**Alessandro Grispini**

**Vissuti, esperienze, problemi nel lavoro in un SPDC**

Nella mia breve, ma intensa esperienza di due anni come responsabile del reparto del San Filippo Neri, molto si potrebbe dire. In questa sede mi limiterò a segnalare, certo in modo troppo sintetico, attraverso delle semplici “pennellate”, un insieme di vissuti personali, esperienze e problemi così come mi sono apparsi sin dal primo giorno.

Vorrei cominciare con tre vissuti molto personali. Il primo riguarda il fatto di **calarmi di nuovo, dopo 25 anni, in un clima ospedaliero, fortemente medicalizzato**. La fantasia della necessità di possedere una forte competenza medica rappresentava per me una fonte di preoccupazione. Nel lavoro territoriale che avevo svolto per tanti anni, l’aspetto medico era del tutto marginale e nell’accingermi ad assumere il nuovo incarico non mi sentivo del tutto preparato. Una parziale consolazione era quella di poter contare sulle risorse dell’ospedale e delle consulenze specialistiche.

Il secondo vissuto, che non mi ha mai abbandonato per tutto il tempo in cui ho lavorato in SPDC era una **atmosfera di violenza** che si respirava. Non mi riferisco alle inevitabili occasioni in cui si concretizzavano episodi di aggressività reale, ma a cose molto più semplici. Gesti innocui come ad esempio l’aprire o il chiudere energeticamente le porte, il rumore delle chiavi, le voci del personale, la difficoltà di capire, senza assistervi, la differenza fra discussioni scherzose ed alterchi da parte del personale infermieristico, tutto questo evocava un clima di violenza.

E poi il **tempo**, **l’incalzare dell’azione** **e la necessità di prendere decisioni rapide**. Il turno trascorreva velocemente, senza soluzioni di continuità, fra le riunioni di équipe (una al mattino allo 8.00, una dopo il giro visite e l’aggiornamento delle terapie alle 11.00 e l’ultima alle 13 e 30 al cambio turno), le **consulenze** nei reparti, la “discesa” al Pronto Soccorso, le emergenze relazionali in reparto, il colloquio con gli infermieri o con i familiari più agguerriti.

Ciò che mi colpì sin dal primo giorno era **l’esiguità di una funzione psicologica** nel pur breve percorso terapeutico possibile. **Il giro visite era stereotipato ed emotivamente inconcludente**, gli spazi per i colloqui ridotti ad una stanza disadorna, l’interesse principale rivolto alla valutazione dell’effetto contenitivo dei farmaci. Pochi colleghi parlavano veramente con i pazienti, mentre gli infermieri erano impegnati in “compiti” esecutivi da mansionario oppure isolati nella sala infermeria.

C’è da dire che gli spazi dell’allora SPDC erano veramente infelici, oltre che brutti. Ora la situazione appare molto diversa con un reparto totalmente rinnovato, quadruplicato negli spazi e certamente più accogliente.

Un elemento di alta tensione per tutti i medici era il **lavoro al Pronto Soccorso**. Non solo per l’obiettiva difficoltà a gestire situazioni di acuzie in un contesto caotico e indifferenziato, ma anche per la lotta quotidiana nella relazione con i colleghi del PS il cui scopo era quello di “risolvere” il problema il prima possibile. Spesso la questione cruciale era se ricoverare in reparto oppure trattenere in osservazione il paziente o, ancora, dimetterlo il prima possibile. Anche qui, l’urgenza dell’agire sotto la pressione del contesto non consentiva di analizzare in modo adeguato la situazione. Le difficoltà erano evidenti quando si trattava di pazienti che avevano abusato di sostanze; il mandato degli psichiatri era quello di non ricoverare pazienti se non dopo lo smaltimento delle sostanze di abuso, al fine di valutare la presenza di un disturbo psichiatrico evidente. Tutto ciò avveniva mantenendo il paziente in PS assieme ad altri pazienti che presentavano problemi internistici.

Numerosi sono stati i tentativi di definire un protocollo condiviso fra psichiatri e medici del PS per ridurre la conflittualità e indicare dei percorsi condivisi.

L’urgenza operativa del PS riverberava nell’**urgenza del reparto a dimettere**. Vi erano giorni in cui il compito primario del responsabile era quello di decidere chi dimettere con l’unico scopo di creare posti letto per i ricoveri che sarebbero avvenuti ne corso della giornata! E’ inutile sottolineare l’incompatibilità fra questa esigenza organizzativa e la funzione terapeutica. Ciò nonostante, capitava spesso di superare di gran lunga i posti letto disponibili ed andare in un pesante sovrannumero.

Altri elementi problematici: **discontinuità nella presenza degli psichiatri** (di fatto solo il responsabile garantiva la continuità degli interventi), **scarsezza di risorse di psicologi (1 psicologa di ruolo), mancanza di unitarietà nella gestione della terapia farmacologica** (gli psichiatri in turno il pomeriggio o la notte potevano cambiare la terapia), **scarso coinvolgimento degli infermieri sulla dimensione relazionale**.

A fronte di questi problemi, legati alla cultura di tutti gli SPDC, vanno segnalati quelli che a mio modo di vedere erano i **pregi** del reparto: le **tre riunioni giornaliere di équipe** in cui la discussione sulla “persona” del paziente era più importante della diagnosi, la **rilevante presenza di tirocinanti psicologi e medici** (tutti hanno apprezzato l’esperienza fatta all’SPDC), l’**attività di ricerca**, il **clima goliardico del gruppo**, che funzionava come una sorta di formazione reattiva rispetto all’angoscia del compito, la **supervisione con Renzo Carli e Rosa maria Paniccia**, che ha rappresentato una significativa discontinuità con le precedenti esperienze, permettendo di riflettere su questioni generalmente bypassate dalla pressione ad agire (la tendenza del gruppo a de-responsabilizzarsi sotto la spinta di una leadership carismatica, l’”incoerenza” del paziente psichiatrico che produce incoerenza nei comportamenti del gruppo, il conflitto fra relazione e prescrizione, la necessità di cogliere il valore comunicativo del rifiuto del trattamento, il contratto medico-paziente fondato sulla “decisione” di quest’ultimo nel definirsi “malato”, la delega del gruppo al capo rinunciando alla propria “libertà”, la pluralità dei committenti, il rapporto fra competenza relazionale e competenza organizzativa).

**Dirigere la “complessità” di una Unità Organizzativa Complessa**

Se il lavoro dell’SPDC ha una sua unità di luogo, la gestione di una UOC deve fare conti con la dispersione degli spazi ai quali corrispondono strutture diverse, ognuna portatrice di scopi differenti (seppur idealmente integrati con le altre articolazioni) e di culture locali spesso chiuse e autocentrate.

Come è noto una UOC è un insieme di strutture che dovrebbero lavorare in modo abbastanza integrato e che comprende, nella sua forma più essenziale, un Centro di Salute Mentale, un Centro Diurno ed una Struttura Residenziale.

La UOC che attualmente dirigo è più articolata.

Intanto i CSM sono 2 (uno di essi in realtà declassato a “Presidio”), poi ci sono 2 Centri Diurni, una Struttura residenziale per 18 ospiti, un Gruppo Appartamento e circa 25 “appartamenti personalizzati” seguiti a fasce orarie.

Queste strutture sono ubicate all’interno del II Municipio che comprende i quartieri Parioli, Trieste, Flaminio, San Lorenzo, Piazza Bologna.

Ma la UOC estende le sue funzioni anche **altrove**, in primo luogo presso la nascente Casa della Salute dove ha sede il PUA (il Punto Unico di Accesso di tutti servizi del Distretto) e dove verrà trasferita a breve l’équipe di Accoglienza. Molto stretti sono i rapporti con il Distretto ed l’Assessore alle Politiche Sociali del Municipio.

Il Distretto II deriva dalla fusione di 2 ex Distretti. Questo ha comportato un accorpamento forzato con trasferimento di operatori (non sostituiti) ad altri servizi. A ciò si sono aggiunti numerosi pensionamenti, senza sostituzione, con il risultato di migrazioni di centinaia di pazienti agli operatori ancora in servizio. Molti pazienti non risultavano essere stati ancora assegnati.

Quanto precede serve a dare una idea di massima della cornice generale.

L’impatto con questa nuova UOC della ex Roma A (io provenivo dalla direzione di un’altra UOC, quella del Municipio 14, storicamente collegata al Santa Maria della Pietà e che ha dato il contributo maggiore al suo superamento) è stato meno forte rispetto all’esperienza dell’SPDC.

Limitandomi anche qui a fornire solo brevi cenni, posso dire che accanto alle caratteristiche che possiamo rinvenire in tutti i servizi psichiatrici, ho potuto riscontrare, al momento del mio insediamento, alcune peculiarità locali.

In primo luogo il **relativo isolamento funzionale, culturale ed emotivo delle diverse strutture** che compongono la UOC.

In secondo luogo, la **centralità dello psichiatra**, abituato a lavorare “in proprio” con uno stile privatistico e con grandissima “flessibilità” e disinteresse per tutte le cosiddette incombenze istituzionali (registrazione delle prestazioni, compilazione della cartella elettronica).

Collegato a questo tema c’è quello di un **sostanziale disinteresse per un lavoro in équipe per i casi più gravi**. (A titolo di esempio posso affermare che da una rilevazione interna, l’80% dei pazienti con diagnosi di schizofrenia è seguito solo dallo psichiatra.)

Gli i**nfermieri** erano marginalizzati a funzioni esecutive (somministrazione dei farmaci), ma va segnalato che alcuni di essi gestivano gruppi riabilitativo-risocializzanti (piscina, palestra, cinema, poesia, canto, ecc.) in virtù di un programma in voga nella ex Roma A definito **riabilitazione diffusa**, che indica attività riabilitative a partenza dai CSM e non dai Centri Diurni.

Gli **psicologi** (che al momento del mio arrivo erano complessivamente una decina tra CSM, Centri Diurni e Residenza, mentre oggi sono ridotti a tre unità) erano impegnati in psicoterapie individuali su mandato degli psichiatri. Alcuni di loro gestivano lo storico **gruppo multifamiliare**, la **formazione** e il **tutoraggio dei tirocinanti**.

Gli **Assistenti Sociali** svolgevano una notevole mole di lavoro.

Vorrei ora solo nominare solo alcune iniziative che ho cercato di attuare sin dall’inizio.

1. **Riforma dell’accoglienza**. Ogni paziente che entra nel CSM ha una équipe. Se il paziente è multiproblematico tutti i membri dell’équipe sono coinvolti nella definizione del programma terapeutico. Per le situazioni più autoreferenziali generalmente è lo psicologo che fa la valutazione della domanda e decide il percorso da fare e se coinvolgere, in funzione di quanto emerge nel corso del tempo, eventuali altre figure dell’équipe.
2. **Valorizzazione della funzione di Case Manager per i casi multiproblematici**, con progressivo spostamento verso figure professionali diverse da quello dello psichiatra.
3. **Definizione di percorsi differenziati fra casi multiproblematici e situazioni autoreferenziali (Disturbi Emotivi Comuni)** (in preparazione dell’imminente trasferimento dell’Accoglienza presso la Casa della Salute)-
4. **Istituzione di una équipe per l’Assistenza Domiciliare Programmata con Case Manager unico per tutti i pazienti.**
5. **Partecipazione mia personale alle riunioni settimanali di ciascuna struttura.**
6. **Presa in carico di pazienti da parte del direttore che svolge anche attività clinica di base.**
7. **Valorizzazione del personale: definizione di un incarico ufficiale e deliberato per ogni dirigente e condivisione di compiti/funzioni di responsabilità per tutto il resto del personale.**
8. **Attivazione di gruppi per i Disturbi Emotivi Comuni.**
9. **Avvio di un processo di rinnovamento dei Centi Diurni.**
10. **Contenimento dell’autoreferenzialità del personale.**

Nel complesso mi trovo bene, i rapporti con i colleghi sono buoni, le situazioni difficili le discutiamo insieme, gran parte delle decisioni scaturiscono dal dibattito.

C’è, come ovvio, molta frammentazione e gestione delle urgenze cliniche ed amministrative.

I pazienti con **doppia diagnosi**, gli **autori di reato**, i **senza fissa dimora**, le **derive sociali** come in tutti i CSM rappresentano l’utenza più problematica, spesso senza reali e possibili soluzioni.

Un problema irrisolto è la gestione dei cosiddetti **Disturbi Emotivi Comuni** per i quali la psicoterapia individuale non è proponibile per carenza di risorse. Non sono d’accordo con le direttive nazionali di trattare queste problematiche con la **Consulenza** che nei fatti vuol dire sbarazzarsi del problema il prima possibile.

Se siamo un dipartimento di salute mentale e non un semplice dipartimento di psichiatria, questa tipologia di domande di aiuto, impropriamente ritenute minori o meno gravi, debbono poter ricevere una risposta appropriata.

Il tema delle **doppie diagnosi**, altro termine errato e fuorviante, rimane un’altra area irrisolta. L’inadeguatezza del SERD è evidente. Ora che questo servizio è entrato nel DSM, ci si auspica che sviluppi una propria specifica competenza in cui la dimensione psicologica ed anche psichiatrica venga finalmente potenziata.

Per il resto, il cosiddetto “territorio” è un pozzo senza fondo di domande ed il vissuto degli operatori è quello di essere un contenitore infinito sempre più logoro in cui la valenza del controllo sociale, lungi dall’essersi ridotta nel corso degli anni, rappresenta una funzione sempre più rilevante.

A tutto ciò, si aggiungono le domande che vengono dall’organizzazione. Domande di efficienza, di eccellenza, di puntualità, di innovatività…Anche qui il vissuto dell’operatore è quello di uno scollamento fra queste richieste e il piano di realtà. E’ la confusione fra “mezzi” e “fini” di cui abbiamo tante volte discusso.