

SALUTE MENTALE

RICORDI DAI TSO



GLI UTENTI AL CENTRO

UNA PRATICA DA UMANIZZARE

Report del lavoro di un gruppo di pazienti che ha frequentato dei TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) e TSV (Trattamento Sanitario Volontario) a Bologna negli ultimi anni. Report 2026

Gruppo liberamente promosso dalle Associazioni nell'ambito del progetto di recovery PASSAPORTA condotto con il DSM-DP di Bologna

INDICE

1. **Presentazione**
2. **Obiettivi e metodo di lavoro**
3. **Il vissuto dei pazienti DURANTE i ricoveri TSO e TSV**
 - Che cosa mi è successo?
 - Contenzione e somministrazione dei farmaci
 - Vita quotidiana nel reparto, gli operatori e loro rapporti con i pazienti
 - Rapporti con gli altri pazienti e con i familiari
 - I problemi della sicurezza
 - Le strutture
4. **Il vissuto dei pazienti e i problemi DOPO i ricoveri**
5. **I day Hospital**
6. **Alcune considerazioni sui servizi territoriali**
7. **Lo stigma**
8. **Come chiudere con il proprio passato**
9. **Umanizzare i ricoveri: i pareri dei diretti interessati**
 - Accoglienza e informazione
 - Mettere davvero l'utente al centro
 - Utilizzare le medicine sedative con giudizio
 - Lavorare in modo diverso sulla sicurezza interna
 - Umanizzare le regole interne e rispettare i diritti
 - Gentilezza, rispetto, pazienza
 - Utilizzare da subito la terapia della parola
 - Superare il tempo vuoto
 - Preparare assieme il progetto di uscita

Allegati

1. Estratto della "Carta dei Servizi" consultabile nell'atrio degli SPDC di Bologna.
2. Progetto aziendale: "Visite dei CCM presso strutture sanitarie del Dipartimento di Salute Mentale-DP. Estratto relativo a 2 SPDC (Servizio di Diagnosi e Cura) di Bologna. 2021
3. Sentenza 76/2025 della Corte Costituzionale sulla convalida del TSO da parte di un giudice

1. PRESENTAZIONE

Nell'ambito del progetto "PASSAPORTA" del DSM-DP dell'Ausl di Bologna, noi gruppo di 10 ESP con alle spalle esperienze di TSO e TSV vi raccontiamo quali ricordi sono tuttora impressi nella nostra mente, per sempre.

Umanizzazione: è l'obiettivo del progetto PASSAPORTA.

Per migliorare, bisogna prendere coscienza del "da dove veniamo". Tutti sanno, ma pochi raccontano. Si cerca di dimenticare, per potere voltare pagina.

A Bologna, il manicomio Roncati è stato chiuso nel 1980, ma c'è ancora oggi una buona dose di disprezzo e di imbarazzo nei confronti delle persone che soffrono di disturbi mentali. Per fortuna la situazione è in gran parte cambiata, ma in alcuni SPDC si respira ancora un'aria come se fossero dei piccoli manicomi. Non è colpa degli operatori, anche loro probabilmente soffrono dalla mancanza di supporto e di riconoscimento dato al loro lavoro. È tutta la società che volta la testa dall'altra parte, che non vuole vedere la nostra grande sofferenza psichica di cui non si capisce il perché, situazione che potrebbe capitare a chiunque e che disturba nel profondo chi sta bene e cerca di esorcizzare questo tipo di dolore.

Ma è meglio guardare la realtà così come si presenta ancora oggi. Si può migliorare, umanizzare non costa soldi pubblici. Si può fare già molto con quello che si ha oggi. Tutti assieme, medici, operatori, ESP, volontari. Ci vuole "solo" coraggio, ci vuole amore, ci vuole umanità e rispetto.

Certo, ci vorrebbe soprattutto un cambio culturale, come auspichiamo in molti. Ci vorrà tempo. Intanto facciamo anche passi piccoli, al nostro livello, e cerchiamo di contribuire portando il nostro punto di vista.

Buona lettura.

**Antonio, Antonio, Barbara, Costanza, Fabio,
Giovanni, Paolo, Roberta, Sandro, Simona**

2. OBIETTIVI E METODO DI LAVORO

Obiettivi

Il gruppo di lavoro è stato proposto da MF Delatour (referente Passaporta per le associazioni del CUFO che hanno aderito al Progetto) ad un gruppo di 10 ESP (Esperti nel Supporto tra Pari) con esperienza diretta di ricoveri (sia TSO che TSV) a Bologna e dintorni. Dieci ESP che hanno avuto delle esperienze spesso traumatiche. Hanno avuto modo di riflettere sulla propria esperienza, di superare i sentimenti di rabbia e di rancore. Adesso stanno bene, mettono a disposizione di altri le consapevolezze maturate a seguito di queste particolari fasi della loro vita. Sono ESP: alcuni dopo una formazione specifica, altri di fatto tramite una esperienza pluriennale nel volontariato tra pari.

Da tempo varie commissioni miste promosse dall'AUSL (in particolare CCMA) hanno fatto sopralluoghi presso gli SPDC e le residenze intensive, hanno proposto all'AUSL interventi e modifiche migliorative sia strutturali che organizzative (anche nell'ambito del percorso per la certificazione di qualità dei servizi "Accreditation Canada") senza che a nostra conoscenza sia poi successo molto.

Dato che l'obiettivo dichiarato del progetto dell'AUSL Passaporta è quello di favorire il processo di umanizzazione dei ricoveri presso le strutture ospedaliere e residenziali, di diventare cioè un progetto "trasformativo", abbiamo ritenuto necessario ritornare sull'argomento di partenza facendo sentire la voce dei diretti interessati, cioè la voce delle persone in cura che hanno subito/richiesto un ricovero presso SPDC e residenze intensive.

Questo documento non pretende di raccontare "La verità", ma di esprimere "La verità di chi ci è passato". Esistono anche i punti di vista degli operatori e quelli dei familiari, ma qui vogliamo dare la parola senza filtri ai diretti interessati, **mettendo davvero gli utenti al centro.**

Le esperienze analizzate (numero, arco temporale, strutture, durate ricoveri)

Le esperienze vissute dai pazienti adesso ESP del nostro gruppo riguardano **n. 24 TSO** e **n. 43 ricoveri** volontari presso residenze intensive di cui **n. 10 ricoveri di lunga durata**. In totale, le esperienze vissute e qui raccontate si sono sviluppate per un totale di **155 settimane** su un arco di 15 anni. Non si tratta di una indagine statisticamente rappresentativa, ma si tratta di uno spaccato significativo di casi che vuole contribuire a meglio conoscere il punto di vista delle persone che sono state ricoverate nelle strutture ospedaliere psichiatriche di Bologna.

Le strutture frequentate dai componenti del gruppo sono l'SPDC Malpighi, l'SPDC Ottonello, Villa Baruzziana, la residenza Arcipelago, Casa degli Svizzeri a Bologna e Villa Azzurra (a Riolo Terme). Nessun ESP partecipante al gruppo ha frequentato l'SPDC di San Giovanni in Persiceto e neppure Villa ai colli.

Il metodo di lavoro adottato

Il gruppo ha adottato un metodo di analisi che parte dal libero racconto di ciascun partecipante relativo alle proprie esperienze vissute durante i ricoveri, racconto rispettoso con semplice ascolto da parte degli altri componenti del gruppo, senza interruzioni e senza valutazioni o critiche di merito.

Tutti gli interventi sono stati man mano trascritti e raccolti in diversi capitoli da parte di MF Delatour che ha svolto un compito di facilitazione, trascrizione e organizzazione dei contributi secondo macro aree emerse e concordate con i partecipanti durante il lavoro stesso del gruppo.

In totale, il gruppo si è riunito 9 volte per 3 ore ciascuna volta.

Durante ogni incontro si è ripartiti dal report dell'incontro precedente, per arricchirlo e sviluppare nuovi aspetti non ancora esplorati.

Durante il percorso, 2 partecipanti hanno deciso di non partecipare più al gruppo in presenza, per "non riaprire la ferita adesso, guardare indietro è troppo duro". Hanno scelto di partecipare a distanza, inviando le loro riflessioni scritte e i loro commenti via e-mail.

Alla fine del percorso del gruppo ESP e per fare le ultime "messe a punto" delle testimonianze, è stato invitato un gruppetto di 5 giovani adulti (maggiorescenzi non ESP) che sono stati ricoverati in TSO o TSV negli ultimi 2 anni. Questo per verificare se la situazione sia stata da loro vissuta diversamente oppure no, se qualche cosa è cambiato recentemente.

Il gruppetto dei giovani si è riunito 2 volte, non al completo perché nel frattempo qualcuno di loro è stato di nuovo ricoverato. Tra loro, qualcuno aveva anche fatto un primo ricovero a 14 anni, da minorenne. Con chi non ha potuto partecipare in presenza al gruppo dei giovani, abbiamo comunicato tramite video chiamate.

Dopo avere espresso i loro ricordi in modo spontaneo, ai giovani è stato distribuito il precedente report scritto risultante dal lavoro degli ESP, per avere un loro parere su tali ricordi.

Nel complesso, i ricordi espressi dal gruppo ESP sono stati confermati dal gruppo dei giovani, salvo alcune sfumature relative al recente miglioramento percepito dei rapporti tra pazienti e operatori all'interno delle strutture (ma non in tutti gli SPDC sperimentati).

Alcuni ricordi e osservazioni dei giovani sono stati integrati nel presente report, con il loro consenso.

Man mano che il gruppo è andato avanti, le lingue si sono slegate, i veri sentimenti e risentiti sono emersi, le parole hanno potuto essere pronunciate.

Tanta sofferenza, tanta umiliazione, tanti sentimenti di essere stati fraintesi, non capiti, non visti nella realtà e profondità della loro persona.

Nel gruppo gli ESP si sono confidati con sincerità e ci regalano questi pensieri che sono un tesoro, una miniera di riflessioni e di richieste per migliorare le condizioni di vita e la propria umanità all'interno di questi luoghi ancora chiusi a chiave, che dall'esterno vengono ancora chiamati "manicomi", "reparti dei matti", luoghi maledetti dove evitare di andare.

È ancora così oggi? In parte no ed in parte sì. Lo scopriremo insieme.

NB. Molte cose riferite dai pazienti probabilmente non sono conosciute dai medici e dai responsabili delle strutture, perché di rado i pazienti confidano le loro emozioni agli operatori; alcuni medici ed operatori potrebbero essere sorpresi perché, in buona fede, hanno una sensibilità diversa. Ma sono emozioni autentiche ed è importante conoscerle per poter migliorare la situazione.

3. IL VISSUTO DEI PAZIENTI DURANTE I RICOVERI

I commenti sulle esperienze vissute sono stati molto variegati, alcuni positivi ed altri (la maggioranza) piuttosto negativi. La diversità delle situazioni è legata al periodo storico del ricovero, alla struttura frequentata, alle tipologie dei disturbi, al tipo di ricovero (TSO o ricovero volontario).

I pazienti sono persone ipersensibili che captano anche il non detto degli operatori, e vivono il disinteresse e le tensioni in modo probabilmente amplificato. Situazioni vissute o viste negli SPDC anche molti anni fa hanno scioccato e lasciato il segno che permane ancora oggi.

In generale, i componenti del gruppo ritengono che durante gli ultimi anni le cose siano cambiate, anche molto ed in meglio (soprattutto sul territorio) specie per quanto riguarda le relazioni tra utenti ed operatori, c'è più empatia. In alcune strutture, si fa presente che invece la situazione sia peggiorata, il personale è più distaccato e sono scomparsi i rapporti friendly che esistevano tempo fa.

Prima di entrare nel dettaglio, riportiamo alcuni pensieri generali.

Nella maggioranza dei casi gli SPDC non sono stati percepiti come luoghi di cura e di ripartenza dopo un incidente di percorso, ma come luoghi di reclusione, (qualche volta anche di "punizione") solo per ritrovare la calma e poter uscire senza disturbare l'ordine pubblico.

"SPDC: Io ho il terrore di dovere tornare in un posto come quello";

"O lì, o morto..."

"La coercizione è sempre coercizione..."

"L'SPDC....? Brutto posto, quello".

"In modo volontario non ci sarei mai andata"

"È come il male di denti, non vedi l'ora che passi"

In altri casi, meno numerosi, gli SPDC sono stati vissuti come luoghi protettivi che hanno impedito ai pazienti di "rifare delle stupidate", hanno permesso di vivere in un luogo meno complicato, hanno consentito di incontrare e scambiare in modo profondo con altre persone che vivono un'esperienza simile.

"Quando sono in TSO mi sento più protetto e sto meglio, non sono fuori e mi danno da mangiare; se sto a casa mi posso ammazzare".

"Il fatto che mi sia stato tolto il cellulare per me è stato positivo; con il cellulare non avrei potuto farcela, era troppo per come mi sentivo io"

"Si conosce un sacco di gente che sta facendo la tua stessa esperienza"; C'è la possibilità di incontri tra le persone, questo luogo può darti dei benefici".

"In Italia c'è comunque sempre più calore umano rispetto ai ricoveri in Svizzera; là, si segue solo un protocollo rigido, c'è una freddezza siderea"

"Con me i vigili urbani sono stati bravi, hanno avuto un po' di umanità; con loro non è stato un rapporto traumatico"

- Che cosa mi è successo?

"Ho avuto un tracollo improvviso; mi sono ritrovato in un letto (all'SPDC). Non sapevo dove ero e perché, non capivo".

"Che cosa ho? Dove sono? Mi hanno arrestata? Chiedevo di parlare con il medico ma mi hanno risposto che non si può. Più tardi è arrivato un medico giovane che mi si mise con il viso giusto davanti al mio e mi ha detto: Lei deve fare quello che diciamo noi".

"Non stavo bene e sono andata al mio CSM. Là mi hanno dato un bicchiere con dell'acqua e una medicina per calmarmi. E poi mi sono svegliata in un letto con il male di testa, non c'era nessuno, non sapevo dove ero, non sapevo che cosa mi era successo. Ho chiamato ma non è venuto nessuno. Ero terrorizzata".

"Quando sei dentro per la prima volta e vedi quelli che stanno peggio di te, ti chiedi: È veramente così? Diventerò così anch'io? Va spiegato che non è così...".

"Quando sono entrata per il primo ricovero, non si capiva niente degli orari; adesso, hanno appeso un cartellone, è molto meglio".

"Quando sono entrato mi hanno spogliato di tutto, mi hanno anche tolto l'orologio e la catenina, senza spiegazione. Sono rimasto allibito, ho avuto l'impressione di andare in un posto molto pericoloso".

"Devi anche essere informato su quali diritti perdi quando sei in TSO. Una volta che sei dentro, non sei più nessuno. Non ho mai capito quale differenza fanno tra un TSO e un TSV, i trattamenti sono identici per tutti".

"Quando sono arrivato all'SPDC, ero terrorizzato, non capivo più niente; non mi hanno dato grandi medicine, ma sono stato legato al letto; ho sofferto molto della freddezza degli ambienti, i bagni erano squallidi e sporchi".

"Quando mi hanno fatto firmare per il TSV, non sapevo che cosa ho firmato. Non mi è stato spiegato niente".

"Non ne entrano molti al giorno, di nuovi pazienti in TSO. Potrebbero dedicare un po' più di tempo per l'accoglienza, quasi come si fa per qualcuno che ha prenotato una camera di albergo; ci vuole un po' di tempo per costruire la fiducia".

- Contenzione e somministrazione degli psicofarmaci

"Con il primo TSO, ho fatto 4 mesi di vuoto totale imbottito di medicine".

"5 anni fa si cascava per terra per la mazzata dei farmaci; ho visto pazienti pieni di lividi perché battevano contro i muri"

"La reclusione e la legatura chimica è peggio di quella fisica; si fa un processo di sedazione, non un processo di cura";

"Sedare = annullare una persona";

"Non mi è piaciuta la sedazione iniziale. Reputo fosse esagerata. Per i primi 3 giorni

sono stata bombardata a tal punto che non ho memoria di cosa sia successo. Ho poi scoperto di essermi diretta per usare i servizi igienici in un bagno non mio in cui c'erano due ragazzi che si stavano facendo la barba e di aver mandato messaggi e fatto chiacchiate che da lucida non avrei fatto"

"Agli inizi avevo un totale rigetto psicologico nei confronti dei farmaci. Non volevo il neurolettico, perché non volevo essere psicotico. Bisognava condividere il percorso di cura, anche se stavo molto male"

"Oltre a dare le medicine non c'è stata la possibilità di informarsi meglio sul proprio disturbo, sarebbe stato utile scoprire qualcosa in più durante il ricovero e non in modo autonomo fuori."

"Il trauma di partenza deve essere preso in considerazione: delirio, allucinazioni, non sono manifestazioni fine a sé stesse; c'è qualcosa dentro che preme, che ha bisogno di uscire e che va aiutato ad emergere; questo richiede un coinvolgimento diverso per spurgare dal dolore".

"La contenzione è necessaria ma va fatta in modo diverso, in modo amorevole; non si deve usare la violenza bianca";

"Il farmaco è importante. Quando è adatto e ben dosato, puoi stare molto meglio, come nel caso della depressione. Ma devi anche lavorare su un livello più profondo. Le medicine giuste possono cambiare tutto".

"Ero molto attenta alla terapia e volevo sapere bene quali farmaci mi venivano dati."

"Non sempre la sedazione è necessaria; se sei distaccato dalla vita, puoi al contrario avere bisogno di essere spronato; bisogna prendere in considerazione lo stato esistenziale dell'individuo"

"Non bisogna usare per tutti le stesse medicine, perché alcuni hanno delle allergie e delle controindicazioni già verificate molto forti a certi farmaci, come per esempio il risperidone; invece a me è stato dato senza parlarne prima con me e senza analisi preliminari"

"All'ingresso mi hanno completamente cambiato la terapia di sana pianta, senza sapere il perché della terapia di prima. Perché cambiano sistematicamente le medicine e danno a tutti la stessa pappa? I medici del TSO si sentono più bravi di tutti gli altri, anche se la mia psichiatra del CSM non era d'accordo".

"Vorrei che ci sia un maggior raccordo tra medici curanti e medici del TSO; non uno scollamento come nel mio caso"

"Per la somministrazione delle medicine: nessuno ti informava su che cosa ti davano e perché, che effetti danno. Mi hanno fatto il depot senza dirmelo, non sapevo nemmeno che cosa fosse. Io ero fuori di testa con il depot, mi si sono gonfiati i piedi, avevo sempre mal di testa. Quando sono uscita la mia psichiatra mi ha detto: il depot no, per te non va bene. Bisogna scolarlo subito"

"Hanno paura di condizionarti, per questo non ti dicono niente; tu ti senti depresso e loro ti vedono eccitato, per questo non ti dicono niente. Lo trovo di una scorrettezza incredibile"

"Durante i ricoveri, non ti davano i nomi delle medicine, andavano a colori delle pastiglie; io mi sono abituata a buttar giù 7/8 pastiglie in bocca tutte assieme; passavano con il carrello e io vedevo le scatole di quello che davano"

"Qualcuno di voi sapeva che cosa vi davano durante il ricovero? Nessuno? Non sapevo niente, mi davano delle pastiglie ma non sapevo che cosa. Il consenso informato non esiste per nessuno"

La soluzione richiesta: la personalizzazione delle cure, la valutazione individuale del rischio e la valutazione individuale del livello di sedazione opportuna.

- **Vita quotidiana nel reparto, gli operatori e loro rapporti con i pazienti**

"Durante il mio primo ricovero all'Ottonello si stava abbastanza bene. Si chiacchierava, si giocava a carte, si guardavano dei film. Dopo si sono barricati nella guardiola, c'è stato il disinteresse degli operatori, con i pazienti lasciati a sé-stessi"

"Avevo tutto questo tempo che non sapevo come utilizzare; era vita sprecata, non vissuta; mi sentivo inutile, un parassita"

"La giornata è tutta scandita dalle medicine, dal fumo e dai pasti"

"Se non fumi è un problema; già quando entri, senti la puzza di fumo; ti danno l'autorizzazione a fumare una sigaretta ogni mezzora, e lo fai; all'uscita ho fumato molto di più rispetto a prima"

"Gli psichiatri venivano considerati i colpevoli del nostro ricovero; invece con gli infermieri andava bene"

"È bello pranzare con gli operatori. Si creano rapporti belli anche tramite il cibo"

"Alla sera si cena molto presto. Alle 20, ti danno le ultime medicine, ti riconsegnano il telefono, e poi è tutto finito. All'ora in cui hai più pensieri, essere da soli è molto peso".

"Sono stata ricoverata all'SPDC.... dopo un tentativo di autolesionismo; ero spaventata; la predisposizione all'aiuto da parte degli operatori, non l'ho vista; attorno a me c'erano solo persone violente con un linguaggio allucinante; nel 2018 ho visto una persona bendata che si è fatta girare per i corridoi ridendo senza aiutarla".

"Gli operatori si sono barricati nella guardiola, lasciando la gente girare nuda nei corridoi e nessuno interveniva; c'era un disinteresse degli operatori per i pazienti lasciati a sé stessi; non c'era un clima amichevole".

"Ero completamente imbambolato; venivo sedato tutti i giorni; non capivo, non sapevo perché ero lì; non mi dicevano niente, non rispondevano alle mie domande; quando esco? Nessuna risposta".

"Non ti davano ascolto ma se facevi la brava non ti disturbavano"; i medici erano dietro a un vetro e non ti consideravano; avevo paura di alcuni infermieri uomini".

"Ho vissuto un completo senso di abbandono; i medici si vedevano poco, c'era molto distacco; tu devi fare il malato e non chiedere nulla; devi prendere tutti i farmaci; sono

stata scioccata, ho perso la fiducia nelle cure per la salute mentale”.

“Mi sono aggrappata alle infermiere con le quali andavo molto d’accordo”.

“A..., gli infermieri non sono proprio simpatici, e i medici mi stavano sulle balle; è durato per 2 settimane, facevo sempre casino. Mi dicevano: se fai così, non uscirai più da qui. Per fortuna i miei genitori potevano esserci perché ero minorenne”.

“Noi abbiamo il diritto di sapere. Che cosa faccio qui? Che cosa mi state dando? Come posso uscirne? A me queste risposte sono state negate, nessuno mi parlava, e questo ha aumentato la mia paura”.

“Io non parlavo con i medici; loro parlavano solo con i miei genitori e i miei fratelli”.

“Ho avuto un ricovero più che traumatico in SPDC; grazie ai familiari sono riuscita a farmi trasferire a Villa... dove era molto meglio, con un clima più sereno”.

“Ho visto un anziano legato al letto con un lenzuolo per non disturbare gli infermieri; non lo hanno aiutato”.

“Lo hanno sedato; lui non ha mangiato per tre giorni perché era sedato; quando si è ripreso un po’, lo hanno scosso e gli hanno detto: Sveglia, qui non si dorme!”.

“Stai lì, nessuno ti dice o ti chiede niente”.

“Il medico? L’ho visto una volta soltanto 2 minuti all’ingresso, e poi più niente. Sei sempre tu che devi chiedere, chiedere, insistere; non si fa così”.

“Riuscire a comunicare con gli psichiatri è abbastanza complicato, sono pochi e hanno sempre attività da fare”.

“Gli operatori sono sempre chiusi dentro una stanza, tu bussi e nessuno ti risponde”.

“Tra loro gli operatori non si parlano, non si passano le consegne”.

“Qualcuno non ha vocazione per l’ambito psichiatrico; non dovrebbero poterci lavorare”.

“Un problema è anche la turnazione degli operatori. Non vedi mai le stesse persone, nessuno conosce il tuo caso”.

“Gli operatori pensano: sono sedati e non sono capaci di avere spiegazioni, ma non è così; È fattibile spiegare SEMPRE, anche se una persona ha perso apparentemente la capacità di capire, in realtà capisce benissimo”.

“Il distacco è troppo grande tra operatori e pazienti; gli operatori dovrebbero soprattutto dedicarsi a capirti e farti capire”.

“Ti danno le pacche sulle spalle, ma in modo paternalistico”.

“Alcuni infermieri sono rimasti impassibili; con altri, c’era più disponibilità a stare con i pazienti; potevamo parlare con i medici tirocinanti”.

“Ho fatto tanti TSO; adesso, come merenda non ti danno quasi più niente, solo uno yogurt; tempo fa, ti davano anche del tè con dei biscotti, era meglio”.

“Soffriamo tutti di un male di televisione. Vediamo delle serie TV con ospedali che funzionano bene e questo aumenta i nostri risentimenti e il nostro odio”.

“Sono tutti gentili quando vieni dall'esterno, ma appena i visitatori girano il culo riprende la gestione di tipo carcerario (probabilmente in buona fede, ma ti fanno sentire una merda)”.

“Mi impressionò molto la gentilezza di una operatrice quando è venuta a slegarmi. Mi ha chiesto: “Sei tranquillo? Posso slegarti?” Mi trattava come una persona. È stato bello”.

“Dove sono stata ricoverata, gli infermieri giravano sempre nelle stanze, ed erano molto gentili:”

“Ci vuole più empatia, subito all'inizio una figura di riferimento che parli con l'utente appena entrato; qualcuno che ti parli, non solo che ti dia le medicine; qualcuno che ti faccia anche un sorriso e ti dia un po' di speranza”.

“Si respirava molta gerarchia tra gli operatori; secondo me ci sono **molti abusi di potere** da parte di certi operatori tra loro e nei confronti dei pazienti ricoverati”.

“Nessuno vuole assumersi le sue responsabilità, nessuno decide niente; per qualunque problema, anche piccolo, debbono chiedere il permesso al livello superiore; a credere che li frustano”.

“Ci sono stati troppi pensionamenti dopo il Covid, i new entry sono senza preparazione, nei reparti c'è tutta gente nuova”.

- Il problema della sicurezza

Per gli operatori, il tema della loro sicurezza sembra essere il problema principale. Per le persone ricoverate, parlare di sicurezza riguarda solo la loro sicurezza personale all'interno del reparto; non percepiscono (o non hanno mai assistito?) a situazioni di pericolo per gli operatori.

“C'è il tema della responsabilità giuridica, ma i medici ci giocano molto”

“La sicurezza degli operatori sono solo regole che vengono dall'alto, tipo “state sempre nella guardiola e evitate di parlare con i pazienti”.

“Sicurezza degli operatori e umanizzazione degli utenti sono le 2 facce della stessa medaglia; la sicurezza degli operatori non passa attraverso la deumanizzazione degli utenti”.

“La sicurezza è un cane che si morde la coda; se non mi tratti come una persona umana, io prendo paura, mi arrabbio e mi infurio; è un rapporto di causa/effetto”.

“Se fai di tutto per deumanizzare le persone, per umiliarle e farle incazzare (spogliarle di tutto, lacci, cinture, carica telefono ecc., non dare informazioni – in nessun altro reparto ospedaliero è così) è chiaro che poi posso diventare aggressivo”.

“Una persona scompensata mette in allarme l'operatore. Al di là dei mezzi usati (legare, dare dosi massicce di farmaci) l'importante è parlare, spiegare, togliere la paura;

ti trovi in una prigione senza spiegazione, le mie richieste di informazione sono state vissute come non dovute”.

“Quando sei dentro e ti sedano, vai in difficoltà a causa della sedazione. Una eccessiva sedazione comporta una insicurezza per l’utente; la contenzione chimica fa danni fisici: è una violenza perché ti rende completamente inebetito”.

“Sono stato legato sia fisicamente che chimicamente; ho lottato molto, mi sono spaventato molto; capisco l’atteggiamento di chi era dall’altra parte; adesso ci rido un po’, ma mi resta un po’ di rabbia”.

“Il rischio per gli operatori può esistere ovunque, può capitare un armadetto che viene lanciato giù, non è un dramma; il rischio zero non esiste per nessuno, nemmeno in casa o per strada”.

“A Villa... per la sicurezza tutto era inchiodato per terra e al tavolo: sedie, coltelli e forchette; era una modalità strutturale primitiva, una specie di tortura, una punizione, come se uno avesse colpa e dovesse espiare per il fatto di stare male”.

“Durante il mio ricovero un paziente ha minacciato un altro paziente e nessuno è intervenuto”.

“Il vero problema è la sicurezza dei pazienti ricoverati; Un paziente che aveva già tentato il suicidio si è buttato giù ed è morto dentro una struttura; non sono riusciti ad agganciarlo psicologicamente; una persona così va attenzionata in modo diverso sin dall’inizio”.

“Avevo molta paura di alcuni infermieri uomini; c’erano solo uomini a fare il turno di notte; avevano potere; non potevo chiudermi dentro a chiave, mentre dall’esterno chiunque poteva entrare dentro; avevo più paura di stare da sola in camera che a stare in compagnia”.

“Con le porte delle camere aperte entra di tutto; capisci chi è solo da come sono vestiti”.

“Avevo paura anche degli altri pazienti, erano spesso su di giri; entravano spesso per chiederti una sigaretta”.

“Di notte c’è uno che batteva sulla porta; ho avuto paura e ho chiesto di essere chiusa dentro”;

“Adesso ci sono dei pomelli fuori, tu puoi uscire ma nessuno può entrare dentro; è molto meglio, possiamo riuscire a dormire tranquilli”.

“C’erano dei pazienti che non stavano bene e che facevano paura; sono uscita per chiedere aiuto, nella guardiola di notte mi aspettavo di trovare qualcuno, ma non c’era nessuno, chi faceva il turno dormiva in un’altra stanza”.

“Ci sono molto spesso dei furti; per me era difficile abituarmi a chiudere sempre tutto a chiave nell’armadetto per evitare i furti”; a me hanno rubato anche un libro di Italo Svevo, non so che cosa se ne sono fatto”.

“Ci sono stati degli abusi, anche molto gravi, ma nessuno li ha denunciati per la buona reputazione della struttura”.

"Loro (gli operatori) devono ispezionare te e tutto quello che hai in qualunque momento; non puoi neanche ricevere un cioccolatino dall'esterno, te lo strappano via, dicono che non è autorizzato".

"È possibile che a 55anni tu debba andare in giro con un pantalone che ti cade giù, perché ti hanno sequestrato la cintura per motivi di sicurezza? Dove è la dignità?".

"I regali di Natale sono stati tutti ispezionati in modo scandaloso, le giacche sono state "vivisezionate", alcuni regali sono stati tolti (un borsello perché aveva una piccola tracolla)".

"Non davano il pane, solo i grissini, dicevano che con il pane ti può andare di traverso".
"È possibile che un ragazzo di prima media sia ricoverato assieme a quelli di 50 anni? Mi sono molto preoccupata".

Comunque sembra che le situazioni e le regole siano molto diverse a Bologna da struttura a struttura. Ogni SPDC è una realtà a sé.

- I rapporti con gli altri pazienti e con la famiglia

"C'erano persone stra incazzate di essere qui dentro, ti rimane il tarlo anche dopo".

"Con il mio compagno di stanza, non ci ho mai parlato. Non parlava con nessuno".

"Sul terrazzino ci trovavamo assieme e parlavamo tra di noi, era un modo per non stare sul letto e pertanto era positivo".

"I primi 2 giorni sono rimasto in camera in grande confusione; dopo sono uscito solo per mangiare; poi ho preso fiducia e sono uscito dove si può fumare, senza parlare con nessuno; era tutto surreale".

"In camera ero con uno che scalciava sempre; anche dormire non era facile".

"La mia compagna di stanza era fuori: dormiva nuda, litigava sempre con la madre quando veniva a trovarla".

"Delle potenzialità c'erano, ma dovevi convincere un'infermiera per aprirti la porta della biblioteca o la sala TV ma spesso la TV non funzionava; bisognava darsi da fare molto per non sentirti uno zombie che gira come un cretino; di solito le donne OSS erano più gentili".

"Mi è pesato molto che nessuno della mia famiglia sia venuto a trovarmi; nessuno per lavare le cose, ho dovuto comprare biancheria nuova".

"Avevo un buon rapporto con i colleghi di camera; si parlava di tutto, anche in modo molto profondo".

"Si conosce un sacco di gente che sta facendo la tua stessa esperienza. Esiste una possibilità di vero incontro tra le persone ricoverate, cadono le maschere, i filtri. C'era una vera profondità di rapporti; vorrei ritornare tra i ricoverati. Dopo, non si torna più come prima".

"Avevo un ottimo rapporto con gli altri pazienti; mi prendevo anche cura degli altri, avevo qualcosa da dire con tutti; cercavo di alleggerire le cose per gli altri".

"Con il carattere che ho io, non ce l'avrei mai fatta senza la mia famiglia".

- Le strutture

I commenti sulle strutture sono stati pochi da parte dei pazienti (mentre erano molti da parte della commissione di verifica nominata dall'Ausl – vedere allegato)
Più che all'ambiente fisico, i pazienti sono molto sensibili **all'ambiente umano**.

Comunque nei confronti delle strutture si sono rilevati freddezza e mancanza di cura degli ambienti; alcuni senza luce naturale, senza piante, senza colori, grande tristezza dei locali che fa deprimere.

"Alla tristezza dei pazienti ricoverati in SPDC si aggiunge la tristezza dei luoghi del TSO. Freddi, impersonali, vuoti di operatori, deprimenti, senza speranza e senza calore umano"

"Quando mi hanno portato all'Ottonello e che ho visto il posto, mi è cascata la madonna; non c'è una finestra, è tutto cupo, non si respira".

"A me, quello che mi salvava era poter uscire all'aria aperta e ascoltare musica, tanta musica. Avevo portato le mie casse"

"Dove ero ricoverata, c'erano le finestre, era luminoso, c'era una sala comune con la televisione, un bigliardino, una cyclette, dei tavolini per giocare a carte".

"Facevo molta fatica ad addormentarmi perché per me il letto era molto piccolo, inguardabile".

"All'Ottonello non c'è un luogo dove poter stare fuori; c'è solo un piccolo pezzo di prato tenuto malissimo, e te lo aprono solo a loro discrezione".

"A Villa Baruzziana, il cibo era favoloso".

"Era triste mangiare; ti davano i piatti di plastica, non c'era una tovaglia che potesse ricordarti un ambiente familiare, c'è chi si faceva spesso la pipì addosso a tavola".

"Dove sono stata ricoverata, si pranzava assieme agli operatori, con una tovaglia, e si poteva scegliere il menu in anticipo".

"Per la doccia, da dentro non mi potevo chiudere; mancano luoghi intimi".

Numerosi commenti sono stati fatti **"sull'acquario"** dell'Ottonello, una sorta di gabbia blindata di vetri trasparenti in mezzo al corridoio nella quale soggiornano protetti gli operatori, "come se vivessero in mezzo a pazienti appestati con i quali evitare assolutamente i normali contatti umani".

"Passi davanti ai vetri, bussi e non ti guardano nemmeno; si occupano delle loro carte".

"La soluzione non è abbattere l'acquario, o fare entrare gli utenti dentro. L'obiettivo è

fare uscire gli operatori dalla guardiola, farli entrare nelle camere e parlare con te, occuparsi di te”.

“Ci sono dei pazienti che vogliono farsi ricoverare a Villa (è come un albergo dove in più ti danno le pastiglie) ma c’è una lista d’attesa; pertanto ti fai prima ricoverare in un SPDC perché così hai una precedenza per scavalcare la lista d’attesa”.

4. IL VISSUTO DEI PAZIENTI DOPO IL RICOVERO

- Utilità del ricovero

“Quando sei lì, hai l’impressione di fare dei passi indietro, non dei passi avanti. Se quando esci non hai fatto miglioramenti, non ha senso. Il TSO deve essere emotivo, non di detenzione”.

“Secondo me l’utilità del TSO dovrebbe essere:

- imparare a prendere le terapie correttamente;
- diminuire le variabili che incidono negativamente sul tuo malessere.

Mi sono anche chiesto se utilizzano i ricoveri per testare nuovi farmaci a nostra insaputa”.

“Non so se questo mio TSO era tanto necessario. Si sarebbe potuto risolvere in un altro modo, credo”.

“La sensazione è che ci sia un abuso di ricorso al TSO, anche quando ci sarebbero delle alternative meno traumatizzanti e più efficaci”.

- L’uscita, il dopo

“Per l’ultimo ricovero: non ho mai saputo se si trattava di un TSO o di un TSV”.

“Quando esci, ci deve essere una visione, un percorso strutturato con il CSM territoriale e con i servizi sociali (casa, reddito, lavoro). Ma niente di tutto ciò avviene”.

“Ho assistito ad una totale assenza di regia nel periodo post-ricovero”.

“Quando sono uscita non sapevo dove sbattere la testa; per me è difficile ancora oggi”.

“All’uscita dal primo TSO, ero distrutta dalla vergogna. Non accettavo la diagnosi. Ho perso il lavoro. Sono stata male per un anno. Io avevo la fortuna di potermi permettere lo psicologo, altrimenti non si riesce a venirne fuori da sola”.

“Dopo, non deve ritrovare la stessa situazione come prima”.

“Quando sono uscito dal TSO, non sapevo nemmeno dell’esistenza dei CSM. L’ho saputo un anno dopo, perché mi sono dato da fare per trovare un riferimento”.

“Dopo l’uscita dal TSO mi è stata rimodulata la terapia farmacologica: mi hanno dato una valanga di medicine (8 diverse medicine psichiatriche, pastiglie per il diabete, per il cuore, per la pressione, integratori vitamine e minerali), volevo sapere. Proprio per questo il medico ti deve spiegare, altrimenti vai su Internet ed è peggio”.

“La persona deve essere consapevole, perché si tratta della sua vita”.

“Mia sorella è uscita e non la segue più nessuno. Passa la sua giornata da sola in casa sul divano a fumare e a mangiare, non ha niente da fare durante tutta la giornata; io lavoro, non posso occuparmene”.

“Ci ho messo un anno a riprendermi dal TSO; sono rimasto da solo a casa sul letto con le medicine”.

“Per me, il dopo è stato peggio del prima e del durante. Avevo fatto tutto il percorso con uno psicologo per riprendere la mia vita familiare, anche l’assistente sociale aveva dichiarato che ero idonea per stare con i figli; ma all’uscita ho perso tutto: la famiglia, i figli, il matrimonio, i soldi; non mi è rimasto neanche un cucchiaino; mio marito mi ha fatto una denuncia perché secondo lui potevo essere pericolosa per i figli e ha chiesto il divorzio; è il modo con il quale sono stata trattata dopo 20 anni di matrimonio”.

“Se ci fosse un percorso di reinserimento del paziente nella vita, sarebbe importante”.

“Dopo l’Ottonello mandavano tutti sistematicamente all’Arcipelago, senza parlarne con te o con la famiglia; non so perché”.

“Quando esci da un ricovero, il problema della casa è molto importante. Avere un posto dove andare, dove abitare, è fondamentale, ma spesso non si può”.

“Esistono dei posti, ma devi dimostrare che sei affidabile, che sei centrata. E c’è competizione. Dentro/fuori, dentro/fuori dal ricovero, è così in continuazione per chi non ha dove andare. I servizi sociali sul territorio non ci sono, per nessuno; e negli appartamenti protetti spesso non c’è posto, o non ti vogliono”.

“Anche se hai una casa tua, quando esci fai fatica a tornare ad abitare da solo”.

“La rete familiare incide molto sulle dimissioni; se puoi tornare in famiglia, puoi uscire”.

“All’uscita da un percorso di ricovero lungo non sapevo più fare nulla: fare il letto, prendere l’autobus, fare da mangiare, avevo perso tutto. Avevo paura di muovermi, di uscire di casa da sola. Ho dovuto fare un percorso a piccoli passi, ricominciare a vivere nella società. C’è bisogno di una persona positiva al tuo fianco che ti aiuti a riprendere la vita”.

“Il sindaco è subito pronto a firmare per un TSO, perché sei un suo cittadino. Ma dopo, non si interessa più a te: non viene a trovarti quando sei ricoverato, non ti manda i servizi sociali, non ti aiuta a risolvere i problemi sul territorio. Dopo, non sei più un suo cittadino”.

“Adesso sono seguita da un’operatrice della Coop... che viene a trovarmi a casa tutte le settimane. Per me vederla tutte le settimane è molto più importante che vedere la psichiatra 10mn ogni 2 mesi. Adesso sto meglio, ma sono terrorizzata che me la tolgano con i tagli nei budget di salute”

“Quando sono arrivata, il tirocinio a Psicoradio mi ha stravolta, è stato una manna dal cielo. Ti fanno uscire dal tuo guscio, conosci un sacco di gente che ha fatto la tua stessa esperienza e che ne è venuta fuori. È molto importante”.

5. CONSIDERAZIONI SUL DAY HOSPITAL

“Bisogna fare una battaglia per tenere aperti i day hospital. Per me è stato una rinascita; si è creato un gruppo che mi ha permesso di uscire di casa e di ricominciare a vivere in un ambiente protetto; il problema è trovare delle altre persone con cui condividere, vedere che non sono l'unica”.

“Dopo un tentato suicidio, è stata la prima opportunità, il primo confronto con altri simili a me”.

“Ci vorrebbe un day hospital in ogni CSM, ma li stanno chiudendo per risparmiare, e nessuno dice niente”.

6. ALCUNE CONSIDERAZIONI SUI SERVIZI TERRITORIALI

Anche se i servizi territoriali non sono l'oggetto di questo report, abbiamo ritenuto opportuno riportare alcuni commenti emersi durante il lavoro del gruppo, soprattutto sul tema degli psicofarmaci che rappresentano una preoccupazione centrale per i pazienti del gruppo di lavoro.

“I servizi si stanno americanizzando, nei temi, nel gergo; ma l'Italia è culturalmente molto diversa dai paesi anglo-sassoni, dovrebbe essere la figlia di Basaglia. La recovery viene dall'Inghilterra. Tra gli utenti, tutti chiedono, nessuno capisce che cosa vuole dire la parola recovery”.

“Si fa riferimento al DSM americano. Perché non usare il manuale franco/europeo?”

“Ci sono dei grossi problemi con il fascicolo sanitario nuovo; il mio medico di base non ha più accesso alla parte sulla salute mentale, dice che usano un sistema diverso. Sul fascicolo sanitario non ci sono i medicinali prescritti, lo scollamento tra medico di base e psichiatra è pericoloso. Il medico di base rischia di fare delle prescrizioni al buio”.

“Quando vado dalla psichiatra mi siedo e lei ha già fatto la ricetta prima ancora che io abbia aperto bocca”.

“Io mi faccio prescrivere i medicinali psicofarmaci dal medico di base, perché è più veloce rispetto al CSM”.

“In passato ho avuto diversi psichiatri. Alcuni, erano sul binario e non cambiavano mai niente; altri al contrario, ogni volta che andavo mi adattavano la terapia di volta in volta”.

“Per la stabilizzazione dell'umore, quando andavo giù mi aumentavano le dosi; quando ritornavo su, mi aumentavano comunque ancora la dosi; non capisco il perché”.

“Bisogna conoscere bene le persone per fare delle prescrizioni personalizzate, perché ognuno reagisce a suo modo. Dipende dall'esperienza del medico”.

“Ci sono dei farmaci ai quali il medico è più affezionato e usa solo quelli, soprattutto per i farmaci vecchi; ma adesso sono quasi tutti vecchi”.

“Non ti tolgono mai niente, ma solo aumentano. Gli psichiatri non fanno de-prescrizio-

ne, non sono stati formati per la de-prescrizione”.

“Quando sono passato dal Depachin al litio, c’è stato un passaggio molto graduale e per me è andato molto bene.”

“Qualche psichiatra serio ti dice: ci proviamo, e se non funziona te lo cambio; quando c’è una negoziazione con lo psichiatra è una cosa positiva, ho potuto valutare il pro e il contro delle varie soluzioni e ho scelto”.

“Ero preparata, ho studiato e ho guardato su internet; ma mi davano delle medicine che non corrispondevano alla mia diagnosi. Sono rimasta male perché non mi è stato spiegato niente, sono stata trattata come una ignorante che non era in grado di capire e di scegliere”.

“A Milano, vogliono utilizzare l’IA per fare da supporto ai professionisti. È assurdo rifugiare da una tecnologia del futuro”.

“I problemi sono i protocolli, applicati uguali per tutti, anche se le situazioni sono molto diverse”.

“Il medico non potrà mai curarti; potrà solo aiutarti ad elaborare.”

“Il medico non segue il paziente, sei tu che devi stare dietro al medico; in alcuni casi urgenti, ci sono voluti 2 mesi per avere un appuntamento”.

“Quando sono andata per la prima volta al CSM, mi hanno dato il n° di telefono di uno psichiatra privato a cui rivolgermi; no comment”.

“C’è uno scarica barile tra Servizi Sociali e Servizi di psichiatria, così nessuno se ne occupa”.

“Al CSM, per anni non ho mai fatto analisi del sangue; ho scoperto tardi di avere un livello elevato di diabete, mentre per anni ho preso psicofarmaci che incrementavano il diabete, e non lo sapevo. La psichiatria è una branca della medicina, dovremmo essere curati come tutti gli altri, a partire dalle cose più semplici, come le analisi del sangue o la misurazione della pressione”.

“Bisogna prendere seriamente in considerazione le controindicazioni degli psicofarmaci e **curarli**. Non è possibile vedere delle persone che sono arrivate a pesare 140kg e non fare niente, come se fosse normale. Vanno seguite da specialisti, l’aumento di peso è un’altra grave malattia. Non basta dare due raccomandazioni alimentari e fare una camminatina ogni tanto” .

“C’è troppa discontinuità nei percorsi di cura. Non si ha un operatore di riferimento, cambiano continuamente sedi di lavoro, sei sballottato di qua e di là. La discontinuità è fonte di cronicizzazione”.

7. LO STIGMA

“Da alcune persone siamo visti peggio dei carcerati; siamo disprezzati; siamo scartati a prescindere; ci credono pericolosi, ma sono tutte dicerie. Noi amiamo, abbiamo sentimenti più ampi di molti altri”.

“Qualcuno pensa addirittura che la malattia mentale sia una scusa inventata per non fare niente”.

“Quelli delle ambulanze sono stati terribili; a uno appena entrato e immobilizzato subito, hanno commentato: si fa così con un tossico di merda”.

“Quando sono uscita per la prima volta, era come se fossi uscita da un manicomio; ho incontrato molti pregiudizi, molta ignoranza di base; il ricovero diventa una carta per distruggerti”.

“I miei figli non hanno potuto venirmi a trovare “per proteggerli”, perché non dovevano vedere un’ambiente come quello”.

“Per abbattere il pregiudizio, è fondamentale accoglierti come una persona, non come una bestia; ma vieni sballottato da un posto a un altro senza dirti niente”.

“Bisogna sfatare il mito del pregiudizio; i nuovi segnali mi piacciono poco”

“Io sono stato fortunato. Quando sono ritornato in fabbrica dopo un anno di malattia, ho ritrovato il mio posto senza problemi. Non mi hanno declassato, non c’è stato stigma”.

8. COME CHIUDERE CON IL PROPRIO PASSATO

Sin dall’inizio, il gruppo si è posto l’obiettivo di come poter diventare “L’uomo nuovo”, quello che attraverso le crisi prende consapevolezza di sé, e riesce non a tornare come era prima della malattia e dei ricoveri, ma riesce a togliere la maschera e diventare quello che è veramente, con i suoi talenti e i suoi limiti accettati.

Si tratta di un percorso di crescita interiore molto faticoso, che bisogna volere intraprendere e poter in qualche modo essere aiutato per condurlo.

Prima di tutto, tutti i componenti del gruppo sono concordi per dire che bisogna poter “elaborare completamente” il TSO (una violenza subita) con un gruppo di persone che hanno vissuto lo stesso trauma, perché il TSO è un trauma. Bisogna riuscire a guardare, ad accettare, a superare. Ritrovare la serenità.

Il gruppo chiede al DSM-DP di promuovere dei gruppi specifici di auto mutuo aiuto (gruppi AMA TSO) ed invitare i pazienti in fase di dimissione a frequentare tali gruppi.

“Per chiudere con un passato di ricoveri e di crisi psichiche acute, ci vuole tempo. Purtroppo spesso, non se ne esce mai, ci sono delle cause che vengono confuse con delle colpe, il grande dolore permane.”

“Il trauma di partenza deve essere preso in considerazione, anche le cause profonde vanno ricercate per evitare che, in più, il malato si senta colpevole della propria malattia psichica”

" Bisogna essere aiutati a fare uscire quello che hai dentro, a rielaborare quello che ti è successo nella vita; bisogna poter spurgare dal dolore"

"Secondo me per "chiudere" col passato la prima cosa da fare è capire ed accettare con serenità di avere ognuno di noi il proprio disagio, disturbo o patologia, chiamatela come volete, mentale.

Questo non vuol dire arrendersi o abbandonarsi, ma anzi prendere consapevolezza e lavorare su sé stessi, con gli altri. Mi spiego: lo si può fare frequentando luoghi accoglienti dove riunirsi per socializzare e fare attività di ogni genere: laboratori di teatro, filosofia, musica, arte, lettura, scrittura, yoga. O semplicemente per vedere un film, o fare una merenda.

Tutto questo grazie alle tante associazioni presenti sul territorio. Fatte di persone che hanno tutti noi a cuore. Parlo di volontari, familiari, Esp, facilitatori. Lo scopo di tutto questo è sentirci meno soli. Ovviamente la terapia farmacologica non va mai abbandonata. Soprattutto se abbiamo raggiunto un equilibrio e ci sentiamo bene. A meno che non sia il medico a deciderlo insieme al paziente. Però anche questa da sola non fa miracoli. Dobbiamo anche noi impegnarci come dicevo prima nel fare delle cose che ci piacciono. Cercare nuovi stimoli, insomma uscire. Abbiamo tutti un sacco di potenzialità che magari non ci rendiamo conto, o che per un motivo o un altro non riusciamo ad esprimere. A volte per questioni di tempo o per poca fiducia in noi. A volte basta poco, anche se sembra molto, per uscire anche solo a fare due passi. Ma se trovi il tempo e la Forza di aprire quella porta e lasciare alle tue spalle quella zona comfort a cui ti sei affezionato, poi ti puoi rendere conto che non è poi così male prendersi cura di sé. Già bastano piccole cose per prendersi cura di noi stessi. Lo so a volte ci sembra difficile farlo, quando non stiamo bene non vogliamo consigli da nessuno, ma se ci sforziamo un poco ogni giorno, poi i risultati arrivano. Insomma se non ci mettiamo in gioco resteremo sempre aggrappati a quello che ci è capitato e al nostro malessere. Che non è che scomparire di punto in bianco, ma deve darci la spinta di andare avanti. Con fiducia e coraggio. Non lasciamo che il tempo scorra senza dargli un senso. Diamoglielo noi un senso. Riprendiamo in mano la nostra vita".

Come si esce dal dolore interiore?

"Forse con le stesse urla di mio Padre, come chiodo scaccia chiodo, ma questa modalità è molto complicata e rischiosa. Soprattutto se ti arriva la martellata su un dito. O forse, però, attraverso il suo contrario, sottovoce con gentilezza...?

Non lo so, ricette non ho e forse nessuno le ha. La regola assoluta non esiste, così come non esiste la perfezione.

Però mai dire tutto sbagliato, tutto da rifare perché altrimenti non si parte mai, non si cresce e soprattutto si perde fiducia nella speranza di migliorare.

Migliorare dell'uno per cento al giorno sarebbe tanto, quasi un miracolo, significherebbe che in cento giorni si potrebbe recuperare tutta la salute. Basterebbe quindi il 0,5 % giornaliero che in sei mesi una persona guarisce.

Ma è già tanto non peggiorare, anche solo di un millesimo giornaliero. La psicopatologia è come un cancro maligno, non basta estirparlo, bisogna fermarne la diffusione e non sempre è possibile. I farmaci sono importanti. Tuttavia, ci si deve agganciare alla recovery: come in un treno la carrozza alla sua locomotiva. La partenza in una situazione di blocco è difficile, ma siamo come barche a vela in mezzo al mare. A volte si naviga con un cielo azzurro spinti da un soffice vento in poppa. Tutto è bello, limpido e splendente. Altre volte è buio pesto, freddo e con tempesta: il rischio di inabissarsi per sempre c'è, anche in porto. Ma il faro della speranza deve sempre e comunque restare acceso. Perché come dice Padre Marella, la felicità è sempre al plurale. Deve essere condivisa e forse è questo il senso della vita".

9. UMANIZZAZIONE I RICOVERI: ESIGENZE ESPRESSE DA PARTE DEI DIRETTI INTERESSATI

Durante i lavori del gruppo, è emerso un certo disappunto per i “buoni voti” ottenuti dall’Ausl per la qualità dei servizi psichiatrici da parte di “Accreditation Canada”, mentre nella percezione dei diretti interessati risulta nell’insieme un livello di qualità ancora piuttosto disastroso.

“Grandi miglioramenti sarebbero raggiunti già semplicemente facendo realmente quello che viene dichiarato ufficialmente nella “Carta dei servizi” da tempo appeso nell’atrio degli ospedali, nonché nei progetti di miglioramento dichiarati durante il percorso di accreditamento e non attuati”.

Uno dei temi ricorrenti resta il superamento dello stigma/del paternalismo da parte di molti operatori all’interno dei servizi di salute mentale.

“Certi miglioramenti da noi proposti vengono già adottati presso alcune strutture del DSM-DP di Bologna, per questo il gruppo auspica che non esistano ostacoli burocratici e che tali miglioramenti possano essere generalizzati a tutte le strutture, con la buona volontà degli operatori”.

“Resta vero che per umanizzare, bisogna accettare di correre qualche piccolo rischio”.

● Accogliere e Informare

I pazienti psichiatrici chiedono di essere accolti come tutti gli altri pazienti del sistema sanitario, in modo rispettoso, rassicurante e - perché no- caloroso, in collegamento con lo psichiatra del CSM e con il medico di base.

Vorrebbero sentirsi dire:

“Buongiorno, mi chiamo e sono un (medico, infermiere, o altro). Stai tranquillo, abbiamo dovuto usare un sedativo perché i tuoi neuroni sono sovraccarichi ma starai meglio dopo”

“Capiamo la tua situazione; i tuoi tempi di reazione non li conosciamo ma ci organizziamo per curarti al meglio”

“Molti sono come te; non sentirti più malato degli altri”

“Quali medicine hai preso sino ad ora? Hai delle allergie? Adesso ti prendiamo la pressione e facciamo un’analisi del sangue per controllare i principali parametri della tua salute fisica”

“Se desideri delle informazioni non esitare a chiamarci o a chiamare il medico”

“Adesso controlliamo il tuo fascicolo sanitario e chiamiamo il tuo psichiatra per concordare la terapia farmacologica durante il ricovero e verificare eventuali controindicazioni”

“Che cosa ti è successo? Che cosa posso fare per aiutarti?”

Sono tutte frasi di accoglienza che i pazienti vorrebbero sentirsi dire all’ingresso all’SPDC. Anche se stanno molto male, capiscono più di quanto sembra e si ricordano. Capiscono

benissimo anche il non detto.

Vorrebbero ricevere all'ingresso **un piccolo opuscolo di accoglienza stampato** che spiega in che cosa consiste e in che modo si svolgerà il TSO o il TSV, quali sono i loro diritti, come verranno presi in carico.

Sull'esempio di quanto visto a Bordeaux da alcuni ESP durante uno scambio tra Servizi di Salute Mentale della Regione Aquitaine e servizi di salute mentale dell'Asl di Bologna (opuscolo per sé e per i familiari). Opuscolo indirizzato ai pazienti (non solo finalizzato a valorizzare il ruolo degli operatori).

Tali opuscoli vanno stampati su carta, consultati con calma o portati a casa, perché gli utenti durante le crisi fanno già fatica a leggere la carta stampata, a nessuno viene in mente di consultare un QR code mentre passa davanti ad un manifesto affisso sul muro.

Vorrebbero ricevere all'uscita **un secondo piccolo opuscolo** stampato che illustri come rapportarsi con i servizi sul territorio (CSM, SERT, servizi sociali) e quali sono le risorse: le Associazioni, La Casa di Tina, il Provvidone, i gruppi AMA.

- **Mettere davvero l'utente al centro, superare i protocolli uguali per tutti**

Lo slogan "L'utente al centro" non deve restare solo uno slogan per fare bella figura all'esterno, si chiede che diventi un principio applicato davvero nei luoghi di ricovero per rendere più umani ed efficaci i percorsi di cura:

- + Chiedersi sempre che cosa è meglio per l'utente parlandone direttamente con lui/lei.
- + Non mettere soprattutto al centro gli interessi del personale (fuga dalle responsabilità, paure secondo noi esagerate legate ai problemi di sicurezza, trasferimenti frequenti ed imprevisti che non danno continuità ai percorsi di cura, in generale grande discontinuità nel rapporto tra pazienti ricoverati e terapeuti del reparto;
- + Non mettere quasi sempre al centro i risparmi economici, tra l'altro spesso modesti (risparmiare i costi del pranzo di alcuni operatori se pranzano con i ricoverati) senza misurare i danni o i mancati benefici sugli utenti.
- + Alleggerire tutte le norme "per la sicurezza" previste in modo indiscriminato all'ingresso dell'SPDC (Norme che possono diventare umilianti e anche controproducenti); Non lasciare i pazienti girare con scarpe o scarponcini senza lacci, o girare con pantaloni che cascano, o che sono trattenuti con garze da ospedale).
- + "Bisogna pretendere che ci sia sempre un contatto tra chi ti segue al TSO e chi ti segue sul territorio, prima, durante e dopo".

- **Utilizzare le medicine sedative con giudizio**

Questo significa personalizzare le terapie farmacologiche all'interno degli SPDC.

- Raccordarsi con lo psichiatra territoriale e non dare più delle medicine "vecchie" (meno costose ma con maggiori effetti collaterali) soprattutto ai pazienti giovani;

- Valutare il reale grado di pericolosità del paziente e non sedarlo se non è indispensabile; non andarci "di manica larga" per motivo di sicurezza degli operatori ed usare solo il livello minimo di sedazione necessaria; non trasformare mai i pazienti in zombie con la bava alla bocca, incapaci di articolare le parole o di rispondere al telefono.

- Tenere conto delle altre comorbidità eventualmente presenti (diabete, insufficienza cardiaca, intolleranze...) e non amministrare farmaci incompatibili, o che aumentano tali altri problemi di salute.

- Spiegare sempre che cosa si dà, con quali effetti e perché.

- **Lavorare in modo diverso sulla sicurezza interna**

- Rivedere, smussare, alleggerire a monte l'elenco delle cose veramente pericolose da controllare all'ingresso, spiegare il perché e procedere in modo molto dolce e rispettoso.

- Riconsiderare i contenuti e i modi dello "spoglio" di tutto, che si fa in modo indiscriminato all'ingresso della struttura (lacci, cinture, carica telefoni, oggetti di toilette, catenine...); non rovinare i vestiti tagliando le cinture dei pantaloni di tuta; valutare bene se davvero le cose tolte rappresentano un pericolo. In caso positivo procedere con tatto e spiegare bene il perché di questa procedura (comunque umiliante).

- Non usare mai toni sprezzanti o trattare nei fatti i pazienti da incapaci o da deficienti (ad esempio articolando le parole in modo lentissimo come si parlerebbe a dei bambini piccoli).

- Favorire sempre l'uso delle parole rassicuranti per fare calare la paura e le possibili reazioni aggressive, usare la "contenzione psicologica" che in alcuni casi si dimostra sufficiente evitando quella fisica o farmacologica.

- Quando non si può fare a meno della contenzione fisica, farlo "con amore", per esempio da parte di un "omone" che ti prende in braccio e ti stringe immobilizzandoti affettuosamente, oppure da parte di un operatore specificatamente preparato per la contenzione psico-fisica "dolce".

- **Umanizzare le regole interne e rispettare i diritti**

- Ripristinare o avviare il fatto di prendere il pranzo assieme tra ricoverati e medici e operatori.

- Prevedere che le persone ricoverate possano sempre chiudersi in camera durante la notte per evitare le intrusioni di altri pazienti non sempre ben intenzionati. Gli operatori potrebbero avere un passpartout per entrare dall'esterno da usare in caso di necessità.

- Mantenere aggiornato il livello delle manutenzioni dei locali (TV che funziona, distributore di acqua e bevande carico, acqua calda e docce funzionanti, aree verdi pulite ...)

- Alleggerire i divieti relativi all'introduzione di cibi dall'esterno (applicare solo quanto già previsto per tutti gli altri reparti ospedalieri; ad esempio non sequestrare 2 cioccolatini se capita che un familiare te li porti)

- Curare maggiormente l'accoglienza dei luoghi (piante verdi, luce naturale, colori e decorazione, spazi comuni sia interni che esterni)

- Accelerare i tempi di caricamento dei dati delle terapie salute mentale sul fascicolo sanitario elettronico CURE, per garantire l'accesso anche al medico di base se il paziente lo autorizza.

- Prepararsi sin da ora ad applicare le modifiche alla L.180 richieste dalla Corte Costituzionale (sentenze n.76/2025) per la convalida dei TSO (ricorso ad un giudice tutelare per valutare l'uso di restrizioni della libertà personale) in quanto le libertà personale rappresentano un diritto tutelato dalla Costituzione e riconosce ai pazienti in TSO la dignità di cittadini come tutti gli altri.

- **Interessarsi alla persona, ascoltare, confortare, offrire una spalla per piangere, facilitare l'espressione del disagio e ricercarne assieme le cause. Gentilezza, rispetto, pazienza.**

- Assegnare subito a ogni persona ricoverata un medico o un operatore che la segua durante la degenza, conosca il suo caso, sappia quale terapia sta facendo, come sta andando, quando potrebbe uscire e sia in grado di rispondere all'utente e ai familiari che chiedono informazioni (come previsto dalla carta dei Servizi).

- Sensibilizzare tutto il personale degli SPDC e RTI all'esigenza di umanizzare i modi di rapportarsi con le persone ricoverate, di ascoltare quello che dicono e chiedono, di "trattarli alla pari" (come avviene/dovrebbe avvenire di solito negli altri reparti ospedalieri), senza atteggiamenti paternalistici.

- Prevedere un percorso di formazione specifica all'accoglienza, all'ospitalità e alla gentilezza per tutti gli operatori quando arrivano da altri reparti dell'ausl; (come umanizzare i rapporti con i ricoverati psichiatrici, errori da evitare ecc.); sarebbe utile anche verificare le motivazioni e le predisposizioni del personale "new entry" per assistere dei ricoverati psichiatrici.

- Rapportarsi direttamente con la persona ricoverata per illustrare i risultati degli esami, la terapia, l'andamento del ricovero (evitare di parlarne solo con i familiari senza la presenza dell'interessato).

- Prevedere la possibilità di un colloquio con il medico psichiatra anche tutti i giorni se viene richiesto dalla persona ricoverata.

- **Utilizzare da subito la terapia della parola**

- La terapia della parola è spesso più importante degli psicofarmaci per rasserenare e tranquillizzare una persona depressa o agitata. Può essere usata da tutto il personale, non solo dagli psicologi: ascolto, considerazione, vicinanza, empatia, rispetto.

- Riequilibrare la presenza delle varie figure professionali all'interno dei reparti (maggior numero di psicologi e educatori richiesto a gran voce)

- È tutto il reparto che dovrebbe comunicare un ambiente attento e disponibile. I colloqui con il medico, con l'operatore di riferimento e – quando c'è – con lo psicologo sono fondamentali per "fare uscire" quello che rode dentro, per ritrovare un po' di auto stima e serenità, anche durante le fasi acute.

- **Organizzare dei momenti di ricreazione, dei momenti di gruppo e lottare contro il tempo vuoto all'interno delle strutture**

Prevedere delle attività semplici per passare il tempo e socializzare quando le persone ricoverate ne esprimono il desiderio: biblioteca, ascolto musica, giochi di società, disegno, attività motorie, giardino dove poter passeggiare; organizzare dei momenti di conversazione a piccoli gruppi con uno psicologo o terapeuta della riabilitazione psichiatrica, o ESP; Accogliere persone dall'esterno negli orari delle visite, specie per le persone ricoverate senza famiglia; prevedere uscite esterne accompagnate per chi è già in grado di farlo.

- **Preparare assieme il progetto di uscita**

Quando esci, gli operatori devono dirti che ci sono delle possibilità per riprenderti, che esistono dei percorsi per aiutarti, che molti altri ci sono riusciti.

Prima dell'uscita, l'SPDC dovrebbe chiamare sempre i servizi sociali territoriali per attivare i servizi indispensabili, come nel caso delle dimissioni dagli altri reparti ospedalieri (reparti di cardiologia, di oncologia o altri); aiuti economici, per la casa, per le pulizie, per i pasti, per la ricerca di un lavoro, per migliorare il contesto in cui ci si reinserisce. Prevedere una attività per impegnare il tempo dopo che si è usciti.

Consegnare e spiegare il piccolo opuscolo sulla organizzazione dei servizi territoriali, sulle associazioni che offrono attività e sulle altre opportunità disponibili,

All'uscita, potere avere una persona di riferimento con cui poter parlare nei momenti di sconforto o di crisi; avere una persona positiva, con un numero di telefono perché gli amici li hai persi; potere essere accompagnata per fare la spesa, avere un aiuto per questa "riabilitazione sociale", non per forza da parte dell'Ausl.

In caso di abitazione condivisa, associare i caregiver (famiglia, altri) al progetto di uscita.

Tradurre il progetto di uscita in una "lettera di dimissione" concordata con il paziente, che il paziente stesso consegnerà al suo psichiatra del territorio e, se previsto, al suo medico di base.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Estratto dalla Carta dei Servizi affissa nell'atrio degli ospedali (a seguito del progetto 07S Accreditation Canada)

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC) INFORMAZIONI PER UTENTI E VISITATORI

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) sono luoghi in cui si trovano differenti professionalità preparate ad accogliere, curare e aiutare persone che soffrono di disagio psichico acuto e hanno necessità di una particolare attenzione, sia nel caso di ricoveri volontari che nei trattamenti sanitari obbligatori. Questi reparti lavorano in sinergia con il Servizio Territoriale (CSM) al fine di promuovere una continuità terapeutica riabilitativa.

Descrizione e Attività

Vista la situazione di particolare fragilità degli ospiti di questi reparti, l'obiettivo principale di cura è quello di offrire alle persone in crisi l'accoglienza per un tempo necessario e sufficiente alla ripresa e in uno spazio protetto di cura che permetta ai pazienti di recuperare le risorse personali e poter riprendere al più presto la propria vita quotidiana. All'interno dell'SPDC lavora un gruppo multiprofessionale composto da medici psichiatri, infermieri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica e operatori socio-sanitari che collaborano insieme per garantire le cure più efficaci per il benessere delle persone. Ad ogni paziente pertanto viene assegnato un medico di reparto a cui fare riferimento e si dedica una certa importanza anche ai contatti e momenti informali per creare relazioni interpersonali di qualità volte a sostenere la persona in difficoltà.

A seconda delle disponibilità di strumenti e personale dedicato, inoltre, vengono organizzate attività psico-educazionali di gruppo e attività di tipo creativo (es. pittura, ascolto musica, proiezione di film). Attività essenziali perché permettono di non perdere, anche nel momento di estrema fragilità, la relazione interpersonale e consentono di vivere le emozioni in modo tutelato. Sono modalità che sviluppano un contatto attivo con la situazione concreta di disagio promuovendo un atteggiamento più propositivo verso la propria difficoltà e facilitando i rapporti interpersonali.

L'obiettivo dell'équipe di lavoro è quello di sviluppare e incoraggiare le risorse personali dei pazienti affinché possano ristabilire un contatto positivo con la realtà e attivino nello stesso tempo una riflessione sulla crisi. Così il tempo del ricovero può diventare, grazie alla riflessione accompagnata dagli operatori, anche un'opportunità per scoprire e riconoscere strategie per affrontare futuri momenti di difficoltà.

Accoglienza

Ogni persona riceve un'accoglienza personalizzata e adeguata alla sua situazione specifica, ma ci sono alcune regole che tutti sono tenuti a rispettare.

All'ingresso si chiede di lasciare in custodia oggetti potenzialmente pericolosi (lacci delle scarpe, oggetti di vetro, cinture, coltellini, caricabatterie, accendini, ecc). Tutti gli oggetti trattenuti verranno custoditi in appositi contenitori personalizzati. L'occorrenza per la barba, per esempio, sarà custodito dal personale che lo consegnerà alla persona quando ne farà richiesta.

Si richiede, a chi accompagna o viene in visita, di collaborare alla cura mostrando tutti gli oggetti che si vogliono consegnare. Ai familiari e caregiver si domanda di verificare che le persone abbiano tutto quello che è necessario per una permanenza confortevole.

le. Si consiglia di scegliere abiti comodi (es. tuta) ed evitare ciabatte ed infradito. Consigliata scarpa "a strappo" senza lacci per le uscite con gli operatori (i lacci potrebbero essere ritirati se necessario).

Si prega di fornirsi appena possibile di biancheria di ricambio e degli effetti personali ritenuti necessari dall'utente purché ammissibili.

Non si può introdurre cibo ed è severamente vietato introdurre alcool e sostanze stupefacenti.

È consentito l'uso del cellulare personale se usato in maniera adeguata. Saranno gli infermieri ad occuparsi della ricarica dei cellulari, normalmente durante la notte. Per questo i caricabatteria vanno consegnati direttamente agli operatori che consegneranno i telefoni quando richiesti. Non è consentita l'acquisizione e/o diffusione di materiale che possa costituire violazione della privacy altrui (es riprese audio-video, foto, condivisione su social-network di immagini acquisite in reparto).

Le uscite vengono concordate con i pazienti, normalmente solo dopo alcuni giorni di degenza.

È vietato fumare nelle camere e nelle parti comuni. Un locale appositamente adibito per i fumatori è messo a disposizione e, ove presente, si potrà fumare in giardino.

Sono disponibili libri per la lettura, giochi da tavolo e le carte. All'interno dell'ospedale c'è un bar.

Si ricorda che il reparto non risponde a furti e smarrimenti. È vivamente sconsigliato tenere con sé oggetti di valore o somme consistenti durante il ricovero. È possibile depositare in infermeria piccoli oggetti e cifre contenute di denaro.

La presa in carico della persona avviene mediante una valutazione e una pianificazione clinica e assistenziale effettuata dai medici di reparto e dal personale infermieristico per

Le uscite vengono concordate con i pazienti, normalmente solo dopo alcuni giorni di degenza.

Ricovero di minori

In caso di ricovero di un* ragazz* minorenni verrà attivato l'intervento del servizio di Neuropsichiatria dell'età evolutiva per un supporto educativo adeguato nel minor tempo possibile

Per gli aspetti legati al consenso informato si farà riferimento ai genitori o al tutore.

Mediazione interculturale

È possibile usufruire del servizio di Mediazione culturale e interpretariato linguistico in caso di pazienti con difficoltà con la lingua italiana. Tutti i servizi offerti sono erogati nel rispetto dell'identità personale, culturale e religiosa assicurando il culto e il rispetto delle prescrizioni alimentari.

Certificati e richiesta copia cartella clinica

I certificati di degenza saranno consegnati su richiesta. Si ricorda di richiederli al momento della dimissione all'uscita dal reparto.

La copia della cartella clinica si può richiedere al CUP metropolitano. Le immagini di

eventuali indagini fatte durante il ricovero andranno richieste allo sportello dedicato presso il CUP.

Dimissione e Dimissione protetta

Al momento della dimissione il paziente riceverà una lettera indirizzata al medico curante con tutti gli elementi utili per la continuazione della sua cura.

La dimissione si definisce protetta se la persona viene inviata ad altra struttura oppure affidata ai servizi territoriali per continuare il suo percorso di riabilitazione.

Modulo Segnalazioni

I cittadini possono inoltrare segnalazioni o reclami tramite un modulo specifico e dando modo all'Azienda di valutare e realizzare eventuali miglioramenti del servizio in sinergia continua con le richieste dirette di coloro che usufruiscono delle prestazioni.

Il modulo compilato può essere consegnato tramite l'apposita cassetta o agli operatori.

A seguito di questa parte generale, per ciascuna struttura vengono indicate le caratteristiche specifiche (ad esempio assenza di contenzione fisica nell'SPDC di San Giovanni in Persiceto), gli orari dei pasti, gli orari delle visite di parenti e amici, i servizi pubblici di trasporto per raggiungere la struttura.

ALLEGATO 2

CONVALIDA DEL TSO DA PARTE DEL GIUDICE

La legge italiana (Legge 833/1978, art. 35) prevede che il Giudice Tutelare debba convalidare entro 48 ore il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) disposto dal Sindaco, dopo aver ricevuto il provvedimento e aver ascoltato la persona interessata (in base alla Sentenza 76/2025 della Corte Costituzionale), altrimenti il Sindaco ne ordina la cessazione immediata; in caso di mancata convalida, la persona può anche fare ricorso al Tribunale.

Procedura e tempistiche

Con la sentenza numero 76 depositata lo scorso 30 maggio, la **Corte costituzionale** ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 35 della legge numero 833 del 1978 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) nella parte in cui non prevede che il provvedimento del sindaco che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera sia comunicato alla persona sottoposta al trattamento; che la stessa sia sentita dal giudice tutelare prima della convalida; e che il relativo decreto di convalida sia a quest'ultima notificato.

Le garanzie costituzionali relative alla libertà personale e ai diritti di difesa e al contraddittorio esigono che la persona sottoposta a TSO sia messa a conoscenza del provvedimento restrittivo della libertà personale e possa partecipare al procedimento di convalida. Non osta a questa conclusione la condizione di possibili incapacità naturale in cui si trovi il destinatario del trattamento, in quanto è escluso che le persone, soltanto perché affette da infermità fisica o psichica, siano private dei diritti costituzionali, compreso il diritto di agire e di difendersi in giudizio.

L'audizione della persona sottoposta a TSO da parte del giudice tutelare prima della convalida assolve a diverse funzioni. L'audizione è presidio giurisdizionale minimo, parte dello statuto costituzionale della libertà personale ai sensi degli articoli 13, 24 e 111 della Costituzione. In secondo luogo, svolgendosi presso il luogo in cui la persona si trova – normalmente un reparto del servizio psichiatrico di diagnosi e cura – è garanzia che il trattamento venga eseguito nel rispetto del divieto di violenza fisica e morale sulle persone sottoposte a restrizioni della libertà personale (articolo 13, quarto comma, della Costituzione) e nei limiti imposti dal rispetto della persona umana (articolo 32, secondo comma, della Costituzione). In terzo luogo, costituisce uno strumento di primo contatto, che consente al giudice tutelare di conoscere le condizioni in cui versa la persona interessata, anche dal punto di vista dell'esistenza di una rete di sostegno familiare e sociale, ed è funzionale all'adozione, se del caso, dei provvedimenti provvisori in via d'urgenza di cui all'articolo 35, sesto comma, della legge numero 833 del 1978, rivolti, in base a una lettura costituzionalmente orientata, non solo alla conservazione del patrimonio, ma anche alla cura della persona. Non si oppongono all'obbligo di comunicazione dei provvedimenti restrittivi della libertà personale e all'obbligo di audizione le ragioni dell'urgenza connesse alla convalida, che deve intervenire entro quarantotto ore, ai sensi dell'articolo 35, secondo comma, della legge numero 833 del 1978, conformemente a quanto previsto dall'articolo 13, terzo comma, della Costituzione, in quanto si tratta di adempimenti connessi alla libertà personale e al nucleo incompressibile del diritto di difesa, ai sensi degli articoli 13, 24 e 111 della Costituzione. L'articolo 35 della legge numero 833 del 1978, pertanto, è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo: – nella parte in cui non prevede, al primo

comma, dopo le parole «deve essere», le parole «comunicato alla persona interessata o o al suo legale rappresentante, ove esistente, e»; – nella parte in cui non prevede, al secondo comma, dopo le parole «assunte le informazioni», le parole «, sentita la persona interessata»; – nella parte in cui non prevede, al secondo comma, dopo le parole «ne dà comunicazione al sindaco», le parole «e ne dispone la notificazione alla persona interessata o al suo legale rappresentante, ove esistente». La Corte costituzionale ha dichiarato, inoltre, in via consequenziale, in relazione alla proroga del TSO, l'illegittimità costituzionale dell'articolo 35 della legge numero 833 del 1978 nella parte in cui non prevede, al quarto comma, analogamente a quanto previsto per il procedimento originario, dopo le parole «ne dà comunicazione», le parole «alla persona interessata o al suo legale rappresentante, ove esistente».

ALLEGATO 3

Estratti dal: **PROGETTO AZIENDALE - Visite dei CCM presso strutture sanitarie e socio-sanitarie del Dipartimento di Salute Mentale D.P. - Maggio 2022**

AREA 4 – CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE E IL CITTADINO

All'interno dell'Area 4 sono oggetto di valutazione tutti gli aspetti volti al miglioramento della relazione fra professionisti e pazienti/cittadini, sia in termini di cura della comunicazione clinica finalizzata all'empowerment individuale sia in termini di comunicazione delle informazioni volte a facilitare l'accesso ai servizi e lo svolgimento del percorso di cura. L'elemento che qualifica tali aspetti è rappresentato da una parte dall'investimento aziendale in percorsi formativi rivolti ai professionisti dall'altra nella produzione di materiale informativo (collegato o meno alla Carta dei Servizi) sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e fruizione delle prestazioni.

Tale Area comprende inoltre una sezione di item volti alla verifica del grado con cui l'Azienda tiene conto dell'insoddisfazione espressa dai cittadini tramite le segnalazioni (reclami) e fornisce un riscontro tramite la valutazione delle criticità e la realizzazione di azioni di miglioramento.

NOTA METODOLOGICA PER LA LETTURA DEI DATI:

È opportuno, prima di commentare i dati, esplicitare gli elementi che ne consentono una corretta lettura in relazione al contesto oggetto di valutazione:

1. la media è calcolata sugli item che presentano, nella maggior parte dei casi una modalità di risposta dicotomica, nella quale alla risposta "no" viene attribuito punteggio "0", alla risposta "sì" viene attribuito punteggio "10" (solo in pochi casi la risposta sì viene declinata con tre opzioni e corrispondente punteggio 5, 7,5 e 10) e alla risposta "non pertinente" non viene attribuito alcun punteggio (e quindi non è conteggiata nella media).
2. per gli **item a rapporti**, contenenti un numeratore e un denominatore (es. numero di camere con due posti letto/numero totale di camere) è stata corretta la modalità di calcolo in modo che sia il rapporto approssimato per eccesso su scala 0-10, come previsto per gli altri indicatori.
3. è importante sottolineare che si tratta di **punteggi medi** e come tali vanno considerati con alcune cautele soprattutto nel caso siano calcolati su un numero esiguo di strutture (ad esempio due SPDC) e di item. Questa condizione incide particolarmente sui criteri presenti in alcune aree, come l'area 3 (calcolati su un solo item). **Per questo motivo si consiglia di usare cautela nell'effettuare confronti fra strutture diverse della medesima tipologia in quanto la finalità del progetto consiste nell'individuazione di punti di forza e di aspetti passibili di miglioramento nella singola struttura.**

4.1 SPDC

4.1.1 CONTESTO - SPUNTI DI VALUTAZIONE TRATTI DAI VERBALI DI VISITA

SPDC "OTTONELLO" Ospedale Maggiore - Bologna

Data analisi documentale: **3 maggio 2021**

Data della visita: **28 settembre 2021.**

Presentazione struttura

La struttura psichiatrica di diagnosi e cura nasce a seguito del dono all'Università della scuola delle Orfanelle di San Luca. Il servizio poi è stato trasferito in viale Filopanti e successivamente in viale Pepoli dove è rimasto per molti anni, con piccolissimi spazi a disposizione; infine la collocazione presso l'Ospedale Maggiore, al piano terra, in due

ali nella palazzina confinante con l'area eliporto. La struttura è moderna, con camere e servizi confortevoli e con una dotazione di ampi spazi, che consentono una più efficiente sistemazione e gestione dei servizi generali, come ad esempio la cabina di regia e l'area pranzo, gestite direttamente dagli operatori addetti. Sono stati dedicati spazi, peraltro ridotti, anche ad attività ludico ricreative (piccola biblioteca). C'è inoltre uno spazio soggiorno e un fumoir. Le aree verdi non sono attualmente tutte fruibili - solo il giardino più piccolo viene utilizzato per fumare - e non sono attrezzate, anche se poter stare all'aria aperta gioverebbe a migliorare le condizioni di salute e di benessere degli ospiti; da molti anni la situazione del giardino più grande è sotto attenzione; il muro sebbene non sia basso è ritenuto troppo facile da scavalcare, in particolare da persone giovani, e per questo il giardino non viene utilizzato.

Molto valido il riscontro della professionalità, la passione, la dedizione, di tutto il personale, indipendentemente dalla loro organizzazione e gestione sono il presupposto per una struttura moderna, con spazi relazionali diversificati, con aree verdi interne ed esterne fruibili e attrezzate, gioverebbero ancora più positivamente sulle condizioni di salute e di benessere degli ospiti.

Pianta Organica:

Psichiatri: 6

Psicologi: 0

Psicoterapeuti: 0

Infermieri: 22

OSS: 4

Tecnici della Riabilitazione: 1/2

Macro-temi emersi

- Evoluzione del sistema psichiatrico, dallo stato attuale agli sviluppi che dovrebbe avere il sistema, con particolare riferimento alla Neuropsichiatria Infantile, schizofrenia, disturbi bipolari o del comportamento.
- Ampiezza della casistica nel contesto del lavoro di psicoterapia: disturbi alimentari, a persone con deficit cognitivi importanti, pazienti tossicodipendenti.
- TSO (trattamento sanitario obbligatorio) assume talvolta il significato di misura di "controllo sociale" rispetto a casi di alta fragilità e marginalità sociale (migranti, senza fissa dimora, ...) oltre che di dipendenza da sostanze (ad esempio in casi di intossicazione da alcool) ove vi è un'alta componente di aggressività fisica. Ciò è dovuto anche al fatto che a Bologna, per varie ragioni, negli ultimi anni si è registrata una maggiore pressione sul servizio da parte di una popolazione composita (minorenni stranieri non accompagnati-migranti-persone con dipendenze diverse). Il tema è oggetto di attenzione da parte delle équipes professionali coinvolte.
- Presenza di una cultura organizzativa e terapeutica che accetta come "*estrema ratio*" il principio di contenzione (meccanica, spaziale e farmacologica).

In riferimento a quanto riportato nel verbale La Dr.ssa De Ronchi (Direttrice del SPDC Ottonello esprime alcune considerazioni:

- Risulta importante il punto del muro nel giardino e più in generale gli aspetti strutturali; da molti anni la situazione del giardino è sotto attenzione; alzare il muro richiede di fare un bilanciamento fra costi e benefici; il muro è basso e può essere scavalcato, in particolare da persone giovani.
- In riferimento al TSO, esso alle volte è utilizzato come misura di controllo sociale (vi è stato qualche caso documentato), non essendovi possibilità alternative. Il TSO è una limitazione della libertà personale, e va attuata quando l'individuo è consa-

pevole. Spesso in letteratura l'ASO viene visto come misura di sicurezza (fermo di polizia). Occorre una maggiore sensibilizzazione rispetto alle modalità con cui viene attuata la procedura nei territori e al domicilio (cita il caso di Torino, ove la persona è deceduta). È importante prevenire il TSO attraverso un contatto continuo col paziente nel territorio. Attualmente su Bologna le dr.sse Bruschi e Nicoli, stanno lavorando con la Polizia Municipale per un protocollo.

Buone pratiche

- Laboratori di disegno, lettura e scrittura svolti all'interno di sala dedicata, con figura professionale di supporto.
- In condizione di incremento di criticità sensibili (uso di contenzione meccanica, minore capacità relazionale nel rapporto tra utenti e operatori) l'équipe si propone di approfondire le cause che li determinano, in quanto spesso si tratta di condizioni ambientali specifiche.

SPDC - San Giovanni in Persiceto (BO)

Data analisi documentale: **4 marzo 2021**

Data della visita: **17 settembre 2021.**

Presentazione struttura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di San Giovanni in Persiceto è collocato nell'area dell'ospedale omonimo, in una palazzina indipendente, immersa nel verde e prossima alla sede del Distretto e del CSM.

Il servizio aderisce al Club SPDC NO RESTRAINT: dopo un percorso di molti anni la cultura terapeutica e organizzativa interna non prevede la contenzione meccanica e spaziale. Nell'esperienza storica della struttura, la politica dello scambio è sempre stata importante; sono stati descritti gli scambi avvenuti negli anni passati con analoghi servizi operanti in territori diversi (Trento, Carpi, San Donato Milanese, Ravenna) finalizzati ad avviare il percorso per la riduzione della contenzione e per riqualificare la residenzialità assistita di persone afflitte da problematiche psichiatriche. Tramite questa condivisione di competenze ed esperienze sono stati raggiunti risultati importanti, pur nelle specifiche diversità, e nel caso della struttura è cresciuta e si è consolidata la cultura della non contenzione.

Tale modello è attualmente seguito e attivato dalla Direzione del Servizio: lavorare in gruppo favorisce la presa in carico, lo scambio d'informazioni tra operatori, l'adozione di tecniche di de-escalation, empatia. La formazione e acquisizione di competenze relazionali da parte degli operatori rappresentano un importante investimento del Servizio: sono loro, ad esempio, a fornire sigaretta ed accendino ai pazienti ogni mezz'ora, ad uscire con essi nel parco e a consumare il pranzo insieme. Il servizio è sito presso l'area ospedaliera di San Giovanni in Persiceto in via Enzo Palma 1. L'immobile è condiviso con Distretto Pianura Ovest, SERT, Consultorio familiare e Pediatria di Comunità, Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza.

Particolare attenzione alla qualità alberghiera: il reparto è situato tutto al piano terra, non vi sono barriere in entrata; vi sono aree comuni dedicate (area fumo e area di svago); ogni stanza è singola con bagno privato. Il giardino, che non ha accesso diretto, non presenta barriere architettoniche: si tratta del parco antistante la struttura, provvisto anche di bar al quale vengono accompagnati gli ospiti dagli operatori. Non esistono inferriate, solo vetri antisfondamento alle finestre delle camere; solo nella sala fumo vi sono le inferriate perché è necessario aprire le finestre per un cambio d'aria.

Pianta Organica

Psichiatri: 4

Psicologi: 1/2

Psicoterapeuti: 0

Infermieri: 23

OSS.: 4

Macro-temi emersi

- Cultura, formazione, organizzazione della "Non Contenzione" e delle "porte aperte" che favoriscono il miglioramento del clima del reparto e permettono la messa in moto di un ciclo virtuoso, che si autoalimenta e auto mantiene. L'obiettivo è quello di riuscire a diffondere, anche nei gruppi di lavoro, questo clima, sereno, dove si lavori in sicurezza, che sia motivato e che sia terapeutico. Tutto si deve basare sulla relazione che si instaura tra l'operatore e il paziente.
- Cambiamenti nella composizione della popolazione che accede al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che rischia di modificare la "missione" da luogo di cura in sistema di sicurezza e garanzia sociale. Importante presenza di utenti minori che devono condividere gli stessi spazi di utenti adulti.
- Importante turnover sia degli operatori sia dei dirigenti, che sta determinando criticità sia nel servizio sia nello sviluppo di nuove politiche da parte del DSM.

In riferimento all'importante presenza di minori, i Professionisti di San Giovanni ribadiscono l'importanza di potenziare il territorio, creando percorsi definiti e formazione del personale. Occorre fare lavoro di prevenzione, ovvero essere presenti sul territorio, fornire strumenti per l'integrazione fra servizi; e garantire la continuità alle cure, nonostante le difficoltà che hanno i servizi con pochi professionisti nel seguire tante persone. Il DSM mette a disposizione molti strumenti a supporto, ma, al contempo, occorre creare le condizioni per renderli operativi.

Buone pratiche

La scelta del superamento della contenzione (meccanica, spaziale, farmacologica) ha favorito e consolidato la pratica del lavorare in gruppo: tutta l'équipe lavora insieme (visita/incontro mattutino); l'équipe (Operatori, Infermieri e Medici) partecipa all'incontro con gli ospiti. Lo scopo è condividere e confrontarsi sul clima interno, e sondare i livelli della condizione generale, senza entrare negli aspetti intimi che sono affrontati negli incontri individuali. Altri momenti comunitari riguardano le uscite (mezza mattina e mezzo pomeriggio), i pasti e gli incontri con la/o psicologa/o.

Il testo completo del documento può essere letto sul seguente sito:

https://ilnuovofaro.altervista.org/Visite_dei_CCM_presso_strutture_sanitarie.pdf