



Azienda Ospedaliera
Ospedale S. Anna

www.hsacomo.org

Sistema Sanitario  Regione
Lombardia

LA VOCE DEL DSM

Notizie e progetti del Dipartimento di Salute Mentale - Supplemento all'house organ aziendale, ottobre 2012 Anno II numero 6

IL REO FOLLE



*In me l'anima c'era della meretrice
della santa della sanguinaria e dell'ipocrita.
Molti diedero al mio modo di vivere un nome
e fui soltanto una isterica
(Alda Merini)*

Abbiamo scelto questi versi di una delle poetesse più significative del nostro tempo per cominciare un viaggio negli ospedali psichiatrici giudiziari, partendo dalla realtà di Castiglione delle Stiviere. Un viaggio, come leggerete, di andata e ritorno in una realtà che non può che interrogare le coscienze e le professionalità di tutti noi

COME CAMBIANO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI



Con l'approvazione dell'emendamento da parte del Senato, all'interno del decreto-legge sul sovraffollamento delle carceri, che stabilisce il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ha preso avvio la complessa procedura che dovrà portare entro il 31 marzo 2013 alla chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, e che passa attraverso la definizione da parte delle Regioni dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone detenute in tali strutture. Gli Opg - gli ospedali psichiatrici giudiziari - dovranno quindi chiudere i battenti e le persone che ora vi sono rinchiusi - sono circa 1.500 - dovranno essere custodite in nuove strutture, a carattere ospedaliero e con una rete di vigilanza solo esterna che permetta di tutelare la loro dignità. Il ministro della Giustizia Paola Severino ha sottolineato, conversando con i cronisti al termine della seduta di palazzo Madama che ha ratificato la decisione, che "il concetto della riforma è che se una persona è socialmente pericolosa sarà comunque custodita, in un luogo in cui sarà privilegiata la cura ma dove ci sarà vigilanza". Allo stato attuale nei sei OPG (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Napoli, Reggio Emilia) sono presenti circa millequattrocento internati. Sofferenti psichici autori di un reato, sottoposti a una misura di sicurezza detentiva che può essere prorogata. Il meccanismo della proroga fa sì che centinaia di persone, per le

quali non vi è più alcuna condizione di pericolosità sociale, siano ancora internate. Secondo i dati della Commissione Marino, almeno il trenta per cento degli internati potrebbe trovare la libertà se fosse preso in carico dai servizi sociosanitari. Una condizione che va sommata allo stato di estremo degrado e abbandono di queste strutture, gironi danteschi di un inferno a lungo dimenticato. È stato indispensabile che fosse reso pubblico, nel 2010, il rapporto del comitato europeo per la prevenzione della tortura sulla visita all'Opg di Aversa. Il rapporto denunciava le condizioni inumane e degradanti degli internati, in completo abbandono medico e sociale, l'uso della contenzione fisica, una lunga serie di morti. Ciò ha consentito di mettere in moto il processo che ora sembra riuscire a portare alla chiusura di questi luoghi. La commissione parlamentare di inchiesta sull'efficienza del sistema sanitario, presieduta da Ignazio Marino, ha, a seguito del rapporto, ispezionato (in compagnia dei carabinieri dei NAS), tutti gli Opg e ha riscontrato quasi ovunque condizioni vergognose e insufficienti a garantire cura e assistenza. Addirittura alcuni reparti di Barcellona e Montelupo sono stati posti sotto sequestro, per via del loro stato di fatiscenza. La Commissione ha realizzato un filmato delle visite effettuate che non lascia spazio a dubbi sulla inumanità di queste ultime istituzioni totali. Lo stesso presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, prendendo atto di questo lavoro, li ha definiti un orrore medioevale. Ma adesso che si è stabilita la chiusura degli Opg che succede? La nuova norma prevede che dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno di strutture sanitarie, fermo restando che quanti hanno cessato di essere socialmente pericolosi devono essere senza indugio dimessi e presi in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di Salute Mentale. Tali strutture sanitarie sostitutive, secondo il senatore Marino dovranno essere conformi agli standard per le strutture residenziali di tipo psichiatrico, «piccoli nuclei assistenziali (max. venti posti) ubicati all'interno della regione di appartenenza del malato» con il compito di

garantire il reinserimento sociale una volta finita la pericolosità sociale. Per la realizzazione di tali nuove strutture sono stati stanziati fondi per un totale di 180 milioni di euro: 120 milioni per l'anno 2012 e 60 milioni per il 2013. Per il funzionamento delle nuove residenze sanitarie vengono stanziati per il 2012 38 milioni di euro. A decorrere dal 2013 tali oneri sono incrementati fino a 55 milioni, che vanno aggiunti ai 23 milioni di euro, già in carico al servizio sanitario nazionale per la copertura degli oneri degli attuali Opg. Ma non è sicuramente semplice dare concretezza alla prospettiva di chiusura. Innanzitutto, perché è probabile che il governo chieda tempi più lunghi. Poi si pone il quesito di come sostituirli. Perché è alto, fanno notare da più parti, il rischio di riprodurre manicomi civili, magari in piccolo, o di prendere come modello per il futuro l'Opg di Castiglione, l'unica struttura che ha superato positivamente l'esame del Comitato europeo pur mantenendo la configurazione che si vorrebbe superare di Ospedale Psichiatrico. Si aggiunge a questo che allo stato attuale non sono ancora previste modifiche al codice penale e al sistema di proroga delle misure di sicurezza, dovendo quindi fare riferimento ad una normativa in sintonia con la funzione degli OPG. Nell'affrontare le criticità di tale percorso, abbiamo intervistato il Direttore dell'OPG di Castiglione delle Stiviere Antonino Calogero, che inquadra dal suo autorevole e privilegiato punto di vista pregi e difetti delle attuali prospettive.

(gianmaria.formenti@hsacomo.org)

OPG, IL QUADRO DELLA SITUAZIONE

Attualmente sono circa 1400 i pazienti psichiatrici autori di reato internati nei 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani: Aversa, Napoli, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Barcellona Pozzo di Gotto, Castiglione delle Stiviere. La legge del 14 febbraio, relativa all'emergenza carceri, contiene un articolo specifico che stabilisce le modalità e i tempi di chiusura di questi ultimi ospedali psichiatrici ancora aperti in

Italia. Entro il 31 marzo gli OPG dovranno cessare la loro attività: per i pazienti ancora soggetti a misura di sicurezza, queste dovranno essere attuate in strutture di nuova apertura, appartenenti ai servizi sanitari delle Regioni; tutte le persone dimissibili dovranno essere inviate ai Servizi di salute mentale del loro territorio di appartenenza. Le regioni quindi, con i loro Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e in proprie strutture, saranno chiamate a gestire in proprio questa tipologia di pazienti.

Quale lo stato dell'arte nella Provincia di Como?

I dati raccolti dal nucleo di monitoraggio dei pazienti in OPG, istituito dalla Regione e a componente mista ASL e DSM, sono i seguenti: 35 sono attualmente i pazienti della Provincia internati in OPG o in strutture alternative, 33 uomini e due donne. Altri due pazienti autori di reato sono attualmente alla CRA di Longone, provenienti direttamente dal carcere. Per i pazienti fuori dall'OPG la posizione giuridica varia dalla licenza esperimento alla libertà vigilata con gradi diversi di limitazione. Come risulta chiaramente da questi dati la collaborazione fra il nostro DSM e gli OPG in relazione all'individuazione di strutture alternative e formulazione di progetti terapeutico - riabilitativi, è in atto da diverso tempo, con il coinvolgimento dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna), delle varie agenzie e cooperative provinciali e comunali soprattutto per l'inserimento lavorativo, ovviamente della Magistratura di Sorveglianza, nonché dei SERT nel caso di comorbidità con l'abuso di sostanze. Per questi pazienti il percorso di cura, nel rispetto delle singole individualità, ricalca quello che viene attuato con gli altri "liberi", con il riconoscimento dei diversi bisogni e disabilità e la sollecitazione a mettere in campo tutte le risorse possibili. Per loro, forse più che per gli altri, la famiglia ha un ruolo importante e strategico. Deve essere aiutata e supportata perché possa, per quanto possibile, accettare il reato e chi lo ha commesso favorendone il rientro nella quotidianità che, più di una volta, è avvenuta in un luogo diverso da quello di residenza. Per qualche paziente questo percorso ha portato alla libertà, ad un lavoro e a una casa e ad un

grado sempre maggiore di autonomia, per altri, come tutti nella propria attività clinica ben conoscono, gli obiettivi da raggiungere sono stati di grado minore e hanno contemplato la permanenza in un ambito comunitario a valenza più assistenziale che riabilitativa. Se l'evoluzione individuale verso uno stato di benessere è l'obiettivo principale di ogni percorso di cura, per il paziente autore di reato questo percorso passa, secondo la nostra esperienza e dai racconti autobiografici, necessariamente per il riconoscimento della propria responsabilità, dall'elaborazione del senso di colpa attraverso sì un lavoro psicologico su di sé ma anche attraverso l'espiazione di una pena, di fronte a reati a volte gravissimi come l'omicidio. Di questo si deve tenere conto, così come del vissuto emotivo degli altri ospiti delle comunità e degli operatori. Su quest'ultimi grava il dovere di prendersi cura di pazienti nei confronti dei quali il pregiudizio e il timore per la propria incolumità rende sicuramente più difficile l'avvicinarsi all'altro e l'instaurarsi di una relazione terapeutica. Si ritiene quindi indispensabile che il legislatore, nel dare le linee guida per la chiusura degli OPG, ponga attenzione nel definire, dal punto di vista economico, le risorse necessarie per la formazione continua del personale. L'esperienza del DSM di Como è stata portata nel convegno del 23 marzo che si è tenuto all'Auditorium della Carità di Milano, dove le due relazioni di Benevelli, psichiatra, "Quale ruolo per lo psichiatra nella realizzazione della legge Marino", e di Maisto, magistrato, "Difficoltà di realizzazione della nuova legge dal punto di vista giuridico" hanno sollevato numerose domande sul futuro dei pazienti autori di reato e sulla reale attuabilità della nuova legge. Come e dove saranno le nuove strutture, quale sarà il ruolo dell'OPG di Castiglione, attualmente l'unico affidato non al Ministero della Giustizia ma a quello della Salute, come conciliare la necessità di cura con quelle relative alla sicurezza, sono solo alcune delle domande che attendono risposta. Sicuramente i pazienti autori di reato riprenderanno piena cittadinanza nel Servizio Sanitario Nazionale, di cui da poco tempo la Sanità penitenziaria fa parte, e il DSM diverrà lagente principale nel loro processo di cura.

(Tiziana Savini)

LA PAROLA A CASTIGLIONE DELLE STIVIERE



Le condizioni degli OPG, così come dei carceri, dice il dottor Antonino Calogero, primario dal 1989 presso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione Delle Stiviere, sono gravi, così come è stato evidenziato anche dalla Commissione Ministeriale Giustizia del Senato. In Italia sono presenti 6 OPG, di cui 5 dipendenti dal ministero di giustizia ed uno, quello di Castiglione, ospedaliero. Il primo ad essere istituito, nel 1875, è l'OPG di Aversa, dove nasce anche la prima sezione femminile. Gli OPG, in origine "Manicomi Giudiziari", nascono per tirar fuori il folle dal carcere. Ma quando si voleva punire un detenuto veniva inviato spesso al Manicomio Criminale. A Mantova, nel 1939, viene fatta una convenzione dell'Ospedale Civile con il Ministero di Grazie e Giustizia per gestire una sezione di ospedale civile per pazienti autori di reato (questa è la definizione formale). Nel 1950 Castiglione diventa l'unica struttura con una sezione femminile, in quanto la sezione di Aversa viene chiusa ed ivi trasferita. Nel 1965, con la legge 354 dell'ordinamento penitenziario, viene cambiato il nome da Manicomio Criminale ad Ospedale Psichiatrico Giudiziario. In realtà le altre strutture, ad eccezione di Castiglione delle Stiviere, erano sezioni carcerarie impropriamente chiamate OPG, che non si sono mai evolute. Solo negli ultimi anni, grazie al sen. Ignazio Marino, che ha avuto la forza di mettere in discussione gli istituti denunciandone l'abbandono medico e sociale e richiedendone la messa a norma, si è avviato l'attuale processo di revisione.

Un processo questo che deve portare alla definitiva chiusura degli OPG entro il marzo 2013, come previsto dal decreto legge. Cosa ne pensa chi ha responsabilità

di direzione di un OPG?

In Italia è molto più facile distruggere che costruire. Io avrei chiuso queste carceri per trasformarle secondo il modello di Mantova. Ma oggi è tabù dire “non chiudere gli OPG”. In Inghilterra e Germania esistono istituti, come è attualmente Castiglione, ad alta e media security. In queste nazioni, a differenza dell'Italia, tutti sono imputabili. Dopo che un imputato viene processato, se ritenuto colpevole e se vi è l'indicazione di patologia psichiatrica, viene affidato ai medici nelle strutture psichiatriche, che ogni anno relazionano al magistrato di sorveglianza. Il nostro sistema penale è differente: la persona può non essere imputabile prima della sentenza se viene riconosciuta incapace di intendere e volere all'atto del fatto. Se, all'atto della perizia, sussiste la pericolosità sociale, non viene condannato al carcere, ma internato in un luogo dove viene eseguita la misura di sicurezza. Se non esiste pericolosità, la persona viene assolta dal reato. La misura di sicurezza serve per permettere di curare il paziente. Un mese prima della scadenza, il magistrato di sorveglianza riesamina la pericolosità sociale: cioè definisce se l'internato è ancora pericoloso od in grado di venire liberato: come se il detenuto, alla scadenza della pena, andasse davanti al magistrato per decidere se sia o meno in grado di essere scarcerato.

E' possibile ipotizzare soluzioni a questa disparità di trattamento tra il reo sano ed il reo folle?

Il problema è delicato e complesso. In realtà non si può mandare fuori il paziente se non si crea un sistema di rete in cui il DSM venga coinvolto durante il periodo di esecuzione della misura di sicurezza per decidere dove debba andare. La pericolosità è come un interruttore di entrata uscita dall'OPG: quando diciamo che un paziente non è più pericoloso socialmente per legge significa uscire: ma nel caso non ci sia un territorio che lo accoglie, il magistrato non lo fa uscire, prorogando la misura di sicurezza. Vi è un controsenso, per cui si ammette che una persona è guarita ma nello stesso tempo non può venire scarcerata. Problema fondamentale è la mancanza di strumenti per fare questo lavoro: o si creano strutture adeguate con personale formato nell'ambito della

psichiatria forense, o ci troveremo in gravi difficoltà. Ho fatto presente al sen. Marino, presidente della commissione ministeriale Giustizia, che non c'è bisogno tanto di un decreto per chiudere gli OPG, quanto di potenziare i DSM per potersi fare carico del problema, in quanto il territorio non è ancora pronto ad affrontare i rischi. Il decreto di chiusura degli OPG si inserisce in una cornice ad ordinamento penale invariato, dove il ministero della salute deve ridisegnare le strutture entro il febbraio 2013. Se ipotizziamo l'apertura di strutture modulari di 20 letti non basta pensare ad organizzarla e preparare gli operatori. Il ministero della Salute ha il compito di chiamare le regioni per disegnare le strutture. La regione, in accordo con il DAP, ha la facoltà di provvedere ad una cinta penitenziaria esterna. A parte il problema di dove prendere gli agenti per la cinta esterna, gli agenti di polizia penitenziaria rispondono ovviamente ad un dirigente del DAP, e non ad un dirigente sanitario, agendo in una ottica differente. Ci troviamo quindi in una dinamica gestionale a cui si risponde a due amministrazioni diverse, con diverse *mission*. Un esempio banale ma esemplificativo è dato dal fatto che, per entrare in una struttura penitenziaria, è necessaria l'autorizzazione della direzione che prevede una serie di controlli. Ultimamente è venuto da noi un gruppo della regione Veneto per approfondire il nostro modello. Prima sono stati a Reggio Emilia, e poi sono passati da noi. Da noi sono entrati subito, a Reggio hanno dovuto aspettare più di un'ora per i controlli richiesti nonostante la visita fosse programmata da tempo, e non hanno potuto visitare tutto l'istituto. La polizia penitenziaria fa giustamente il suo lavoro, ma non è certo facile trovare la sintonia con la filosofia sanitaria.

Quali sono le difficoltà maggiori da risolvere per poter realizzare un percorso riabilitativo sul territorio?

La difficoltà principale è data dal fatto che, in questo sistema binario salute/giustizia, ci troviamo a dover affrontare mutamenti a codici penali invariati. Dobbiamo tenere conto che oggi dagli OPG si esce con due modalità, che rientrano nella esecuzione penale esterna. La prima è la licenza di esperimento, in attesa della ridefinizione della

pericolosità sociale. La seconda è la revoca della misura di sicurezza, con l'applicazione della libertà vigilata. Queste persone non sono sottoposte a sorveglianza, ma vincolate ad obblighi di legge che fanno decadere lo stato di licenza o libertà provvisoria nel momento in cui venissero infrante. Con il nuovo ordinamento ai DSM verrebbero affidate anche persone in esecuzione penale detentiva, quindi sottoposte a sorveglianza. Facciamo l'esempio di una persona condannata per omicidio, affidata al DSM. La misura di sicurezza per omicidio è di 10 anni. In questi 10 anni non possiamo certo pensare che il paziente non possa muoversi dalla struttura, in quanto l'ottica riabilitativa richiede la possibilità di uscire nel territorio. Secondo me inoltre è utile che ci sia una certa distanza emotiva: il paziente può incontrare le vittime: non dobbiamo dimenticare che il 65% dei delitti avvengono in ambito familiare; questo ancor di più ci deve far riflettere su quali problematiche è utile soffermarsi per far fronte alle difficoltà del rientro nel territorio.

In questa cornice, quali potrebbero essere le difficoltà da affrontare da parte degli operatori?

Fondamentale è l'ambito della competenza e della motivazione. Quando abbiamo aperto la Comunità "Gonzaga" per persone in libertà vigilata, all'esterno del recinto dell'OPG, il 50% degli operatori erano già formati alle problematiche, provenendo dall'Ospedale Giudiziario. E' difficilissimo pensare che in altri ambiti possa essere fatto in poco tempo tale trasformazione, dove si coniuga la competenza clinica con quella forense. Gli operatori si trovano quotidianamente a confrontarsi con problematiche di natura medico legale, e con responsabilità a cui chi lavora sul territorio non è preparato: e oltre ad essere formato, deve anche essere motivato. Anche per questo ritengo importante per la Regione Lombardia che oggi la maggior parte dell'attività rimanga a Castiglione. In questo modo si realizzerebbe un ridimensionamento dei reparti, e 3-4 comunità distribuite nell'ambito della Lombardia. I costi sono ben diversi se si dovessero creare 12/13 centri di esecuzione penale detentiva, in quanto non è solo questione di mura, ma anche e soprattutto di strutture adeguate come spazi ed organizzazione, di competenze, di rete

territoriale. Non dimentichiamo che la popolazione degli OPG è in continuo aumento. Anche ultimamente vi è stato un ingresso di nuovi pazienti, in particolare di disturbi di personalità: e a queste richieste sicuramente va data una risposta adeguata.

(gianmaria.formenti@hsacomo.org)

DENTRO LE MURA DELLA CASA CIRCONDARIALE DI COMO

- Scenario carcere... Quale contesto di vita? Nell'immaginario collettivo, quando si pensa al carcere, si fa riferimento ad immagini evocate da film e quindi a qualcosa di lontano da noi. Il carcere non è per niente lontano da noi, né una questione sporca da far risolvere agli altri. Il carcere è una realtà dove il tempo diventa interminabile e lo spazio si restringe, è una città nascosta nella nostra città dove vivono persone che hanno sbagliato e che possono modificare le proprie modalità comportamentali solo se sono posti nella condizione di poterlo fare. Pertanto, il carcere di Como va considerato come un luogo ricco di umanità e di relazioni umane dove uomini, donne (non solo detenuti ma anche operatori) e bambini vivono come persone che hanno una propria storia e dei bisogni psicologici.



- Quali sono le caratteristiche dell'intervento Psicologico?

In tale contesto si inserisce l'intervento Psicologico che mira a migliorare la condizione emotivo-psicologica del paziente-detenuto e prevenire agiti suicidari o autolesivi nella fase iniziale della carcerazione e nell'intero percorso carcerario. Il processo di cura, dopo il lavoro di équipe con i medici Sias, prende il via con la pianificazione di un piano trattamentale individualizzato a seconda dei bisogni e

risorse del singolo detenuto. E' da rilevare che l'intervento psicologico s'inserisce in un ambiente dove la motivazione e la consapevolezza della persona di iniziare un percorso di cura non sempre c'è e spesso parte del lavoro riguarda inizialmente la messa a fuoco della problematica affinché il paziente, dopo averne valutato l'importanza per sé, se ne prenda cura. Non sono da sottovalutare le simulazioni di problematiche riguardanti la Salute Mentale per ottenere riduzione di pena o Misure Alternative.

- Quali sono i problemi più evidenti riscontrati nell'ultimo periodo?

Nel periodo estivo si sono verificati molti casi di messa in atto di agiti auto lesivi. L'intervento degli esperti del DSM (psichiatri e psicologo) e il confronto con i medici, ha denotato come gran parte degli agiti non derivasse da variabili endogene e quindi dovute a psicopatologie, ma, derivavano da altre variabili correlate alla difficoltà d'ordine sociale ed istituzionale.

- In che modo è possibile affrontare tale problematica e quindi favorire il benessere dei detenuti?

Spostando il focus dalle variabili esclusivamente cliniche e personologiche a quelle più sociologiche e di contesto, ci apre a riflettere su come indirizzare l'aiuto Sanitario in quanto abbiamo notato che dando priorità alle persone che esprimono con l'autolesionismo un disagio esistenziale profondo si rischia di rinforzare in modo implicito comportamenti disfunzionali. E' molto forte, da parte degli operatori, la consapevolezza di dover lavorare secondo una prospettiva olistica e sistematica per comprendere le multiproblematicità che il detenuto si trova a dover affrontare nel corso della detenzione. Solo con un intervento multidisciplinare, in sinergia tra le competenze (Operatori Penitenziari, Area Pedagogica e Sanitaria) può favorire l'analisi di tutti i livelli di funzionamento del detenuto (biologico, psicologico e socio-relazionale). Inoltre, nel favorire il benessere del detenuto, è importante "un'ospitalità" libera da ogni forma di valutazione intesa come giudizio o biasimo; ciò favorisce la loro apertura autentica. Sembrerebbe che la relazione interpersonale che si crea nel percorso di cura, sia una relazione antitetica a quella vissuta in

passato dal detenuto, che favorisce nuovi apprendimenti e quindi nuove modalità di stare in relazione con gli altri (operatori, cancellini e agenti) preparandosi al reinserimento in società.

(lucia.meola@hsacomo.org)

I PROGRAMMI INNOVATIVI REGIONALI AD UNA SVOLTA

Regione Lombardia, in occasione della scadenza a dicembre della prima annualità dei Programmi Innovativi 2012 e in vista di un possibile rinnovo per il 2013, ha avviato un percorso di revisione delle tematiche strategiche e di ridefinizione degli indicatori, secondo quanto previsto in materia dalle "Regole 2012" (Allegato 13 della DGR 2633/2011). Il presupposto è che una maggiore omogeneità nella raccolta dei dati possa permettere di individuare gli interventi più efficaci così da permettere una programmazione più aderente alle aree di bisogno in termini di salute pubblica e innovazione delle pratiche della psichiatria territoriale. Concretamente, al fine di migliorare i processi di valutazione e assicurare la coerenza metodologica dei progetti rispetto alle tematiche strategiche, occorre validare set di indicatori atti a misurare gli esiti attesi nelle diverse aree progettuali. Tali indicatori dovranno essere proposti entro il 15 ottobre 2012 dalle ASL alla DG Sanità, la quale a sua volta favorirà il costituirsi di ambiti di lavoro per il coordinamento regionale delle tematiche affini anche allo scopo di elaborare criteri condivisi dai Responsabili scientifici.

L'analisi dei progetti in corso ha permesso di individuare tre grandi tematiche strategiche e relative sottoaree, ognuna delle quali raggruppa un certo numero di Programmi relativamente affini, con una ASL capofila. La revisione degli indicatori dovrà avvenire rispettando la specificità delle diverse tematiche strategiche e delle relative sottoaree, ma inserite in una cornice comune ed omogenea. Per ogni area strategica e sottoarea dovranno essere definiti gli indicatori relativi, rispetto ai quali Regione Lombardia propone contenuti e suggerimenti

di metodo. Le 7 ASL individuate come capofila hanno già provveduto ad organizzare gruppi di lavoro con i Direttori scientifici dei diversi programmi e i relativi DSM scientifici dei diversi progetti con il compito di elaborare una proposta di indicatori omogenei per tematica strategica. La proposta formulata dai gruppi di lavoro dovrà essere conclusa entro e non oltre il 15 ottobre 2012, per poi essere validata dal Comitato Tecnico della Direzione Generale Sanità. Per quanto riguarda i Programmi dipartimentali dell'OCSM di Como:

- I Programmi “*TR 16 Intervento precoce nelle psicosi*” e “*TR 84 Adolescenti e giovani adulti*” rientrano nella tematica strategica 1 (Intervento Precoce e Giovani) capofila ASL Milano

- I Programmi “*TR17 Ritornare a casa*” e “*TR 20 Vivere in prossimità*” rientrano nella tematica strategica 3b (Inclusione sociale), capofila ASL di Bergamo

- Il Programma “*TR 18 Un patto per la salute mentale*” rientra nella tematica strategica 3d (Psicoeducazione. Utenti, Familiari, Associazioni), Capo-fila ASL di Como

- Il Programma “*TR 19 Presa in carico integrata di pazienti psichiatrici con bisogni psico-sociali-sanitari complessi*” rientra nella tematica strategica 3C (Riabilitazione psicosociale) Capo-fila ASL di Brescia.

I Responsabili scientifici dei Programmi Innovativi comaschi hanno partecipato in queste settimane ai gruppi di lavoro promossi dalle ASL capofila. E' in corso l'elaborazione degli indicatori.

(ornella.kauffmann@hsacomo.org)

LA RECENSIONE (e qualcosa rimane...)



Con una scrittura cristallina, Nicoletta Bortolotti, nel suo romanzo “E qualcosa rimane”, racconta una storia di famiglia agrodolce e delicatissima. La storia di un amore assoluto e di un’infanzia che se n’è andata in punta di piedi, senza voltarsi ad aspettare. Un romanzo di un’intensità straordinaria, ma lieve e incantato come una bolla di sapone. Ho letto con piacere questo libro e ho partecipato alla sua presentazione, nel maggio scorso, presso la Mondadori di Via Marghera a Milano, a cura di Don Virginio Colmegna, personaggio molto noto per il generoso, qualificato e inarrestabile impegno sociale, oggi Presidente della “Casa della Carità”. La sua recensione è stata così esaustiva che mi riesce difficile trovare altre parole, per cui, con il suo consenso, ne riporto i passaggi più significativi.

“Si legge tutto di un fiato la storia di questa famiglia dove si affacciano quattro generazioni: dai nonni, ai genitori, alle due sorelle ora adulte fino ai bimbi di Margherita; ma leggendolo si ritrova anche un pezzo della storia dell’Italia degli ultimi 60 anni con le fatiche dei nonni nell’Italia del dopoguerra, con la spinta verso il cambiamento dei genitori di Viola e Margherita negli anni particolari dell’esplosione del 68 e con le due ragazze che crescono nel boom degli anni 80. Una frase mi ha colpito e segna l’intensità di questo momento storico (...noi siamo nate sulla riga del tempo, nel punto esatto in cui c’era la fantasia al potere e le porte chiuse si aprivano: carceri, manicomi, scuole...). Questo ritrovare parti comuni di vita vissuta attraverso gli eventi che hanno segnato quegli anni è ben tracciato da Nicoletta Bortolotti che alterna capitoli in cui la storia si svolge nel presente a capitoli in cui la storia viene recuperata nella memoria ed ogni capitolo ha

il nome dell'anno e degli eventi significativi che lì sono successi: il primo capitolo parte dal 1973, gli anni del compromesso, gli anni di piombo, di una Milano che ricordo bene, quando allora ero un giovane prete in Bovisa. "E qualcosa rimane" è un libro che si legge piacevolmente, per l'ironia, per lo stile lieve ma è anche un libro che ha a che fare con il dolore e la malinconia, con la fragilità della nostra psiche di fronte all'angoscia dell'abbandono. Mi ha molto colpito l'immagine ricorrente che Margherita, la sorella maggiore che parla in prima persona come in un dialogo continuo con la sorella minore Viola, ripropone spesso: l'immagine è quella della "casa di Lego". E' un gioco che facevano da bambine insieme al loro papà, quello di costruire una casetta fatta con i mattoncini Lego, ma è anche l'immagine della stabilità, della famiglia unita, del calore e della sicurezza che verranno poi persi, come se crescere volesse dire uscire dalla "casa di Lego", per poi continuare a cercarla, idea di un porto sicuro dove potersi riposare e dove poter essere accudite. La famiglia di Viola e Margherita è segnata dall'uscita di casa del padre, prima spesso lontano per i viaggi, poi deciso a costruirsi una nuova vita, e forse una nuova famiglia, in Brasile. (*...papà, espulso dalla casa di Lego che, mattoncino dopo mattoncino, aveva contribuito a costruire, andò a stare in un residence...*). Nicoletta Bortolotti parla con finezza psicologica del dolore, con una competenza acuta e sensibile che si intravede in molti passaggi (*... no, niente era normale nella nostra famiglia, ma le famiglie strane, Viola, quelle che nessuno prende a modello, insegnano ad amare più in profondità, come gli abeti nei terreni con poca acqua sviluppano radici più lunghe e sensibili per andare a cercarla. Qualcuno l'ha chiamata resilienza. Una forma particolare di reazione al dolore che invece di distruggere chi subisce violenza, prigionia o esclusione ricopre le ferite di cicatrici spesse. Di arnica e aloe. E rende speciali. Invincibili. Come te...*). Il dolore e la malinconia sono anche il tema di sottofondo al precoce allontanamento da casa di Viola, sorella più estroversa, più libera negli affetti ma forse anche più sofferente, che preferisce una sera andarsene e dormire sulla panchina del parco, vivendo per diverso tempo in condizioni

sicuramente difficili perché non riesce ad integrarsi nella vita di casa, ormai senza la presenza del padre, con la sorella Margherita e la madre troppo avvolte nel dolore della loro perdita. Questa sofferenza psichica traspare dalle parole del libro, dove spesso c'è la citazione delle sedute dall'analista, degli attacchi di panico di Margherita, della depressione della loro mamma ed un capitolo stesso ha come titolo "Xanax". Viola, paragonata alla famosa Bocca di Rosa di De Andrè, (*...adulta quando i grandi ti volevano bambina e bambina quando ti volevano grande...*) scompare da casa, non vuole essere raggiunta da notizie, non lascia suoi indirizzi, non sa neanche che sono nati i suoi nipoti, per poi tornare a farsi viva dopo quasi dieci anni e proporre alla sorella un fine settimana al mare per raccontarle un segreto mai detto. Questo week end trascorso dalle due sorelle a Sestri Levante, attraversa tutto il racconto ed è intenso, fatto di ricordi, di rabbie per gli abbandoni, di tenerezze, di malinconie. C'è nel libro questa bellissima figura della signora anziana, vicina di stanza nella pensione sul mare, un po' matta, vecchia artista bizzarra ormai abbandonata dai figli che viene trovata morta un pomeriggio al ritorno dal mare delle due sorelle. Si rimane con il fiato sospeso, in attesa di questo segreto terribile, di un motivo veramente grave che deve aver spinto Viola a farsi risentire. E così, con un magistrale colpo di teatro, Viola scompare una seconda volta, una mattina al risveglio, lasciando Margherita, alla sua vita più quotidiana e "normale". L'ultima osservazione che vorrei fare è come, tra i temi più lievi dell'affetto, della diversità tra le due sorelle, le persone conosciute e le esperienze di vita, nel libro però torni spesso l'accento alla problematica del tema del lavoro, partendo dal valore del lavoro per i nonni (*...lo studio del nonno odorava di timbri, medicine, carte, sapeva di lavoro, di noi che giocavamo al lavoro perché il gioco dei bambini è un lavoro e il lavoro dei grandi è un gioco...*) passando agli accenni dei diritti al lavoro e dei diritti in particolare delle donne-madri-lavoratrici (*...mamma non scelse di avermi, Viola, perché allora la maternità non era una scelta programmata, ma una necessità. Neanche da mettere in discussione. Il lavoro, quello sì, era una scelta di libertà che stavano*

compiendo le donne. E oggi? Mi sembra il contrario. La maternità è diventata una scelta di libertà che pare un lusso, e il lavoro è l'unica necessità...) fino al dramma molto attuale della perdita del lavoro caratterizzata dalla figura di Matteo, compagno di Margherita che è rimasto senza lavoro, con due figli piccoli e che alla fine non sarà assunto, dopo il colloquio di lavoro tanto atteso”.

(ornella.kauffmann@hsacomo.org)

IL MODELLO DEL CASE MANAGEMENT: UN'OPPORTUNITA' PER I DSM



La gestione della salute pubblica è costantemente sottoposta al rinnovamento delle sue modalità di intervento; i mutamenti demografici e sociali in corso e la necessità di una presa in carico dei complessi bisogni dei pazienti con disagio psichico, pongono il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Per fare in modo di rispondere a un crescente bisogno di personalizzazione della gestione di situazioni cliniche e sociali complesse e per far sì che la continuità delle cure sia garantita, è imperativo che i servizi e le istituzioni diventano nodi di una “rete” capace di integrare servizi sanitari e sociali e di offrire prestazioni necessarie con appropriatezza. Il PRSM 2004/2007 e il Piano Socio Sanitario 2007/2009, nella parte relativa alla salute mentale, hanno indicato alcuni obiettivi tra cui l'identificazione di differenti percorsi di cura territoriale coerenti con i diversi bisogni dei soggetti affetti da disturbi psichici sostenendo il modello della

“presa in carico trattamento integrato” per i pazienti gravi e multiproblematici, individuando e sviluppando il modello del “Case management” e il lavoro di rete. Il Case Management si può considerare come un modello operativo economico ed efficiente teso all'efficace raggiungimento degli obiettivi di assistenza individuale. E' un intervento orientato alla Persona e pensato sulla Persona superando, così, tutte le difficoltà di un'assistenza disaggregata, antieconomica e inefficiente, che rischia di lasciare l'assistito solo con i suoi problemi. E' definibile come un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni degli individui ed a soddisfarli, nell'ambito delle risorse disponibili, partendo dal riconoscimento della loro unicità. Esso si configura come una metodologia d'intervento processuale, articolata in cinque momenti: la valutazione iniziale, la costruzione del piano assistenziale individualizzato, la messa in atto del progetto assistenziale, il monitoraggio, la chiusura del caso. Per garantire l'applicazione di questo modello è nata la figura del Case Manager (ICM) che costituisce un importante agente di cambiamento all'interno della struttura assistenziale, in quanto ha il compito di sperimentare, implementare e diffondere un nuovo sistema di assistenza al paziente integrandosi attivamente con l'intera équipe di lavoro. L'ICM garantisce il coordinamento delle cure lungo un *continuum* che include la salute, la prevenzione, la fase acuta, la riabilitazione, le cure a lungo termine, sia alla persona che ai gruppi di popolazione. La Regione Lombardia, per implementare la funzione del Case Manager all'interno dei servizi psichiatrici territoriali, ha avviato un percorso formativo allo scopo di individuare le linee guida della funzione del Case manager e di consolidarne una attuazione effettiva e omogenea in tutti i Centri Psico sociali. La formazione è stata articolata in due fasi: una fase centrale svoltasi nel 2010 presso l'IREF a Milano ha visto coinvolti operatori dei CPS e una successiva fase locale (2011) che li ha visti attori principali nella formazione dei loro colleghi “Case Manager” di ciascuno dei CPS coinvolti. Momento conclusivo di questo percorso che ha visto partecipare tutti i CPS Lombardi è stato

quello di valutare gli esiti e le criticità dell'introduzione del modello attraverso l'analisi di un questionario compilato dalle varie equipe. Il ritorno ai servizi è avvenuto durante una giornata di incontro riflessione discussione e analisi dei dati analizzati. Il DSM di Como ha aderito a questo progetto regionale e ha fortemente sostenuto l'attuazione di questo modello stabilendo come obiettivo per il 2011 che ogni operatore, formato, applicasse il modello attraverso la presa in carico di 2 pazienti. L'ulteriore obiettivo pianificato ha previsto per il 2012 che i pazienti seguiti siano 5 per ogni Case manager. Dopo un'attenta riflessione sul modello di presa in carico si è deciso di implementarlo anche all'interno delle comunità del DSM, si è quindi provveduto alla formazione degli operatori di tali strutture (Infermieri, educatori e AS).

E' ormai dimostrato che i programmi di "case management" sono un modello di presa in carico continuativa, intensiva e a lungo termine che, introdotti nelle pratiche operative ed organizzative dei Dipartimenti di Salute Mentale, possono permettere una maggiore efficacia degli interventi nei confronti della

persone affette da gravi disturbi mentali, consentendo al tempo stesso una maggior efficienza delle unità operative finalizzate alla tutela della salute mentale, una razionalizzazione delle risorse utilizzate e un contenimento dei costi della psichiatria. Dopo alcuni mesi di utilizzo del modello del "Case management" si può affermare che assicurando una presenza continua e costante sul territorio il "Case Manager" diventa una figura riconosciuta, della quale gli utenti si possono fidare e che rappresenta un punto di riferimento per fornire una risposta ai bisogni della popolazione psichiatrica. Il modello introdotto nel territorio permette anche una significativa valorizzazione professionale, un'ulteriore sviluppo delle competenze professionali dei singoli operatori e una presa di coscienza del nuovo ruolo che gli operatori rivestono come "Case manager". Unico punto critico rispetto all'esperienza fino a qui vissuta è che sarebbe auspicabile poter utilizzare questo modello non solo sui pazienti più problematici ma su tutti i pazienti presi in carico dai servizi.

(Donatella Brusa)

UN GIOCO DI SQUADRA PER LA VOSTRA NEWSLETTER

Monica Annese. Coordinatore infermieristico di Spdc, Crm, Urgenza territoriale Cps Como: è specializzanda in Scienze infermieristiche e ostetriche, svolge attività clinica dal 1995. (monica.annese@hsacomo.org)

Nicola Bianchi. Educatore presso il Centro Diurno di Como. Psicologo, referente scientifico dell'Associazione Sportiva Global Sport Lario. (info@globalsportlario.it)

Veronica Dall'Occhio. Psicologa, collabora con l'Unità operativa di Psicologia clinica. Svolge attività di docenza presso l'Istituto Comprensivo di Cernobbio. (veronica.dalocchio@hsacomo.org)

Tiziana Ferrario. Psichiatra psicoterapeuta, dal 1987 lavora nei servizi psichiatrici della provincia di Como, prima ad Appiano, poi a Como e Menaggio. Attualmente responsabile della struttura semplice di coordinamento dei servizi territoriali del Dsm e dei sistemi informativi. (tiziana.ferrario@hsacomo.org)

Gianmaria Formenti. Responsabile clinico Cps Uop Lario Occidentale, referente Dsm per gli interventi presso la Casa Circondariale di Como, referente medico Dsm per le attività delle Associazioni NèP e Global Sport Lario. Vicepresidente Associazione NèP. (gianmaria.formenti@hsacomo.org)

Carlo Fraticelli. Psichiatra e psicoterapeuta, è attualmente Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria di Cantù. Ha svolto attività clinica in maniera continuativa presso i servizi psichiatrici di comunità, orientati all'integrazione e alla collaborazione con la medicina generale del territorio e ospedaliera. (carlo.fraticelli@hsacomo.org)

Ornella Kauffmann. Consulente della Direzione del Dsm, referente per i Programmi Innovativi dipartimentali, coordinatrice del Programma Innovativo triennale “Un Patto per la Salute Mentale: il ruolo centrale degli utenti”, referente dipartimentale per il Progetto “Lavoro&Psiche”, (ornella.kauffmann@hsacomo.org)

Grazia Manerchia. Grazia Manerchia, psicologa e psicoterapeuta, svolge nel Servizio di Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza attività clinica (presso le sedi di Cantù e Olgiate) e di supervisione, referente degli psicologi dell’età evolutiva all’interno dell’Unità Operativa di Psicologia Clinica. (grazia.manerchia@hsacomo.org)

Antonino Mastroeni. Primario Psichiatra dal 1994, ha svolto il ruolo di direttore dell’ex Ospedale Psichiatrico di Como impegnandosi nel progetto di superamento e di successiva chiusura della struttura completata nel 1999. Ha poi diretto l’Unità Operativa afferente ai distretti di Olgiate Comasco e Lomazzo/Fino Mornasco. Dal 2007 è consulente a contratto del DSM per l’area progettuale, con l’impegno di integrarne gli aspetti innovativi nella pratica quotidiana. (antonio.mastroeni@hsacomo.org)

Tommaso Salata. Ha una borsa di studio in ambito amministrativo, si occupa delle attività amministrative legate ai progetti e a supporto del Dipartimento. (tommaso.salata@hsacomo.org)

Alberto Tettamanti. Educatore presso il Centro Diurno di Como, promotore di progetti per la valorizzazione delle competenze degli utenti. (info@globalsportlario.it)

La newsletter è a cura del Crems (Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità)
dell’Università Carlo Cattaneo - LIUC