universali che stanno alla base della sua azione: solidarietà, umanità, conoscenza e professionalità.

La formazione, che si è in questi anni profondamente modificata fino a giungere alla Università, rappresenta uno degli elementi basilari dell'impegno operativo dell'infermiere. Del resto, lavorare sulla formazione per renderla adeguata ed appropriata, significa investire sul futuro della professione ma soprattutto su quello della salute e del benessere di una società in cui il cittadino pretende legittimamente una crescente qualità delle prestazioni assistenziali. In questa sintetica premessa, risiedono le ragioni della scelta di trattare in questo primo numero della rivista, il tema delle funzioni principali dell'infermiere e la sua formazione; una rivista che non mancherà di "centrare il bersaglio" e di concedere, ne sono certo, nuovi e futuri spazi agli infermieri.

LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN OSPEDALE PSICHIATRICO. IL RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere, in Ospedale psichiatrico, rappresentava la figura di un operatore chiamato a svolgere prevalentemente mansioni di sorveglianza, accompagnamento ed accudimento dei ricoverati, in naturale coerenza con la legislazione dell'epoca. Formazione e ruolo erano fundamentalmente appiattiti sull'asseccamento sistematico della volontà medica, in un rapporto di assoluta subalternità e di privazione di aree di autonomia operativa, piuttosto che orientati all'approfondimento delle conoscenze mediche generali e specialistiche.

Un operatore dunque che vigilava, custodiva, frugava e contava i malati, ma che anche li accudiva, puliva ed accompagnava (nelle attività e negli svaghi),

con umana pietà e compassione; anch'egli in fondo, un "recluso tra i reclusi".

In questa condizione di isolamento e di disagio in cui versava l'infermiere, sono forse da ricercare i germi dell'impegno, della motivazione e del notevole contributo che proprio gli infermieri garantiranno al successo delle iniziative di "de-istituzionalizzazione".

Istruzioni del Direttore, tratte da cicli di lezioni ed orientamenti comportamentali rivolti al personale infermieristico dell'Ospedale neuro-psichiatrico di Arezzo (anni 1952-1953)

"...È compito della scuola professionale migliorare le vostre condizioni intellettuali e fornirvi una adeguata cultura. Certamente la scuola deve proporsi dei modesti fini da raggiungere ed eminentemente pratici; in primo luogo deve insegnarvi ad assecondare l'opera del medico ed a fare un uso corretto di tutti quei mezzi tecnici, strumentali e morali, che servono alla cura del malato di mente, sia come tale, sia come ammalato di comuni malattie.....Le lezioni dei vari corsi costituiscono quindi un tutto organico ed ordinato.....che fornendo le indispensabili nozioni sulla struttura e funzione del corpo umano, sulle principali malattie..... e soprattutto intrattenendosi sulla tecnica manicomiale...deve mirare a far comprendere quale sia veramente l'opera ad esso spettante.

...Intendiamoci, se ho detto che l'infermiere deve essere intelligente ed istruito, ciò non vuol dire che la scuola deve farne un saccente vanitoso che crede di poter prendere delle iniziative".

LA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Collateralmente alla formazione in ospedale psichiatrico dell'infermiere che opera in psichiatria, con la legge n°1046 del 1954, sono istituite le scuole per infermiere generico, nate per colmare la carenza di personale qualificato negli ospedali. Questo tipo di formazione è destinato a cessare e, con la legge 243 del 1980, si procede nella direzione di riqualificare straordinariamente gli infermieri generici e quelli psi-

**Dirigente della assistenza infermieristica. Direttore U.O. Infermieristica Salute Mentale - AUSL 8 Arezzo*

chiatrici ad infermieri professionali.

Nel 1965 è istituita presso la Università "La Sapienza" di Roma la prima scuola per dirigenti dell'assistenza infermieristica aperta ad infermieri professionali, vigilatrici di infanzia ed ostetriche.

La legge n°124 del 1971 estende al personale maschile, l'esercizio della professione di infermiere (negli ospedali psichiatrici ciò era da sempre previsto) ed autorizza le scuole convitto, che si chiameranno scuole per infermiere professionale, ad ammettere allievi di ambo i sessi. È inoltre stabilito, come requisito di accesso, il diploma di scuola media inferiore e dal 1973-1974, il certificato attestante l'ammissione al terzo anno della scuola media di secondo grado.

Con l'accordo di Strasburgo del 1967 riguardante l'istruzione e la formazione dell'infermiere in Europa, si producono notevoli modificazioni agli ordinamenti didattici ed ai programmi di insegnamento.

Come conseguenza dell'accordo di Strasburgo e del suo recepimento in Italia, nascono le prime scuole regionali triennali nell'anno scolastico 1975-1976. Il diploma così conseguito, abilita all'esercizio della professione di infermiere professionale.

La formazione post-base riguarda i corsi per l'abilitazione a funzioni direttive (caposala) di durata annuale e taluni corsi specialistici.

LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

L'emanazione del DLgs 502-92, consente l'ingresso in Università della formazione infermieristica e la contestuale soppressione delle scuole regionali. Il corso di diploma universitario (triennale) prevede la frequenza obbligatoria, è istituito presso le facoltà di medicina e chirurgia ed è orientato alla preparazione tecnica, scientifica ed umanistica del professionista della assistenza infermieristica.

Con l'approvazione del D.M.739-94 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", si verificherà una profonda revisione degli ordinamenti didattici dei diplomi universitari dell'area sanitaria tra cui quello di infermiere. La formazione deve mirare in particolare a far acquisire allo studente conoscenze e capacità tecniche, relazionali ed educative. È inoltre previsto il riordino della formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica nelle aree previste dal profilo professionale:

- Sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica
- Pediatria: infermiere pediatrico
- Salute mentale – psichiatria: infermiere psichiatrico
- Geriatria: infermiere geriatrico
- Area critica: infermiere di area critica

La successiva riforma universitaria realizza una

serie di cambiamenti che modificano profondamente il sistema degli studi universitari riorganizzandone assetto ed impostazione, percorsi ed articolazione dei corsi. In relazione a questo le Università rilasciano i seguenti titoli:

- Laurea :titolo di studio di primo livello, di durata triennale che si propone di promuovere l'acquisizione di specifiche conoscenze professionali e di abilitare all'esercizio della professione.
 - Laurea specialistica: titolo di studio di secondo livello, di durata biennale. L'obiettivo è quello di garantire una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione.
 - Dottorato di ricerca: rappresenta il livello di formazione più elevato
 - Master di primo livello
 - Master di secondo livello
- I master sono corsi di perfezionamento scientifico in aree e settori specifici.

LA PRINCIPALE LEGISLAZIONE CHE HA ACCOMPAGNATO IL NUOVO PERCORSO FORMATIVO DELL'INFERMIERE

A questo proposito è necessario fare riferimento ad almeno due provvedimenti legislativi che hanno modificato radicalmente la figura dell'infermiere:

● DM N° 739-94 *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.*

1. . . .L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è *responsabile dell'assistenza generale infermieristica* . . .
2. Partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
3. Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
4. pianifica gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico
5. garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche
6. agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali
7. per l'espletamento delle funzioni si avvale ove necessario, dell'opera del personale di supporto
8. svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale

● Legge n° 42-99 *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*

- 1- La denominazione *professione sanitaria ausilia-*

ria nel testo unico delle leggi sanitarie...

...nonchè in ogni altra disposizione di legge, è *sostituita dalla denominazione professione sanitaria*

2- Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con D.P.R. n°225-74 (mansionario)...

...Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (oggi laurea) e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche... nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

L'INFERMIERE DELLA SALUTE MENTALE

L'infermiere che oggi lavora nei servizi di salute mentale è un operatore che è parte integrante della équipe multiprofessionale, che contribuisce in modo rilevante a garantire la presa in carico, la informazione e la educazione dell'utente e della sua famiglia, che esprime accresciuta cultura, conoscenza e professionalità nell'agire quotidiano in ognuna delle numerose articolazioni dei servizi ed in risposta ai molteplici bisogni espressi dalla utenza in condizioni di ordinaria operatività e talvolta in situazioni di emergenza – urgenza, nel territorio così come in Ospedale.

Possiamo tentare una definizione:

L'infermiere che opera nella Salute Mentale è un professionista che fonda la propria attività sulle conoscenze e sulle competenze acquisite e che garantisce attraverso la relazione con la persona la integrazione tra le funzioni cognitive, volitive ed emozionali della stessa, considerata nel rapporto con il suo contesto di vita.

L'infermiere, in questa area, deve perciò essere considerato operatore "esperto della relazione", elemento questo che costituisce il tratto caratterizzante e peculiare del suo impegno professionale.

Questa breve premessa è sufficiente per delineare non solo l'importanza ma piuttosto le peculiarità e la necessità di rendere più visibile ed efficace il contributo dell'infermiere, anche dal punto di vista organizzativo.

Va in questa direzione, nella AUSL 8 di Arezzo, la decisione di valorizzare questo contributo, attraverso la costituzione, nell'ambito del Dipartimento Infermieristico, di una area specifica per la infermieristica della salute mentale, posta allo stesso livello e con la stessa dignità e diritti di quelle più tradizionali: ospedaliera e territoriale (che ci comprendeva), nonché di costituire una specifica Unità Operativa infermieristica per la salute mentale, con valenza aziendale.

Se dovessimo a questo punto, elencare in maniera

necessariamente sintetica le funzioni principali del professionista infermiere, diremmo senz'altro che esso è chiamato a:

- Assistere la persona con disagio psichico, garantendo un supporto nel programma di cure ed operando per la conservazione e la salvaguardia delle sue relazioni familiari e sociali. Un approccio di tale spessore, presuppone notevoli doti di osservazione ed una spiccata capacità di analisi e di interpretazione della realtà e dei contesti. Tutto questo, in genere non si riscontra in approcci assistenziali che si fanno carico di un singolo soggetto.

- Garantire interventi e risposte adeguate e qualificate ai problemi di salute attivando e sollecitando all'azione una rete di assistenza di cui fanno parte diverse professionalità unite dal comune obiettivo del benessere del singolo utente e della sua famiglia.

- Impostare rapporti di lavoro fondati sulla collaborazione con gli altri professionisti. La collaborazione e la unità di intenti devono essere considerate quali occasioni di arricchimento della propria identità e del proprio bagaglio professionale. L'infermiere della salute mentale è chiamato a dimostrare maturità professionale e personale laddove frequentemente sollecitato a ricavarci uno specifico professionale che di volta in volta deve essere adattato e reso organico con il progetto terapeutico che riguarda l'utente.

Quali invece le competenze più specialistiche dell'infermiere della Salute Mentale.

Esse risiedono senza dubbio:

- Nel colloquio. Esso rappresenta lo strumento attraverso il quale l'infermiere entra in contatto ed in relazione con la persona. Nei servizi di salute mentale il colloquio esplora momenti della vita privata e pubblica dell'utente senz'altro più estesi rispetto a quelli oggetto di un colloquio tradizionale. Questo intervento, generalmente condotto da un operatore deve diventare patrimonio del gruppo di operatori.

- Nella relazione di aiuto e nel sostegno che il paziente deve inequivocabilmente percepire e che rappresentano un formidabile strumento della assistenza.

- Nelle attività, nelle prestazioni e negli interventi che, indissolubilmente legati ad ambiti di vita quotidiana dell'utente, interessano ora la sfera motoria, quella cognitiva e socio-affettiva e rispondono ad obiettivi relativi al progetto assistenziale personalizzato.

- Nelle attività riabilitative che costituiscono uno strumento fondamentale per combattere la cronicizzazione che isola la persona dal proprio ambiente di vita

- Nelle attività educative e preventive che sono legate indissolubilmente alle azioni curative e riabilitative

LA FORMAZIONE SPECIALISTICA DELL'INFERMIERE DELLA SALUTE MENTALE

In questi ultimi anni varie Università hanno organizzato master di primo livello nelle aree individuate dal DM 739-94. Ciò è avvenuto anche per l'infermieristica in psichiatria (denominazione adottata da taluni), o per la infermieristica in salute mentale – comunità (titolo adottato da altri) ed al sottoscritto più gradita, poiché maggiormente comprensiva delle molteplici implicazioni.

In ogni caso, è lecito ed opportuno attendersi che i masters così organizzati contribuiscano alla preparazione di un operatore in grado di acquisire:

- Una competenza professionale adeguata a fronteggiare e gestire condizioni di complessità assistenziale.
- Una penetrante cultura della personalizzazione dell'approccio all'utente ed ai familiari nell'ambito di modelli assistenziali quali quello del "case management".
- Lo sviluppo di adeguate capacità e competenze relazionali e psicoterapeutiche.
- La idoneità ad approfondire e ad essere promotore di interventi di educazione/informazione e formazione a nuclei associativi che costituiscono la potenziale "rete sociale"
- La competenza di promuovere e gestire progetti riabilitativi rivolti alla persona ed alla famiglia.
- La idoneità ad interpretare correttamente i bisogni di salute ed assistenza della popolazione e la capacità di interpretare dati ed informazioni afferenti a sistemi epidemiologici più o meno complessi.
- La attitudine e la propensione al lavoro di gruppo ed al confronto tecnico-operativo con le altre figure professionali.
- La competenza professionale a rispondere in termini appropriati alle "patologie emergenti" anche attraverso approcci a gruppi di utenti.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE "TERAPEUTA"

Si ripete sistematicamente che uno dei tratti distintivi dell'operatore che lavora nella salute mentale rispetto ad altri ambiti è rappresentato dal fatto che la persona in se costituisce lo strumento di lavoro più importante. Tale considerazione pone l'accento sulla necessità di formare adeguatamente l'operatore evitando prassi frequenti (di più in passato) quale quella di reclutare gli infermieri tra coloro che lavoravano in ospedale (talvolta a fine carriera) con funzioni molto diverse da quelle che

sono chiamati a garantire nelle rispettive équipes.

L'operazione di reclutamento degli infermieri dovrebbe giovare maggiormente della opportunità di approfondire nel candidato i suoi interessi reali a misurarsi professionalmente nella salute mentale, così come della necessità che egli risulti sorretto da una reale motivazione e sia aiutato a conoscere meglio se stesso, le proprie motivazioni e le eventuali reazioni. Motivazione autentica ed interessi veri stanno peraltro alla base di un approccio empatico, senza il quale ogni tentativo di misurarsi con il lavoro in questa area risulterebbe vano e non senza riflessi talora nefasti per scarsa qualità ed inadeguatezza delle prestazioni fornite all'utenza.

Maggiori sforzi sono da rivolgere all'esigenza di addestrare adeguatamente i neo assunti che nella fase di inserimento non devono essere lasciati da soli a misurarsi con la complessità della organizzazione che li comprende e i cui contorni possono apparire talvolta indefiniti. La stesura di adeguate procedure di inserimento, nonché l'affiancamento sistematico del neoassunto ad un infermiere esperto che svolga la funzione (riconosciuta ed apprezzata) di tutor, rappresentano gli strumenti necessari.

Un ulteriore problema è senz'altro rappresentato nel nostro paese, dalla impossibilità per gli operatori della salute mentale che non siano medici o psicologi, di aderire ad un training formale di psicoterapia od anche ad un training appositamente concepito per operatori come gli infermieri, parte integrante delle équipes multiprofessionali, che hanno un contatto quotidiano con un numero rilevante di pazienti.

In taluni Paesi il training in psicoterapia è formalmente organizzato in due livelli in modo che chi ritiene indispensabile acquisire una competenza psicoterapeutica di base, senza peraltro mirare a diventare un terapeuta vero e proprio, ha la possibilità di acquisire quelle conoscenze teoriche e pratiche che gli sono utili per rendere efficace e finalizzato il lavoro di tutti i giorni. È auspicabile che la evoluzione dei master di primo livello per l'infermiere della salute mentale ci avvicini in futuro a tale prospettiva.

Ulteriore aspetto, non sufficientemente riflettuto e dibattuto è quello relativo alle modalità operative della offerta assistenziale. L'infermiere è chiamato a muoversi con sempre maggiore autonomia e con notevoli livelli di responsabilità professionale, nell'ambito di modelli assistenziali sempre più personalizzati e responsabilizzanti ed in territori nei quali è spesso necessario ritagliare uno specifico

professionale da adattare volta per volta al piano assistenziale sull'utente. In un contesto così articolato e complesso, egli vede spesso la propria funzione, compressa ed inchiodata da orari di lavoro rigidi e spesso incompatibili con ritmi di vita, interessi ed esigenze terapeutiche e riabilitative dei pazienti. Nella salute mentale la rigidità non paga mai. È

giunto il momento di sperimentare modalità operative nuove, partendo dalla disponibilità e dalla voglia di misurarsi degli infermieri, chiamando Aziende ed organizzazioni sindacali a confrontarsi sul terreno delle nuove e più qualificate sfide che la salute dei cittadini ed i territori con cui essi interagiscono, ci pongono.

Gli interventi riabilitativi nel Servizio di Salute Mentale di Arezzo

Vincenza Sgarro*

Nel 1975 vengono assunte dal Comune di Arezzo, con incarico a tempo indeterminato, otto terapisti per la riabilitazione; in servizio ve ne erano già due assunte dalla Provincia, per il Servizio di Igiene Mentale che si era costituito ad Arezzo nel 1974. Tutto il Servizio era chiamato ad una unica missione, ma ciascun gruppo professionale è andato strutturandosi nel tempo con una propria specificità. Proverò a descrivere la storia della maturazione professionale del gruppo di terapisti ed educatori che hanno operato nella riabilitazione e che con il loro lavoro hanno contribuito a dare significato al Servizio di Arezzo, descrivendo i vari periodi storici che corrispondono a fasi diverse della storia del Servizio stesso. Gli anni '70 e '80 sono caratterizzati da molto spontaneismo, da immenso entusiasmo, da grandi fermenti ideologici; gli sforzi sono concentrati su tre livelli: 1) realizzazione delle strutture dei Centri Diurni (c.d.) (prima nasce il laboratorio di falegnameria aperto da tre infermieri, chiamato "Arte e Regalo", poi il laboratorio del cucito, quindi la serra per la coltivazione di prodotti agricoli e per ultimo, alla fine dell'88, il laboratorio di ceramica e legno), strutture che avevano la finalità di essere un luogo di accoglienza per interventi occupazionali, ma anche di sollevare le famiglie dal "carico" della convivenza quotidiana con persone portatrici di gravi disturbi in una situazione socio-sanitaria in cui sparivano le istituzioni segreganti, essendo state invalidate come luogo di cura; 2) molto lavoro domiciliare per lavorare al cambiamento nel luogo di vita delle persone e dei familiari coinvolti; 3) appropriazione del territorio: diventa importante uscire per andare nei luoghi normali: ristoranti, cinema, luoghi di vacanze, locali pubblici, gite, visita a città storiche, la voglia di stare con il "matto", fuori, alla luce del sole. In altre parole tutto il lavoro di de-istituzionalizzazione, inteso nel senso di azione finalizzata ad uscire dalle istituzioni. La socializzazione è stata tra gli obiettivi più sentiti: fare esperienze emotive di vita comune è stato formativo anche per gli stessi terapisti che in quegli anni erano in numero di dieci. Socializzazione in termini riabilitativi non era

solo stare tra gli altri, ma imparare a stare con gli altri, porre attenzione a tutti gli aspetti che riguardano la cura della persona (lavarsi, curare il proprio aspetto andare dal barbiere o dalla parrucchiera, curare il proprio abbigliamento, lavarlo, stirlo, sapere acquistare, andare per negozi, sapere spendere e conoscere il denaro). Creare una alternativa credibile al manicomio è stato l'obiettivo fondamentale ed era chiarissimo a tutti nel nostro Servizio.

I laboratori erano impostati secondo principi di terapia occupazionale, la produttività non era necessariamente importante, ma i pazienti producevano oggetti in legno molto belli e anche in questo caso ci organizzammo per far conoscere "cosa può creare il disabile". Con l'aiuto della classe politica estremamente sensibile a tutto ciò che riguardava la psichiatria, ci procurammo un posto alla Fiera dell'Antiquariato. Eravamo fieri ed orgogliosi e con i nostri giovani utenti tutti raggruppati a sostenersi l'un l'altro abbiamo per anni partecipato ai mercati. Quando abbiamo cominciato ad esporre quegli oggetti fabbricati nel primo c.d. di falegnameria eravamo proprio i primi ad Arezzo a produrre ed esporre quegli oggetti e così è stato pure quando alla fine degli anni '80 abbiamo avuto il laboratorio per la decorazione della ceramica, del vetro e découpage. Questo centro diurno fu voluto per cominciare a dare una risposta più articolata all'utenza più giovane. Nel laboratorio "Arte e Regalo" vi era una forte componente di disabili anche con ritardo mentale, per cui fu necessario dare risposte diverse ai molti giovani con disturbi psichici per i quali la finalità produttiva era secondaria alla riabilitazione, che mirava da una parte alla valorizzazione delle abilità presenti e dall'altra al recupero più precoce possibile di quelle carenti.

In questi anni il gruppo dei terapisti della riabilitazione è quindi fortemente impegnato nel progetto di cambiamento della domanda attraverso il lavoro nei centri diurni, la socializzazione rivolta al territo-

*Tecnico della riabilitazione psichiatrica presso l'U.F. Salute Mentale Adulti di Arezzo

rio, la gestione familiare dei comportamenti disturbanti del soggetto ammalato.

Alla fine degli anni '80 il gruppo dei terapisti è coinvolto nel processo di trasformazione e di qualificazione del personale e iniziamo a partecipare a corsi di formazione e aggiornamento che vedono coinvolto tutto il servizio. Il primo corso di formazione al quale i terapisti hanno preso parte affrontava la problematica del disturbo mentale all'interno della relazione familiare sistemica. Il corso, tenuto dal dr. De Bernart e dalla dr.ssa Vanon, ha rappresentato per noi un vero e proprio cambiamento degli interventi nelle famiglie in quanto il nostro lavoro si trasformò da intervento di insegnamento di abilità di comportamento diretto al pz., pur con la collaborazione dei familiari, a intervento che teneva conto delle relazioni all'interno della famiglia. L'altro corso di grande importanza, tenuto dal dr. Correale, è stato sulla relazione terapeutica. In questi anni, che sono fondamentali per la qualificazione professionale ed operativa dei terapisti, secondo il mio personale ricordo inizia una fase che sposta l'attenzione da un intervento che ha come obiettivo la trasformazione della cultura sulla malattia mentale a un intervento più mirato alle persone che soffrono insieme ai loro familiari, in un'ottica più attenta alle emozioni, ai pensieri e alla qualità della vita di coloro che sono direttamente coinvolti. L'intervento riabilitativo diventa più competente, si ampliano gli spazi a quattro aspetti fondamentali:

- 1) la relazione con il pz.;
- 2) il gruppo, all'interno del quale una volta alla settimana si possono approfondire con l'aiuto di uno psichiatra le tematiche riguardanti i singoli in relazione con i compagni, i familiari, la propria condizione di vita;
- 3) la famiglia con attenzione al clima affettivo relazionale;
- 4) le risorse del territorio con interventi mirati a coinvolgere le figure che possono offrire sostegno o supplire le, a volte scarse, risorse familiari o individuali.

A metà degli anni '90 fondamentale importanza ha rappresentato per il nostro lavoro l'apprendimento delle tecniche psico-educazionali. Desidero rendere omaggio al prof. Ian Falloon, morto da alcuni mesi, per il patrimonio professionale e metodologico che mi e ci ha trasmesso. L'insegnamento è preceduto da un corso sulla "Emotività Espressa", tenuto dalla dr.ssa Haw (collaboratrice di Leff) che ci ha introdotto all'apprendimento delle teorie sull'Emotività Espressa. La formazione con il prof. Falloon per alcuni di noi terapisti è durata per diversi anni. Nel frat-

tempo la classe politica è diventata meno attenta alle "questioni della psichiatria" e le condizioni economiche italiane impongono tagli piuttosto drastici per cui il gruppo dei terapisti della riabilitazione perde pezzi: in servizio ne rimangono sei (oggi siamo cinque).

Io personalmente ho utilizzato e tuttora utilizzo le tecniche psico-educazionali in quasi tutti gli interventi riabilitativi individuali, familiari e di gruppo; ho ricevuto da questa tecnica un importante aiuto per la valutazione, per identificare problemi e focalizzare bisogni, per pianificare l'intervento applicabile alle situazioni di vita sociale. Inoltre tale metodo ha l'obiettivo di rendere le persone più capaci di individuare, affrontare e spesso risolvere i problemi anche senza l'aiuto degli operatori. Questo è un cambiamento fondamentale nel processo di cura e riabilitazione: fornire alle persone che si curano e ai loro familiari uno strumento che fa leva sul potenziamento delle proprie capacità individuali, che aiuta ad individuare i propri bisogni, a definire gli obiettivi personali, ad utilizzare strategie per individuare o prevenire momenti di crisi, fornisce un importante strumento per recuperare risorse nella famiglia, nel gruppo o nell'ambiente sociale allargato. Tale modalità ha una grande corrispondenza con quelle che sono le attuali richieste sociali di minore protezione e di aumento della capacità di autodeterminazione. La base operativa degli interventi riabilitativi è, come ben noto, la valutazione delle competenze individuali del pz. e della sue abilità strumentali e sociali (abilità nell'autoaccudimento, nel saper individuare i reali bisogni e saper intercettare il modo più adeguato per soddisfarli, riuscire a fronteggiare gli imprevisti e organizzare le risposte, imparare a conoscere il proprio livello di vulnerabilità e di capacità di tollerare eventi stressanti, ruoli sociali e richiesta di prestazioni adeguate al ruolo, al sesso e all'età) e, di fondamentale utilità, è la valutazione delle risorse disponibili (Martini P., 1989).

Anche se è sostanzialmente condiviso il concetto che la riabilitazione non riguarda solo l'aspetto lavorativo, è tuttavia vero che l'obiettivo lavorativo rappresenta uno degli aspetti più significativi della riabilitazione. Nel nostro servizio il percorso riabilitativo finalizzato al lavoro è stato ed è caratterizzato soprattutto dalla gradualità, passo dopo passo, verso il progressivo aumento delle competenze relazionali e lavorative vere e proprie. Un possibile percorso è quello che parte dai centri diurni (luogo di monitoraggio, valutazione e addestramento alle abilità relazionali interpersonali, sia con i pari, sia con gli operatori che hanno compiti di supervisione e coordinamento, nonché luogo di sperimentazione di abilità e di rego-

le condivise, propedeutiche all'inserimento in attività lavorative, come il rispetto dell'orario e dell'esecuzione dei compiti stabiliti). Il passo successivo è costituito da progetti presso ditte disponibili a collaborare alla formazione al lavoro in stretta collaborazione con il servizio, che in questa fase funge da tutor, chiamati "progetto individualizzato di riabilitazione" e per il quale è previsto un incentivo economico di fonte sanitaria. Il passo successivo è l'inserimento vero e proprio nel mercato del lavoro, con attività e modalità compatibili con le abilità della persona. I terapisti della riabilitazione in questi anni hanno avviato e portato a termine decine di progetti, diversi dei quali si sono trasformati in lavoro vero e proprio, mentre altri sono stati la base di partenza per la costruzione di un percorso lavorativo con il supporto del Centro per l'Impiego della Provincia di Arezzo.

Inoltre i terapisti hanno attivamente collaborato con gli utenti e i familiari per riorganizzare in chiave più moderna la rete associativa e, insieme ad altri operatori del servizio, hanno realizzato progetti innovativi insieme con tali associazioni.

Nel settembre del 2001 è nata una Residenza Terapeutica con 15 posti letto per utenti giovani, che si ispira ai principi della comunità terapeutica. Ai terapisti della riabilitazione è stata affidata la responsabilità dell'organizzazione della vita quotidiana, l'attuazione dei programmi riabilitativi individuali, il coordinamento degli educatori e del personale della struttura.

Personalmente ho sempre trovato affascinante il campo di intervento della riabilitazione e, pur conoscendone i trabocchetti, ho sempre vissuto il mio

lavoro come se ogni volta fosse la prima volta, come una nuova avventura umana tutta da scoprire. Ho parlato spesso nei gruppi di pazienti del senso della riabilitazione per cercare di rendere chiaro quello che stavamo realizzando insieme. Durante lo svolgimento di un gruppo, ho domandato cosa pensassero loro della riabilitazione ed alcuni mi hanno dato queste risposte:

"La riabilitazione è far tornare i desideri, gli stimoli, gli amici"

"È riavere l'anima"

"Torna la voglia di fare"

"La riabilitazione ti dà l'abilità di essere parte della società"

"Cerca di mettere in movimento l'auto-ragionamento"

"Io mi sento forzato a star bene, mi sento colpevolizzato"

"Uscire dal tunnel della malattia"

"La riabilitazione è rimettere in piedi nuovi schemi di vita, perché a volte è impossibile tornare ad essere come prima"

"Ne ho paura perché penso che sia un processo di normalizzazione che voglia farci essere tutti uguali come ci vogliono gli altri, cioè i nostri genitori"

"Ho paura che mi cambi la mente"

Queste risposte testimoniano dei limiti e anche delle ambiguità del processo riabilitativo e confermano quanto il nostro lavoro debba continuare perché le preoccupazioni espresse dei pazienti si possano mostrare realmente infondate, come dovrebbero essere in un processo riabilitativo ben condotto.

La cultura tecnico-organizzativa del servizio sociale nel DSM

*Erica Falaschi**

La qualità e la quantità dei servizi che la Azienda Unitaria Sanitaria Locale n. 11 (ASL 11) di Empoli è in grado di offrire ai soggetti con disagio mentale dipende, oltre che da numerose variabili, anche dal tipo di connessione e dal livello di integrazione esistente tra Dipartimento di Salute Mentale (DSM) il e il Dipartimento di Assistenza Sociale (DAS). Muovendo da questa brevissima premessa, il presente articolo si propone di evidenziare gli aspetti di maggior rilievo, nonché i principali fattori che hanno determinato la suddetta connessione, a tal fine ritengo opportuno descrivere preliminarmente la struttura organizzativa dell'ASL 11 che, pur presentando profili di peculiarità che la differenziano dalle altre Aziende, non ha impedito che si sviluppassero progetti comuni tra i due dipartimenti in analisi.

L'Asl 11 di Empoli opera su due zone socio-sanitarie (Valdarno inferiore ed Empolese Valdelsa), che investono una popolazione di n. 227.039 abitanti.

L'azienda è strutturata in macroarticolazioni (tecnostuttura, professioni sanitarie, agenzia per la formazione, ospedale, assistenza territoriale, settore sociale e prevenzione) che a loro volta si sviluppano in Dipartimenti strutturali-gestionali.

Il lavoro comune tra DSM e DAS è nato già a partire dal 1992, anno in cui i due dipartimenti sono stati costituiti, trovando il servizio sociale spazio nel Direttivo del DSM fin dalla nascita del medesimo; inizialmente hanno prestato la loro attività due assistenti sociali (uno per ciascuna zona) e dal 1996 si è aggiunto ad essi un operatore per ciascuna zona e sottozona - Valdarno inferiore, Empolese e Valdelsa - in modo tale che tutte le realtà territoriali fossero rappresentate e quindi anche gli aspetti peculiari ed i bisogni della zona e sottozona.

Qual è il presupposto per poter sviluppare una integrazione tra i due dipartimenti che crediamo necessaria per l'assistenza alle persone con disagio mentale?

Senza dubbi di sorta tale presupposto può essere individuato nella condivisione di una missione comune che nella nostra realtà nasce e si sviluppa attraverso

la costruzione di un rapporto di "fiducia" e di interscambio tra i due dipartimenti. Missione comune che, in estrema sintesi, può essere definita attraverso l'individuazione dei seguenti "sotto-obiettivi":

- sostenere il diritto di cittadinanza della persona con disagio mentale nel corso delle fasi della vita, nel rispetto della vulnerabilità;
- prevenire ed ostacolare ogni forma di istituzionalizzazione;
- valorizzare le opportunità/ risorse sociali del territorio;
- promuovere la tolleranza della diversità (destigmatizzare = diversi, uguali).

Resta da chiedersi quale sia in termini di fattibilità il contributo che il Dipartimento di Assistenza Sociale e, quindi, il servizio sociale professionale ha apportato nella lettura della domanda e nell'organizzazione dell'offerta dei servizi.

Ricorrendo ancora una volta ad un'utile schematizzazione, è possibile affermare che il servizio sociale, durante la sua "incursione" all'interno del DSM, possa:

- essere elemento di equilibrio tra le risorse sociali e le risorse sanitarie;
- portare una conoscenza del territorio e delle sue risorse ed opportunità;
- mettere a disposizione l'utilizzo delle strutture del sociale per alcune fasi del processo di cura;
- facilitare processi di desanitarizzazione laddove il bisogno non è di tipo sanitario.

L'ultima delle funzioni elencate rende opportuna una precisazione. Preme infatti evidenziare che i soggetti con disagio mentale possono esprimere bisogni che sono determinati non solo dal loro stato clinico, ma anche da esigenze e condizioni di vita che non sempre sono riconducibili alla malattia, anche se la malattia spesso li influenza. I soggetti in parola infatti possono esprimere bisogni di indipendenza economica, di autonomia dalla propria famiglia, esprimere "bisogni di normalità" che devono essere soddisfatti.

Un ulteriore aspetto dell'integrazione tra i due

* *Direttore dei servizi sociali - ASL 11 Empoli*

dipartimenti che ritengo meritevole di approfondimento è quello di tipo *operativo*.

Come affermato in premessa, il servizio sociale opera sia nel direttivo del DSM, sia nel presidio socio-sanitario presente in ogni Comune.

Nel direttivo del DSM, il servizio sociale (n. tre operatori) prende parte alla vita del DSM con le seguenti modalità:

a) riunioni d'équipe (scambio di culture, assimilazione di un linguaggio comune) operative, formative e di sostegno allo sviluppo della mentalità grupale;

b) formazione del DSM;

c) collaborazione alla gestione delle strutture del DSM, in particolare le Residenze assistite e i Gruppi appartamento;

d) esercizio di una funzione di intermediario tra operatori del DSM ed altri Assistenti sociali che operano nei vari presidi socio-sanitari.

Questa ultima funzione è di particolare importanza. Attraverso la partecipazione alla vita del DSM gli operatori hanno infatti sviluppato "una competenza professionale speciale" utile e necessaria per trattare il disagio mentale, rappresentando al contempo "il punto di riferimento" per gli assistenti sociali che operano nel presidio socio-sanitario.

Il servizio sociale professionale, che opera invece nel presidio socio-sanitario mette a disposizione della persona con queste problematiche e degli operatori del DSM, prestazioni e competenze proprio del servizio, quali il segretariato sociale, il sostegno economico, l'assistenza domiciliare, l'attivazione, per certi casi di una tutela giuridica quale l'amministratore di sostegno. Con lo psichiatra, organizza e segue con verifiche periodiche, gli inserimenti socio-terapeutici (attualmente sono in carico n. 72 utenti); individua, in base alle competenze dei pazienti, corsi di formazione professionale e si occupa, utilizzando i Centri per l'impiego, di avviare tirocini formativi ed inserimenti lavorativi (Legge n. 68/1999).

Al luce di quanto osservato, sembra utile segnalare due progetti che sono stati sviluppati nell'ASL 11 dal DSM e ai quali il servizio sociale ha partecipato attivamente. In particolare, il primo progetto risulta incentrato sull'attribuzione al soggetto con disagio mentale degli strumenti, sia personali, sia professionali, necessari perché possa raggiungere un ruolo lavorativo il più possibile produttivo attraverso l'inserimento lavorativo in imprese non profit (è stata costituita una cooperativa di tipo B "Pegaso") e in Ditte Private e Enti pubblici, utilizzando le possibilità offerte dal cd. "collocamento mirato" (legge 68/1999)¹.

Il secondo dei progetti di cui sopra si è invece indirizzato verso il soddisfacimento di un altro bisogno

primario, ossia la ricerca di una abitazione, allorquando la persona si trovi nella condizione di non poter rimanere nel proprio ambiente di vita o che sia opportuno uno svincolo definitivo dalle relazioni familiari. A sostegno di tale obiettivo, sono state messe a disposizione dell'utenza alcune "case di solidarietà", ossia appartamenti privati messi a disposizione da un paziente o dalla sua famiglia per dare ospitalità a soggetti sostenuti da un servizio domiciliare. Le case di solidarietà sono attualmente quattro e ospitano n. 11 persone².

Anche con le altre Unità operative del DSM, psicologia e neuropsichiatria infantile, il percorso si è sviluppato in maniera analoga, attraverso la condivisione ed il sostegno di progetti comuni.

In termini conclusivi, preme infine sottolineare che per operare e sviluppare una effettiva integrazione tra il servizio sociale e DSM è essenziale condividere:

1. in termini generali, i progetti ed una "mission" comune;
2. la formazione su progetti specifici;
3. le risorse (umane e finanziarie);
4. i differenti "saperi" e le competenze specifiche afferenti ciascuno dei Dipartimenti.

¹ Fonte: V. Quattrocchi - 6° Conferenza servizi socio-sanitari- ASL11 di Empoli

² Fonte: V. Quattrocchi - 6° Conferenza servizi socio-sanitari-ASL11 di Empoli

Le unità funzionali salute mentale, infanzia e adolescenza (URSMIA): stato attuale e prospettive

*Mauro Camuffo**

Le Unità Funzionali Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA) sono strutture organizzative territoriali (di 2° livello) di produzione ed erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari della Regione Toscana. Insieme alle UFSMA, sono espressioni zonali dei DSM che, in aderenza al Piano Sanitario Regionale 2005-2007 e come organismi di coordinamento tecnico-scientifico, garantiscono la qualità e l'efficienza delle prestazioni erogate.

Il mandato delle UFSMIA (DGR n. 596 del 16-6-2003) è di realizzare gli obiettivi generali dei DSM per la popolazione di riferimento in età evolutiva (da 0 a 18 anni): prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza e di tutti i disordini dello sviluppo del bambino nelle sue varie linee di espressione (18-20% pop. generale 0-18). Tali obiettivi vengono perseguiti con l'apporto operativo integrato di professionisti appartenenti alle discipline di Neuropsichiatria Infantile, Psicologia, Riabilitazione Funzionale e Assistenza Sociale e con la collaborazione di personale amministrativo ed infermieristico e di altri operatori non medici, attraverso: la presa in carico complessiva e longitudinale di tutte le situazioni cliniche che lo richiedono (comprese le disabilità gravi e complesse); la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie diagnosticabili senza particolari accertamenti strumentali che necessitino di ricovero; il controllo e il trattamento delle patologie diagnosticate presso i centri di 3° livello; gli interventi nelle scuole di ogni ordine e grado ai sensi della L.104/90 e nel rispetto dei protocolli di intesa vigenti.

IL METODO

Salvaguardare la salute mentale del soggetto in età evolutiva significa prevenire, per quanto possibile, gli eventi patogeni capaci di compromettere lo sviluppo e quindi un'armonica strutturazione della personalità. Per la rapida e continua maturazione del sistema nervoso e l'altrettanto rapido e continuo realizzarsi dello sviluppo dell'individuo, qualsiasi evento patogeno nei primi anni di vita può indurre un disturbo neuropsi-

chico. Il bambino, ad esempio, che presenti la compromissione di una o più funzioni rischia non solo di diventare "settorialmente" limitato, ma anche di vedere compromessa globalmente la propria salute neuropsichica qualora il deficit non venga precocemente riconosciuto e il bambino stesso non sia preso in carico sul piano terapeutico e riabilitativo prima che il medesimo deficit si faccia "pervasivo". Ne deriva che il riconoscimento e il trattamento precoci di una patologia o di una distorsione dello sviluppo risultano più efficaci di quelli tardivi, sia in campo neuroevolutivo che psicopatologico, e sono in grado di ridurre sia la disabilità residua che il carico assistenziale a lungo termine. Altresì, i sintomi di presentazione di tali disturbi non sono tipici e la loro intensità non è sempre correlata con la gravità clinica, per cui la diagnosi richiede una valutazione complessiva della storia, dell'osservazione clinica, dei dati strumentali e del contesto ambientale e, soprattutto, una formazione specificamente orientata ai disturbi dello sviluppo e all'integrazione delle esperienze dei clinici e di tutti gli operatori coinvolti.

Nei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva, il processo diagnostico e l'impostazione del progetto terapeutico/riabilitativo sono perciò il frutto di una valutazione globale multiprofessionale specifica: la competenza specialistica non è espressa da un singolo professionista ma dal lavoro di un'unità operativa stabile e specificamente formata ad operare con modalità che garantiscano continuità tra spazio ospedaliero e spazio territoriale ed assicurino appropriatezza e completezza nella diagnosi, precisione e adeguatezza del progetto, coerenza e continuità degli interventi e verifica degli esiti nel corso del tempo.

Né la Neuropsichiatria Infantile né la Psicologia Clinica né la Riabilitazione Funzionale possono quindi lavorare da sole, rendendosi necessaria la collaborazione tra loro e l'interazione con molte altre professioni. Allo stesso tempo, una sovrapposizione parzia-

* *Direttore UO Neuropsichiatria Infantile A. USL 9 Grosseto. Responsabile SINPIA Sezione Toscana*

le di competenze e di linguaggi risulta essenziale per poter discutere ed attuare le indispensabili integrazioni operative interprofessionali. In altri termini, mentre il nucleo tecnico operativo delle professioni rimane stabile anche se dinamico, le stesse hanno una sola possibilità per assolvere compiutamente alle finalità specifiche che derivano dalla loro azione nel campo delle patologie dello sviluppo: agire attraverso un modello operativo fondato sul lavoro di gruppo multiprofessionale e sulla collaborazione-interazione con gli altri operatori sanitari dell'età evolutiva e per gli adulti e con il complesso dei servizi sociali ed educativi. Tale metodo di lavoro accomuna (in Toscana ma anche nel resto d'Italia e in Europa) tutti gli operatori delle equipe curanti di "neuropsichiatria infantile, psicologia e riabilitazione dell'età evolutiva", nella varietà delle diverse terminologie utilizzate per definire servizi con linee di produzione di fatto sovrapponibili e ferme restando le specifiche competenze osservative, strumentali, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di ciascuna professionalità.

I PUNTI DI FORZA

Le UFSMIA toscane, laddove esistenti e dotate delle necessarie professionalità, appaiono accomunate dalle medesime modalità operative e dai medesimi valori di riferimento (centralità dell'utente e della sua famiglia, buona qualità della vita del bambino come presupposto fondamentale del suo sviluppo sano ed armonico, universalismo ed equità, massima integrazione scolastica e sociale del disabile ecc.) ed in grado di affrontare, attraverso un buon radicamento nel territorio e il lavoro di rete, tutto lo spettro dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva con un'adeguata qualità degli interventi. Ne sono prova: l'alta prevalenza dei contatti nel corso degli anni (prevalenza media superiore al 5% per la quasi totalità delle A.USL nell'ultimo anno di cui sono noti i dati ufficiali: 2001); gli ottimi risultati delle verifiche della soddisfazione dell'utenza effettuate nel 2004 e nel 2005; gli stretti rapporti di collaborazione con i centri di riferimento di 3° livello, che tengono alto il livello dell'aggiornamento e della formazione.

Nell'attesa che il Sistema Informativo Toscano per la Salute Mentale possa fornire dati omogenei ed attendibili, un'indagine campionaria condotta in servizi che registrano regolarmente i codici diagnostici ICD10 (psichiatrici e non), pur tenendo conto del limite rappresentato dall'indicazione di una sola diagnosi che non consente di fotografare la comorbidità, ha consentito di rilevare per l'anno 2002 un amplissimo case-mix, con le seguenti, approssimative frequenze di riscontro: patologia neurologica (paralisi

cerebrali infantili, epilessia, ecc.) 20%; patologia neuropsicologica (disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, ritardo mentale ecc.) 30-40%; patologia psichiatrica (sindromi affettive e nevrotiche, disturbi della condotta, sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico, ecc.) 30-40%.

Le UFSMIA esistenti (26) raccolgono al loro interno (dati 2005) oltre 100 medici specialisti in neuropsichiatria infantile (91,1 tempo pieno-equivalenti), oltre 100 psicologi clinici (88,7 tpe), 179 operatori della riabilitazione (logopedisti, fisioterapisti/terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva; 150,1 tpe), 84 operatori del comparto di altra tipologia professionale (ed. prof., inf., amm., ecc.; 49,9 tpe). Risorse umane, organizzate comunque per lavorare in equipe ma prevalentemente impegnate a gestire un'utenza "tradizionale" (sovrapponibile per almeno il 50% alla popolazione con handicap), rappresentata soprattutto da bambini/ragazzi con disturbi neurologici e/o psichiatrici gravi o con disturbi significativi delle funzioni superiori. Per gli altri utenti, che raggiungono i servizi per disturbi meno gravi e invalidanti, l'accesso o l'invio continuano a dipendere da molteplici fattori, con particolare riferimento alla maggiore sensibilità dei genitori e/o degli educatori, al tipo di sintomi e alla diversa risposta fornita dai servizi stessi.

LE CRITICITÀ

Il numero di utenti che afferiscono alle UFSMIA è molto aumentato negli ultimi anni. Il rischio, date le risorse in progressiva diminuzione, è che sempre più bambini e ragazzi vengano "visti" o al massimo venga "fatta diagnosi" senza che si riesca poi a fornire gli interventi necessari. Conseguentemente: troppi pazienti ricevono tipologie di assistenza che non sono quelle di cui hanno bisogno; una quota di utenti, non gestiti in modo corretto e in assenza di una rete efficace, continua a "girare" ripetutamente alla ricerca di risposte, determinando un'inutile duplicazione degli interventi; la fascia dell'utenza più grave è spesso penalizzata a vantaggio di quella più lieve, che dà maggiori risultati con minori risorse; ciononostante, una quota di utenza lieve non trova spazio nei servizi e rischia di trovarne sempre meno in futuro; al compimento dei 18 anni i bisogni sanitari e di presa in carico dei ragazzi disabili sembrano sparire; gli adolescenti con disturbi psichiatrici gravi continuano a trovare risposte inadeguate, soprattutto nei momenti di crisi; i servizi raramente riescono a lavorare sulla prevenzione e sulla sensibilizzazione del territorio.

La non corrispondenza tra Direzione di UO e Responsabilità di UFSMIA (i Responsabili sono psi-

cologi in 9 casi e medici in 17 casi; di questi ultimi, 7 sono anche Direttori di UO) e la differenziazione spesso teorica tra strutture semplici e complesse esprimono solo in parte una variabilità organizzativa che vede come prima causa la diversa dotazione di organici. Ad UFSMIA più dotate (per tradizione, per gestione illuminata, per vicende casuali) e presumibilmente meglio organizzate, si affiancano UFSMIA decisamente sottodimensionate (la maggioranza), per carenza generale di personale di tutte le professionalità, ed UFSMIA esistenti quasi solo sulla carta (una minoranza), in cui "Unità" sta per attività di uno o di pochi specialisti, magari appartenenti alla medesima disciplina.

In particolare, la permanenza della riabilitazione dell'età evolutiva al di fuori delle UFSMIA in troppe strutture (6 nel 2006) segnala un contrasto stridente: da una parte l'effettiva integrazione multidisciplinare nelle equipe delle UFSMIA, dall'altra servizi di riabilitazione composti, di fatto, da soli riabilitatori. Anche in questi casi, la spinta centrifuga delle diverse categorie di operatori verso la costituzione di servizi "separati", con l'unico fine di mantenere l'identità professionale attraverso l'isolamento e l'autoreferenzialità culturale e gerarchica, appare quanto mai foriera di danni, producendo e giustificando soluzioni inefficaci nella pratica oltre che inefficienti tecnicamente.

LE SOLUZIONI ALLE CRITICITÀ

È evidente che i fondi destinati attualmente alla salute mentale non possono comprendere anche le UFSMIA, per le quali devono essere destinati fondi specifici. Allo stesso tempo appare indispensabile la revisione degli attuali sistemi di finanziamento dei servizi per l'età evolutiva e la costruzione di meccanismi di garanzia che da un lato vincolino i Direttori Generali, dall'altro controllino l'equilibrio degli investimenti tra le diverse tipologie di strutture e tra le diverse tipologie di utenza.

L'esigenza di intercettare la popolazione "sommersa" (in particolare quella cruciale tra 0 e 6 anni d'età, allorquando l'epoca ideale e quella reale delle diagnosi a più alto impatto sulla vita degli utenti e dei servizi sono ancora troppo distanti) e di rendere quindi l'attività sempre più preventiva e sempre meno curativa in senso stretto, richiede da una parte una programmazione degli interventi, dall'altra una maggiore visibilità ed accessibilità dei servizi, anche attraverso una collaborazione sempre più stretta con la

scuola, i servizi sociali, la rete pediatrica e le UFSMA.

Il maggiore impegno sulla diagnosi (in loco, con divisione con le famiglie, linee-guida ecc.), sulla presa in carico (diversificazione per aree tematiche, intero range di interventi ecc.) e sulla valutazione degli esiti (con strumenti specifici per patologie e fasce d'età) attiene alla responsabilità degli operatori coinvolti, tesi a recuperare, negli ultimi anni, il terreno perduto sul piano della gestione di qualità, in primis della qualità manageriale. Il potenziamento degli interventi per la patologia psichiatrica adolescenziale, i DCA e la salute mentale perinatale dipende da una parte dalla tenuta dei servizi territoriali esistenti, dall'altra dall'effettiva integrazione di percorsi tra UFSMIA e UFSMA, nonché dalla realizzazione di quanto previsto dal PSR relativamente a strutture residenziali e a possibilità di ricovero.

In definitiva, proprio quando il modello dell'equipe multidisciplinare è accettato e sostenuto in tutta Europa, non applicarlo significa tollerare un disordine organizzativo inaccettabile per un settore così centrale per la sanità pubblica e che nulla può garantire in assenza dei due criteri-cardine: mandato specifico e comprensivo per l'età evolutiva (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di tutti i disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza) e unica unità organizzativa di appartenenza per gli operatori che a questo mandato devono rispondere.

RIASSUNTO

Il mandato delle UFSMIA comprende la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle patologie neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche dell'età evolutiva. Tali obiettivi possono essere perseguiti solo con l'apporto operativo integrato di professionisti appartenenti a discipline diverse (neuropsichiatria infantile, psicologia clinica e riabilitazione funzionale, con la collaborazione di personale infermieristico e amministrativo e di altre figure non mediche), in numero adeguato e con formazione specificamente orientata ai disturbi dello sviluppo. Il numero degli utenti in continuo aumento e la permanenza di stridenti disomogeneità organizzative richiedono da una parte la definizione di fondi specifici e vincolati per la salute mentale in età evolutiva, dall'altra un miglioramento della gestione di qualità degli interventi e, comunque, la tutela del modello di lavoro basato sul gruppo multiprofessionale, inclusivo degli operatori della riabilitazione.

La professionalità degli operatori della Riabilitazione Funzionale nella complessità dell'UFSMIA

Marcella Biagi, Alessandra Zoccali***

La riforma del sistema sanitario ha avviato un processo di cambiamento che ha posto al centro del sistema l'individuo con i suoi bisogni di salute, rispetto ad un modello centrato sui servizi erogati.

La centralità del cittadino comporta come diretta conseguenza la policentralità delle competenze in relazione ai bisogni di salute rilevati, che richiedono a loro volta un'organizzazione per funzioni, finalizzate alla realizzazione del Percorso Assistenziale.

La centralità del paziente e l'integrazione di più competenze nella realizzazione di un percorso assistenziale personalizzato sono parte integrante della cultura dei servizi di riabilitazione neuro-psichica dell'età evolutiva. Negli istituti medico-psico-pedagogici (nei quali i pazienti con grave handicap erano internati), nelle scuole speciali e differenziali, nei centri di igiene mentale hanno sempre operato in Italia équipe multiprofessionali composte da medico, psicologo, assistente sociale, ortofonisti, fisioterapisti, educatrici ortofreniche, e tale assetto multidisciplinare è stato mantenuto nell'organizzazione dei servizi territoriali ambulatoriali, strutturatisi con la definitiva deistituzionalizzazione del bambino portatore di handicap.

L'esigenza della centralità del bambino, il senso del lavoro "per" e "con" i bambini, le competenze del servizio rispetto al territorio, le caratteristiche del lavoro di équipe sono state oggetto del dibattito culturale degli anni 70 nel settore della neuropsichiatria infantile del territorio. Ricordiamo il contributo di Milani Comparetti già negli anni 60 a proposito della necessità di una medicina riabilitativa e interdisciplinare per i bambini portatori di handicap. La centralità del paziente ha comportato da tempo per noi, precorrendo alcuni cambiamenti culturali e legislativi, un'organizzazione del lavoro finalizzata alla definizione di percorsi riabilitativi integrati.

Rispetto al passato ora poniamo un'attenzione maggiore alla definizione delle professionalità e alla specificità degli interventi, contrapposte al rischio di una interpretazione superficiale e banalizzante della globalità dell'intervento, che, negli ultimi anni, si è articolata invece nella individuazione sempre più raffinata del

proprio specifico professionale.

Sono mutate molte cose anche sul piano organizzativo e gestionale, a partire dagli anni 90. I D.L. 502/92, 517/93 e 229/99 hanno avviato un processo di «aziendalizzazione», che delega alle Regioni le funzioni di programmazione sanitaria e di progettazione dei modelli di funzionamento dei sistemi locali, riconoscendo autonomia imprenditoriale alle strutture erogatrici dei servizi e indicando il modello dipartimentale quale soluzione organizzativa finalizzata a coniugare istanze di razionalizzazione nell'uso delle risorse e di coordinamento per una migliore qualità della risposta ai bisogni di salute.

Parallelamente al processo di trasformazione del Sistema Sanitario, anche lo scenario degli operatori sanitari ha subito profondi cambiamenti. Sono state infatti emanate diverse norme riguardanti la loro professionalità; ci riferiamo ai DM istitutivi della Professioni Sanitarie della Riabilitazione, individuate e regolamentate ai sensi del D.L. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, che operano all'interno dell'UFSMIA:

- Fisioterapista, DM 741/94;
- Logopedista, DM 742/94;
- Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva, DM 56/97;
- Educatore Professionale, DM 520/99.

La L. 26/2/99 n. 42, recante "Disposizioni in materia di Professioni Sanitarie", sancisce all'articolo 1 la sostituzione della denominazione di «professione sanitaria ausiliaria» con quella di «professione sanitaria» e all'articolo 2 indica «la determinazione del campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie, determinato dai contenuti dei DM istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario o di formazione post-base, nonché degli specifici Codici deontologici».

Lo sviluppo e la valorizzazione delle funzioni delle professioni sanitarie dell'area della Riabilitazione trova

**Fisioterapista, Coordinatore Personale di Riabilitazione, UFSMIA, AUSL n. 2 Lucca*

***Logopedista, UFSMIA, AUSL n.2 Lucca,*

conferma nella L.n.251/2000, “Disciplina delle Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, della Riabilitazione, della Prevenzione nonché della Professione Ostetrica”, che all’articolo 2, comma 1, sancisce: «gli operatori delle professioni sanitarie dell’area della Riabilitazione svolgono con titolarità ed autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, (concetto già descritto dalla Legge 104/92, quando sancisce la partecipazione dell’operatore della riabilitazione alla diagnosi funzionale per il PEI), al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali».

All’articolo 2, comma 2, stabilisce che «lo Stato e le Regioni promuovono, nell’esercizio delle proprie funzioni legislative, (...), lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie dell’area della riabilitazione, al fine di contribuire, anche attraverso la diretta responsabilizzazione di funzioni organizzative e didattiche, alla realizzazione del diritto alla salute del cittadino, al processo di aziendalizzazione e al miglioramento della qualità organizzativa e professionale nel Servizio sanitario nazionale, (...)».

Infine la L. n.43/2006 prevede di istituire per le professioni tecniche - sanitarie i relativi ordini professionali, nonché la funzione di coordinamento per gli operatori in possesso del Master di primo livello in management.

Elevato livello qualitativo dei servizi offerti implica quindi una definizione della professionalità, che identifichiamo in quell’insieme di conoscenze, competenze e atteggiamenti del singolo operatore, i cui determinanti sono sia qualità tipiche del profilo, sia qualità generiche del terapeuta. Essa si estrinseca non solo nella capacità di corretta esecuzione tecnica di una determinata manovra di intervento, ma anche nella capacità di interpretazione e individuazione dei percorsi terapeutici più adeguati rispetto al singolo caso trattato¹.

I percorsi terapeutici si sviluppano a partire dalla valutazione multidimensionale dei bisogni rilevati, attraverso una progettualità interdisciplinare, alla quale concorrono le diverse professionalità, che si fanno garanti dell’obiettivo di salute assunto. La Struttura Funzionale è garante dell’insieme del processo assistenziale e dell’integrazione delle diverse funzioni operative impegnate al raggiungimento di tale obiettivo; le Unità Operative, che esprimono funzioni operative necessarie al raggiungimento degli obiettivi di salute assunti, sono responsabili a loro volta della qualità professionale delle performance e dei risultati conseguiti. Ogni attività presente nella attuazione di un processo assistenziale risponde quindi a due direttrici di riferimento: quella

professionale (qualità della performance e dei risultati ad essa riferiti) e quella funzionale (integrazione delle diverse professionalità, responsabilità di budget e qualità del processo).

All’interno delle UFSMIA, la realizzazione di percorsi integrati, la capacità di lavoro in équipe, il rispetto dei vincoli posti dall’azienda presuppone prerequisiti professionali ed organizzativo-funzionali atti a garantire questo tipo di funzionamento:

- La dimensione professionale: Una complessa e sofisticata competenza professionale da parte degli operatori componenti l’équipe, per assicurare un’appropriata diagnosi funzionale, che si esplica nella individuazione delle disabilità derivanti dalla patologia presentata, nella valutazione delle competenze presenti e di quelle potenziali ed infine nelle proposte di interventi terapeutici “ecologici”, capaci di promuovere i cambiamenti possibili.

- La dimensione organizzativa –funzionale: La presenza di un assetto organizzativo adeguato alle esigenze di un lavoro coordinato tra operatori appartenenti a diverse discipline, al fine di garantire la realizzazione di un processo assistenziale efficace e di qualità.

Una valutazione multidimensionale comporta anche la considerazione del soggetto nel suo rapporto dinamico con il contesto e, rispetto alla possibilità di interventi nel contesto che incidano sulla qualità della vita (non direttamente di nostra competenza), la necessità di livelli superiori di integrazione: un livello *socio-ambientale* e un livello *multi-istituzionale*. La presenza di diverse professionalità all’interno dei nostri servizi comporta anche l’esigenza di condividere linee guida e linguaggi settoriali, al fine di consentire uno scambio di informazioni relative a procedure e progetti terapeutici fluido e corretto.

A monte della formulazione ed attuazione di un percorso riabilitativo, vi è la *presa in carico*, concetto chiave del modo di operare nella salute mentale, dal bambino e all’adulto.

La presa in carico del bambino affetto da patologie che investano l’ambito motorio, linguistico, psichiatrico rappresenta idealmente uno spazio di pensiero a lui dedicato, dove possono essere accolte e condivise le diverse problematiche sofferte dal bambino e dalla sua famiglia e dove sono proposti gli interventi più appropriati per affrontarle e renderle tollerabili. Essa rappresenta l’elemento di continuità del progetto terapeutico, poiché lo accompagna longitudinalmente per tutta la sua storia riabilitativa, dal momento della comunicazione della diagnosi iniziale, prendendosi cura del bambino, della famiglia e del contesto sociale in cui il bambino vive. Essa è il prodotto di molteplici funzioni, all’interno del gruppo interdisciplinare, ed è espressione del

processo messo in atto dal gruppo nel suo insieme, anche se ad una specifica figura, in genere al neuropsichiatria infantile, viene tuttavia riconosciuta una funzione preminente, riconducibile alla competenza progettuale dell'intero processo riabilitativo.

Una efficace presa in carico dipenderà in larga misura dalla reale consapevolezza con cui l'operatore e tutta l'équipe di lavoro affronta le problematiche relative ad un lavoro di questa natura, dalla capacità progettuale nel definire ruoli, confini d'azione e responsabilità per ogni soggetto coinvolto, alla abilità di rapportarsi con gli enti e con le singole persone nella relazione terapeutica con il paziente, al saper infine adattare i contenuti che devono essere trasmessi alle diverse aspettative, competenze e richieste.

Secondo attore, esterno al servizio, del progetto riabilitativo, è in genere la famiglia.

In molte situazioni possiamo affermare che non è solo il soggetto portatore della patologia, ma l'intero nucleo familiare ad essere soggetto della presa in carico. A prescindere dalle situazioni di maggiore sofferenza nelle quali può emergere la necessità di un sostegno psicologico rivolto ai familiari, sempre necessario appare un counseling al fine di modificare quei comportamenti dei familiari che non favoriscono o ostacolano il progredire a buon fine dell'intervento terapeutico proposto, oppure con la finalità di trasferire contenuti e tecniche utili alla realizzazione di alcuni aspetti della terapia presso il domicilio del paziente. Questo può consistere nella richiesta di mettere in atto precisi "comportamenti terapeutici", come ad esempio avviene nei disturbi pervasivi dello sviluppo, ma anche in tutte le altre patologie in cui l'attuazione di certe modalità di comportamento risulta nociva all'evoluzione del nucleo verso la conquista di un maggiore benessere e del paziente verso il raggiungimento di precisi obiettivi terapeutici. In altre situazioni, come avviene spesso in patologie del linguaggio quali i disturbi fonologici o nelle patologie motorie come ad esempio le paralisi cerebrali infantili, l'intervento tecnico si esplica con la richiesta rivolta ai familiari di realizzare precisi esercizi che rinforzano le competenze acquisite. Il counseling viene realizzato da ogni membro dell'équipe di lavoro in relazione alle sue sfere di competenza. Si evince da questo come sia essenziale la programmazione congiunta degli interventi al fine di fornire indicazioni tra loro congruenti e quanto sia importante saper valutare il grado di recettività del nucleo familiare, la possibilità di comprensione di specifici contenuti, la capacità di modificare i propri comportamenti senza alterare in maniera innaturale la propria relazione col bambino e la capacità di gestire le indicazioni fornite in maniera non ansiogena.

Altro attore spesso fondamentale nella realizzazione del progetto terapeutico è la scuola. Per i bambini certificati la scuola può divenire sede di interventi specifici realizzati mediante gli insegnanti di sostegno. Per le scuole è fondamentale ricevere consulenza sia per quel che concerne gli aspetti di gestione del paziente (posture facilitanti, utilizzo di ausili relativi sia agli aspetti motori che comunicativi, indicazioni sulle modalità di alimentazione), sia per quanto concerne la stesura di programmi individualizzati oppure (come avviene ad esempio nei casi delle dislessie) modalità di trasmissione facilitata dei contenuti.

I terapisti si trovano infine ad interagire con i servizi offerti dal territorio, maggiormente gli educatori, la cui assegnazione viene definita in relazione ad accordi presi con i servizi sociali dei comuni e dell'azienda sanitaria. Anche in questo caso la programmazione deve essere puntuale e gli ambiti di intervento e di eventuale sovrapposizione di specifici elementi terapeutici esplicitata e condivisa.

Nella UFSMIA della ASL di Lucca gli interventi attuati in maniera integrata dagli operatori della riabilitazione riguardano fundamentalmente:

1) Interventi terapeutici rivolti ai pazienti nella fascia di età 0-18 anni (individuali e – meno frequentemente – in piccolo gruppo):

- trattamenti riabilitativi logopedici, cognitivi e neuromotori, effettuati da logopedisti e terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;

- attività di riabilitazione psichiatrica, effettuate da educatori professionali.

2) Attività nel settore dell'handicap ai sensi della L.104.

3) Interventi di prevenzione secondaria (screening; interventi diretti o indiretti rivolti a soggetti a rischio).

Gli interventi terapeutici rivolti a singoli pazienti nel contesto di una presa in carico multiprofessionale riguardano mediamente il 40% dei pazienti in carico al servizio; le prestazioni riabilitative rappresentano poco meno di 2/3 delle prestazioni totali della UF. Questi dati contribuiscono a sottolineare, a nostro parere, la centralità del lavoro riabilitativo integrato e l'importanza della professionalità degli operatori della riabilitazione all'interno di una UFSMIA organizzata secondo le indicazioni dei più recenti PSR.

¹ Zuffada E., "Ripensare il ruolo ed il funzionamento degli ordini e delle associazioni nell'ambito del SSN", Mecosam, n. 24/97.

Il metodo in neuropsichiatria infantile: formazione e professione

*Massimo Papini**

Iriferimenti nella nostra funzione di formazione – a parte le basi tecniche - sono fondati su alcuni principi metodologici essenziali (vedasi anche Papini 2003): 1) il principio di Dewey, secondo il quale bisogna insegnare non cosa pensare, ma come pensare; 2) il principio di Kant per cui l'essere umano deve essere considerato sempre come fine, mai come mezzo; 3) il principio di Jaspers per cui l'ambito psichiatrico è costituito dallo spiegare medico non meno che dal comprendere umano; 4) che il concetto di umanizzazione dell'assistenza è superato dal concetto che il cittadino medico cura il cittadino ammalato.

Un secondo aspetto nasce dalla onesta verifica dell'ipotesi sostenuta da alcuni psichiatri, psicologi e pediatri che la Neuropsichiatria Infantile possa essere una specializzazione inutile

A questo quesito vale la pena rispondere con un caso clinico (Papini 2003):

Caso clinico. Un bambino di 11 anni venne all'osservazione ambulatoriale da una Regione vicina, nella quale i Servizi Territoriali non disponevano di Neuropsichiatri Infantili. Il bambino, certificato con insegnante di sostegno per "ritardo mentale" fino dalla scuola materna, nel periodo delle elementari era stato curato per epilessia non convulsiva e presentava attualmente una sintomatologia per cui il suo pediatra aveva sospettato una sindrome neurologica degenerativa. La sintomatologia attuale era costituita dal peggioramento delle già modeste prestazioni scolastiche, inconcludenza nelle attività ricreative, perdita delle scarse autonomie acquisite (lavarsi, vestirsi da solo), episodi di blocco psicomotorio (si immobilizzava anche a metà del passo, rimanendo per molti secondi in posa statuaria, oppure mentre stava parlando taceva improvvisamente e a lungo, rimanendo a bocca aperta con lo sguardo fisso nel vuoto, ecc.). I traccati elettroencefalografici eseguiti nel periodo in cui era stato trattato per epilessia erano del tutto nei limiti della norma e non si capiva su che base un Pediatra avesse fatto somministrare inutili farmaci antiepilettici al bambino. Su domande precise rivolte ai genitori, questi ammisero l'accentuazione attuale di manifestazioni notate fino dall'età di 4 anni. Si trattava di richieste ripetitive e assillanti, di

domande così banali da insinuare negli interlocutori dubbi sulle capacità intellettive del bambino, entrate grossolanamente incongrue e a sproposito in conversazioni dei coetanei e degli adulti, ritardi e lentezze sorprendenti nel compiere gli atti più banali, come indossare le scarpe e rituali, come battere ripetutamente allo stipite delle porte prima di attraversarle, lavarsi le mani molte volte al giorno, ecc.. La diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo ed un trattamento adeguato consentirono uno spettacolare miglioramento con sospensione dell'insegnante di sostegno.

Non si vuole negare che anche i Neuropsichiatri Infantili possano sbagliare, ma è molto improbabile che le verifiche che fanno parte della metodologia avrebbero consentito sette anni di errori diagnostici e terapeutici frustranti per il bambino ed estremamente preoccupanti per la famiglia.

Le competenze cliniche in neurologia e psichiatria dello sviluppo, anche in ambito riabilitativo, sono indispensabili per la professione che ha cura di problemi neuromotori, cognitivi e relazionali dell'età evolutiva. Perché una sola professione si deve interessare di tutti e tre questi complessi ambiti? Nel lavoro riabilitativo per bambini con danno neuromotorio il baricentro del trattamento è fino ai tre – quattro anni un prevalente impegno fisioterapico e psicologico, per salvaguardare il processo di attaccamento e la relazione primaria (delicato problema della consegna alla famiglia della diagnosi di patologia precoce); dai tre ai sei anni il baricentro operativo è costituito da interventi per le problematiche di comunicazione - linguaggio in particolare -; dai 6 ai 12 anni apprendimento e socializzazione, mentre in adolescenza il baricentro del lavoro è d'ordine psicosociale (Papini e Allori, 1999). Pertanto una professione che studia prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi neuromotori, relazionali e di apprendimento in età evolutiva costituisce una necessità medica non rinunciabile. Ma talora la complessità del caso clinico rende necessaria tale professione per poter distinguere la diagnosi e indicare la terapia appropriata,

* *Ordinario di Neuropsichiatria Infantile, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze.*

come nel seguente esempio:

Caso clinico: Andrea, 8 m, ricoverato per crisi miocloniche, presentava anoftalmia a palpebre chiuse e grave quadro neuromotorio aposturale. All'ingresso la madre aveva dichiarato di essere fortunata per aver ricevuto da Dio la grande prova di mettere al mondo un bambino privo di occhi. A. da supino era in grado di ruotare il capo in direzione di segnali sonori, sorrideva al suono della voce dei genitori. Era presente lallazione e sgambettava se stimolato afferrava con forza gli oggetti e li rilasciava con facilità. Peraltro ogni competenza motoria si dissolveva appena il bambino lasciava il piano del letto, alla trazione delle braccia verso la posizione seduta il capo seguiva, assenti le reazioni alla sospensione prona, le reazioni di equilibrio e i paracadute. Preso in braccio il bambino scivolava da tutte le parti. Pertanto era stato sospettato un grave disturbo neuromotorio. Solo in rari attimi, se molto coccolato, A. tendeva ad innescare un effimero tono dei muscoli del collo. Qualche giorno dopo, nel corso di una seduta col bambino, richiesta del perché non lo prendesse mai in braccio, la madre rispose in lacrime: "finché è sdraiato sul lettino ad occhi chiusi mi sembra che dorma ed è come tutti gli altri bimbi, mentre in braccio mi sembra morto e mi rinnova l'orrore di quando, appena nato, mi hanno detto che era senza occhi". Una terapia di sostegno ai genitori ed una breve fisioterapia ad A. ottennero il recupero completo delle competenze motorie e relazionali del lattante.

Caso clinico: Adriana, 8, seguita in fisioterapia per diplegia spastica, dopo un mese di trattamento, appena entrava nella sala di terapia piangeva disperatamente e non si era in grado di consolarla. Il pianto incrementava tutti i *patterns* posturali e motori patologici. Venne notato che la madre, angosciata e immobile, non partecipava ai tentativi di consolare la bimba. La fisioterapia venne sospesa e si attuarono colloqui con i genitori, da cui risultò che la bambina aveva recentemente perduto i ritmi omeostatici, che la madre stava vivendo il trattamento come intollerabile sfregio nei confronti dell'immagine

della figlia in quanto ne sanciva la disabilità. Venne sospesa per 2 mesi la terapia, il cui peso simbolico rischiava di compromettere il processo di attaccamento. Il trattamento fisioterapico venne ripreso in seguito, dopo che si erano ottenute le necessarie chiarificazioni ed elaborazioni (comunicazione di Nerina Landi).

La delicatezza dei passaggi evolutivi nello sviluppo patologico necessita di un medico competente nelle differenti aree, relazionale, cognitiva e neuromotoria per fare una diagnosi precisa, una prognosi corretta, per individuare tempestivamente le problematiche adattive emergenti e selezionare i necessari trattamenti ma soprattutto per dare al tutto la necessaria continuità del rapporto medico - bambino - famiglia. Ad es. nei casi in cui la consegna della diagnosi costituisce un trauma per i genitori, per la legge psicologica del trauma ad ogni scalino dello sviluppo del bambino e dell'evoluzione della famiglia, il trauma della diagnosi dovrà essere rielaborato.

Sicuramente una professione è definita anche dal confine con le altre, sebbene occorra una sovrapposizione parziale di competenze e di linguaggi per poter discutere i casi e poter attuare le necessarie integrazioni operative interprofessionali. Il nucleo tecnico operativo delle professioni dovrebbe invece rimanere stabile, anche se dinamico.

Non sono rari purtroppo i casi nei quali una Psicologa, una Terapista della Riabilitazione o una Logopedista, avvertendo determinati bisogni dei bambini e delle famiglie, tende a dare risposte in ambiti nei quali non è competente, spenzolandosi fuori della propria competenza professionale (Papini et al. 1999). Ma proprio per questo quando ad es. un pediatra ricorre ad un trattamento logopedico, saltando l'iter diagnostico, si verificano di solito inconvenienti irrimediabili. Questo è dimostrato nei casi in cui la mancanza o la carenza di professionisti di Neuropsichiatra Infantile nei Servizi Territoriali produce l'inconveniente grave del procedere ad interventi e trattamenti senza diagnosi, senza verifiche e senza conoscenza degli sviluppi patologici.

Analisi del bisogno e percorsi di sostegno in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza¹

*Filippo Muratori**

Il tema di questo lavoro affronta un argomento che è trasversale a tutta la psichiatria infantile. Esso infatti spazia dai primi processi che mettiamo in atto al fine di poter individuare tempestivamente il problema da affrontare (analisi del bisogno), fino alla finale definizione del progetto che ci occuperà a lungo nella cura del paziente (percorsi di sostegno).

Tuttavia parlare di bisogno e di sostegno sposta la nostra attenzione da un livello strettamente medico (secondo l'asse fondamentale diagnosi-terapia) ad un livello più ampio cui fanno riferimento appunto le parole bisogno e sostegno; si tratta di uno spostamento dell'attenzione, dall'oggettivo al soggettivo, che ampia e completa l'asse diagnostico-terapeutico e che, senza contrapporsi ad esso, rimanda ad un punto di vista meno oggettivante; d'altronde la oscillazione tra questi due punti di vista è una delle caratteristiche peculiari della nostra disciplina ma se si vuole anche di tutta la medicina che non dovrebbe mai dimenticare la dimensione che fa di ogni paziente un individuo unico non omologabile a nessuna categoria pre-determinata. Bambini con un disturbo nevrotico (se guardiamo alla struttura), o d'ansia (se guardiamo ai sistemi categoriali), del tutto simile relativamente all'asse diagnosi-terapia possono avere bisogni molto diversi: per alcuni il bisogno principale può essere quello di venire aiutato a frequentare la scuola, per altri quello di potenziare le attività extrascolastiche, per altri ancora quello di ridurre l'inibizione comportamentale e di imparare ad utilizzare meglio le capacità intellettive al fine di apprendere. E, piuttosto che in relazione con la diagnosi, è in relazione al bisogno principale individuato che il percorso di sostegno muta la propria direzione e il proprio focus. Potremmo dire che spostarsi dall'asse diagnosi-terapia a quello bisogno-sostegno ci obbliga ad uscire dallo steccato medico per entrare in contatto ed in interazione con quelle aree che sono storicamente nostre vicine di casa quali la psicologia, la pedagogia, la sociologia. Diagnosi e bisogno possono dunque essere visti come due facce di una stessa medaglia, o due fasi del lavoro clinico, entrambe necessarie ed in con-

tinua interazione. La esclusione di una delle due apre la strada a due spettri della psichiatria infantile:

1) diventare formulatori di diagnosi e prescrittori di pillole;

2) restare in un ambito a-diagnostico confondendo continuamente il bisogno con la diagnosi.

Analisi del bisogno e percorsi di sostegno è anche un tema che si presta ad essere esaminato a livello di macro-sistema e a livello di micro-sistema.

Parlando di macrosistema ci si riferisce, per quanto riguarda l'analisi del bisogno, alle conoscenze derivate dall'epidemiologia, e, per quanto riguarda i percorsi di sostegno, alla organizzazione della rete dei servizi. Parlando di microsistema ci si riferisce al bisogno così come viene espresso da un singolo individuo, e al sostegno relativamente a come la rete organizzativa dei servizi si adatta al bisogno specifico del singolo individuo. Per potersi adattare al singolo è necessario che la rete esista. Diversamente esiste il rischio di costruire la rete attorno ai bisogni dei singoli pazienti.

In che modo l'epidemiologia contribuisce all'analisi del bisogno? Ovviamente non si tratta del bisogno come stato soggettivo espresso dal paziente e dalla sua famiglia ma del bisogno come esigenza della società di far fronte ai problemi più emergenti della salute mentale. Prenderò in esame tre aree di interesse che la recente epidemiologia dei disturbi infantili ha portato in primo piano.

La prima si riferisce allo studio italiano Prisma che, essendo l'unico studio epidemiologico sulla salute mentale infantile sino ad ora condotto in Italia, dovrebbe rappresentare un caposaldo della psichiatria infantile italiana. Esso ha riguardato una ampia popolazione di preadolescenti tra gli 11 e i 13 anni, nella quale ha mostrato una prevalenza dei disturbi mentali di circa il 9% (circa un ragazzo ogni 10 presenta problemi clinici consistenti) con una netta prevalen-

**Dipartimento di Neuroscienze dell'Età Evolutiva, IRCCS Stella Maris e Divisione di Neuropsichiatria infantile, Università di Pisa*

za dei disturbi emozionali internalizzati ma con una prevalenza importante anche per quelli esternalizzati; la ricerca ha messo in evidenza due importanti fattori di rischio (essere figli unici di un genitore single privo del supporto della famiglia allargata, o vivere in condizioni socioeconomiche svantaggiate) per lo sviluppo di disturbi mentali.

In secondo luogo, l'utilizzazione della forma infantile della CBCL comincia a darci una misura del disagio psichico anche nei bambini piccolissimi nei primi tre anni di vita. Uno studio condotto a New Haven nel Massachusetts (Briggs-Gowan, 2001) ha mostrato una prevalenza di problemi comportamentali ed emozionali in questa età del 11%. Lo stesso gruppo ha successivamente mostrato una importante continuità dei patterns psicopatologici, sia internalizzati che esternalizzati, dalla prima infanzia alla seconda infanzia e fino alla preadolescenza. Anche questi studi portano in primo piano alti indici di correlazione tra disturbo psicopatologico e fattori di rischio sociale (famiglie svantaggiate, maggiore povertà, basso supporto, ambienti marginali) o familiare (disturbi depressivi materni, problemi coniugali, atteggiamenti educativi oscillanti tra comportamenti punitivi e permissivi, atteggiamenti genitoriali caratterizzati da rifiuto). Non è ormai più possibile pensare a programmare interventi di sostegno individuale, senza valutare la necessità di programmare sistemi di sostegno sociale.

Il terzo esempio che vorrei portare è relativo al fatto che l'epidemiologia ci dice che non possiamo più pensare all'autismo come una malattia relativamente rara che interessa 3-4 bambini su 10.000; le stime epidemiologiche più attuali indicano che un bambino ogni 250 (o forse anche ogni 150) presenta un disturbo dello spettro autistico. Come è noto si tratta di bambini con bisogni assolutamente speciali e che necessitano di interventi e di servizi molto specialistici. Non è più possibile pensare che questi bambini usufruiscano di trattamenti non adeguatamente pensati per loro (come la psicomotricità o la logopedia), e non possano usufruire di professionisti specifici preparati alla costruzione del team terapeutico di cui necessitano e che deve coinvolgere attivamente i loro genitori.

In tutti e tre i casi si tratta di conoscenze epidemiologiche che pongono con urgenza il miglioramento delle capacità di leggere il bisogno e di garantire percorsi differenziati di sostegno ai singoli individui cercando di creare una rete sufficientemente ampia per raccogliere tempestivamente questo crescente bisogno. Si tratta anche di tre esempi che dimostrano come l'epidemiologia rappresenti un par-

ticolare tipo di analisi del bisogno e di come sia necessario che questo tipo di analisi informi la programmazione sanitaria nella quale possano essere messi all'opera i percorsi di sostegno per i singoli pazienti. Sull'analisi epidemiologica e sulla prevalenza dei singoli disturbi mentali infantili dovrebbe infatti basarsi una moderna organizzazione dei servizi.

Torniamo al microsistema e cioè all'analisi del bisogno come bisogno individuale. Da questo punto di vista è necessario considerare che il bisogno non è semplicemente quello che ci viene comunicato verbalmente dal paziente. Pur non dimenticando che non raramente i nostri pazienti e i loro genitori sono in grado di descrivere correttamente il loro bisogno, che coincide quindi con il bisogno reale, e che richiede una grande attenzione a quanto ci viene detto. Può tuttavia succedere che il bisogno comunicato verbalmente sia come uno schermo che nasconde un altro bisogno del bambino e della sua famiglia: la psicoanalisi ce lo ha ben insegnato e, nella attuale fase storica di ribellione alla egemonia psicoanalitica, non possiamo dimenticare il fondamentale rapporto tra bisogno espresso e bisogno nascosto che è uno dei temi più spinosi della nostra disciplina. Sappiamo bene che il motivo della consultazione non sempre coincide con il bisogno prevalente del paziente così come è individuato dal clinico. Un bambino può arrivare per problemi comportamentali e il clinico si orienta verso un disturbo depressivo; un piccolo arriva con la richiesta di un trattamento del linguaggio e il clinico si trova a dover comunicare la presenza di un disturbo autistico; la crisi psicotica di un adolescente può nascondere un abuso di sostanze.

Una via per districarsi in questo complesso rapporto tra bisogno espresso e bisogno nascosto ci proviene dalle nuove conoscenze sui disturbi mentali come disturbi sempre bio-psico-sociali e che ci permettono di leggere meglio il bisogno dei nostri pazienti. È possibile portare a tale proposito tre esemplificazioni che certo non esauriscono questa problematica.

1) Dietro il disturbo comportamentale possiamo cogliere allo stesso tempo nel nostro paziente: a) il bisogno di ricevere informazioni e interazioni secondo il suo specifico funzionamento dei sistemi di regolazione;

b) di riequilibrare quegli assetti neurotrasmettitoriali che sono difettosi nell'impulsività;

c) di individuare e correggere gli stili interattivi riverberanti che potenziano lo sviluppo del disturbo comportamentale.

2) Di fronte ad un disturbo schizofrenico dobbiamo: a) conoscere le potenzialità della terapia farma-

cologica;

b) ma anche i bisogni psicoterapeutici; c) e l'importanza degli interventi psicosociali; senza fermarsi alla soddisfazione di uno solo di questi bisogni.

3) Di fronte ad un qualsiasi disturbo mentale non possiamo non affrontare:

a) il delicato rapporto tra fattori sociali e familiari che possono avere svolto un ruolo traumatico nella vita dell'individuo;

b) come questi fattori interagiscono con la struttura del bambino;

c) il grado, o i difetti, della resilienza del bambino; concetto quest'ultimo che ha portato a riconsiderare radicalmente il rapporto tra fattori endogeni ed esogeni nella psicopatogenesi dei disturbi mentali.

È sempre di più evidente che la natura bio-psico-sociale dell'individuo non può essere smembrata. Cioè non possiamo più dire 'io mi occupo degli aspetti interni, qualcun altro si occuperà degli aspetti biologici' oppure 'io mi occupo della farmacoterapia, qualcun altro si occuperà degli aspetti sociali'. Se ciò è vero per l'analisi del bisogno tanto più vero è per la definizione dei percorsi di sostegno che dovrebbero essere sempre in grado di sostenere i bisogni biologici, psicologici e sociali dell'individuo. Un percorso di sostegno deve sempre considerare la complessità dell'individuo pena la frammentazione dell'essere e la rinuncia a capire la vera essenza del paziente che ci troviamo di fronte. Ciò non vuol dire assumere un atteggiamento generico che non considera la necessità di individuale sempre un percorso di sostegno sufficientemente focale e specifico. Focale a volte può voler dire scegliere una via unica di ingresso (biologica, psicologica o sociale) relativamente al bisogno che è stato individuato come prevalente, però sempre ipotizzando una reazione a cascata sugli altri ambiti; se, entro un certo tempo (tre mesi?, sei mesi?) tale reazione a cascata non avviene dobbiamo pensare che il nostro intervento non era quello giusto e quindi modificare l'intervento che evidentemente non era quello adeguato, senza accanirsi e colpevolizzare il paziente e la sua famiglia perché i cambiamenti non ci sono stati. ma nella patologia complessa, quale quella con cui sempre più spesso abbiamo a che fare, vuol dire individuare in modo specifico la necessità dell'individuo ad essere sostenuto in ciascuno dei tre campi che cooperano nella costruzione del disturbo psicopatologico.

Resta da affrontare un ultimo problema: il percorso di sostegno va concepito come percorso individuale all'interno di un unico servizio o può essere inteso come il percorso che un paziente può avere all'interno di strutture diverse che rispondono in

modo specifico in tempi diversi a certi bisogni o fasi della malattia? A questo proposito è possibile portare l'esempio della psicopatologia adolescenziale acuta e grave: si tratta infatti di adolescenti che spesso mettono in crisi il percorso di sostegno previsto dai servizi territoriali e necessitano di transitare attraverso strutture diverse di tipo ospedaliero durante la fase acuta della malattia, o di tipo terapeutico nella fase subacuta, per poi poter accedere nuovamente a strutture ambulatoriali nelle fasi di remissione. La necessità di strutture fluide, distribuite adeguatamente sul territorio in base alle necessità epidemiologiche, e afferenti alla psichiatria infantile è chiara ad esempio di fronte allo scompenso clinico di un Disturbo del Comportamento Alimentare, o alla comparsa di un delirio paranoideo, o alla messa in atto di comportamenti gravemente violenti, o ad un grave tentativo di suicidio. Come pensare a questi percorsi di sostegno laddove non siano presenti tutti i presidi necessari a sostenere adeguatamente i bisogni di questi pazienti e delle loro famiglie? Oppure, nel momento in cui tali presidi fossero adeguatamente rappresentati, come è possibile salvaguardare la continuità dell'esperienza del paziente anche nel transito attraverso strutture diverse?

Torniamo così al macrosistema e cioè alla possibilità di organizzare, in base ai bisogni derivati dall'analisi epidemiologica, servizi specifici in cui i singoli individui possono essere introdotti in un adeguato percorso di sostegno. Credo che questa sia la vera sfida attuale della psichiatria infantile non solo italiana: uscire definitivamente dall'idea che un unico modello di sostegno al paziente possa funzionare per tutti i disturbi e garantire ai soggetti in età evolutiva ed adolescenziale luoghi di cura differenziati in base all'analisi puntuale del bisogno. Cioè iniziare a percorrere la strada che può portare a rispondere alla fondamentale domanda del 'cosa funziona per chi'.

¹ Lavoro presentato come intervento al Simposio: Sistemi di supporto in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. XXIII Congresso Nazionale S.I.N.P.I.A., Abano Terme (Padova), 28 Ottobre 2006

Comitato Scientifico

I partecipanti fondatori dell'iniziativa, che hanno preso parte alla prima riunione del 13 luglio 2006 o che, impossibilitati, hanno comunque espresso la loro adesione, sono:

(Regione Toscana) Galileo Guidi; (Coordinatori DD.SS.MM. di Area Vasta) Giuseppe Corlito, Vincenza Quattrocchi, Mario Serrano; (Società Scientifiche: SIP) Annibale Fanali, Remigio Raimondi, (SIRP) Corrado Rossi, (SOPSI) Giovanni Battista Cassano, Lorenzo Lattanzi, Paolo Castrogiovanni, Sara Calossi, Gianfranco Placidi, Valdo Ricca, (SINPI) Mauro Camuffo, Massimo Papini, Filippo Muratori, Maddalena Petrillo, (PRESAM) Paolo Serra, (ETNOPSI) Giuseppe Cardamone; (Dirigenti Psicologi) Paolo Nascimbeni, Enrico Salvi, M. Zampolini, (Dirigenti Infermieri Prof.li DSM) Alessandro Buracchi, Andrea Caiazzo, Mauro Faralli, (Dirigenti Educatori Prof.li) Manuela Nardi, (Dirigenti Assistenti Sociali) Carla Camici, Erica Falaschi, (Presidente Commissione Etica e Deontologica Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali) Maria Luisa Spisni, (Direttore Sanitario Società della Salute Firenze) Sandra Rogialli, (Coordinamento psichiatri toscani) Massimo De Berardinis, Ugo Corrieri, Franco Sirianni, Angela Valtancoli, (DSM Arezzo) Aldo D'Arco, Giampiero Cesari, (Centro Basaglia) Bruno Benigni, Cesare Bondioli, Paolo Martini.

Comitato di Redazione

Bruno Benigni, Cesare Bondioli, Enzo Gradassi, Paolo Martini, Paolo Serra
Segreteria Centro Basaglia: Tina Chiarini, Francesca Doro

Gli elaborati dovranno essere trasmessi alla Redazione utilizzando caratteri Garamond corpo 11, con colonne alte 53 righe, di 52 caratteri ciascuna (spazi inclusi), cioè 5500 battute a pagina, che equivalgono a documenti Word, corpo 12 (in uso abituali nei PC) di 60 righe in formato A4 con margini sn. e dx. di 2 cm.

Le foto, diagrammi, tabelle, dovranno essere predisposte con base corrispondente a 1 colonna o 2 colonne, non con misure frazionate e inviate in documento separato.

Gli articoli conterranno un riassunto di 200 parole; la bibliografia non sarà stampata ma sarà disponibile nel sito web del centro Basaglia dove saranno disponibili tutti i numeri della Rivista e tutti i contributi scientifici offerti nei Convegni organizzati dal Centro. <http://www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it/>