



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, aprile 2015 Anno V numero 27

Libera(mente)



Gli ospedali psichiatri giudiziari sono stati ufficialmente chiusi dallo Stato lasciando sul territorio un vuoto che è stato colmato con tre “modelli provvisori”.

E' la notizia di copertina di questo numero che ospita anche il primo articolato della riforma sanitaria in discussione in Regione Lombardia

CHIUSURA OPG TRE SOLUZIONI "PROVVISORIE"

Il 31 marzo 2015, senza ulteriori proroghe, chiudono gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) in Italia. Non essendo, però pronte le strutture alternative, le cosiddette Residenze per l'Esecuzione delle misure di Sicurezza (REMS), il governo ha autorizzato soluzioni 'provvisorie'. La fantasia italiana ha potuto così esprimersi al meglio. Prendiamo, ad esempio, tre Regioni, una del Nord, una del Centro ed una del Sud Italia: la Lombardia, la Toscana nel centro e la Sicilia. A Castiglione delle Stiviere (Mantova) l'OPG chiuderà formalmente ma, di fatto, i reparti saranno trasformati in REMS provvisorie: in tutto 8 REMS di 20 posti l'una. In Toscana, un comunicato di Psichiatria Democratica rivela che gli internati dell'Ospedale di Montelupo, saranno trasferiti in un'ala del carcere Gozzini, noto come Solliccianino, per l'occasione trasformata in REMS provvisoria! A Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), una realtà tra le più degradate, scoperta nel 2010 dalla commissione d'inchiesta guidata dall'allora senatore Ignazio Marino, nonostante oggi sia stato completamente ristrutturato, l'OPG chiuderà ugualmente, ma gli internati saranno trasferiti in due REMS della Sicilia. Una di queste, data in appalto ad un ente privato, si trova non più nella cittadina di Barcellona ma nelle montagne del messinese, a Naso, una località, secondo i parenti degli internati, difficile da raggiungere, con una strada impervia tuttora in costruzione! A detta dell'esponente radicale Rita Bernardini, che dopo una ispezione alle strutture ha parlato pubblicamente di "truffa politico-mediatica", i parlamentari che finora potevano accedere, anche a sorpresa, agli OPG in quanto

strutture pubbliche, in futuro non potranno effettuare ispezioni nelle strutture private.

RECOVERY E L'ASSE CON LA BICOCCA

di ANTONIO MASTROENI

(Il DSM dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna ha avviato una collaborazione con il Corso di Laurea in Servizi Sociali dell'Università di Milano Bicocca sul tema 'recovery e supporto tra pari in psichiatria'. Nel numero precedente della Voce del DSM abbiamo descritto il retroterra culturale della ricerca. In questo numero diamo conto delle regioni della ricerca, della individuazione degli obiettivi, della creazione del gruppo di lavoro e delle aree regionali prescelte)

L'indagine origina dalla necessità/opportunità di mettere a frutto l'esperienza dei programmi innovativi condotti in questi anni dal DSM di Como che hanno riguardato - tra l'altro - esperienze di "supporto tra pari" che rappresentano una assoluta novità rispetto alle tradizionali esperienze di auto-mutuo-aiuto diffuse, sia in altri campi della medicina che nello stesso contesto psichiatrico. Al fine di disporre di una base di dati sufficientemente ampia che consenta di verificare le possibilità effettive di miglioramento dei modelli correnti di assistenza, si ritiene opportuno coinvolgere le realtà che hanno portato avanti analoghi Programmi Innovativi o sperimentazioni sugli stessi temi condotte per iniziativa di singoli Dipartimenti di Salute Mentale della nostra regione.

Partire dalle esperienze: supporto tra pari e movimento della recovery

Come è successo in altri paesi, a partire dagli anni novanta del secolo scorso, anche nella nostra regione, persone che hanno avuto

esperienza di disturbi mentali gravi hanno dimostrato di potere giocare ancora un ruolo attivo nella propria vita, di potere assumere la gestione della propria cura, di identificare i propri obiettivi di vita, di poter dare un contributo significativo alla comunità in cui vivono e - infine - di potere trasmettere il significato della loro esperienza ai propri pari cioè a persone che stavano vivendo situazioni analoghe a quelle da loro vissute. L'interesse di queste esperienze ha dato origine in molti paesi a un nuovo movimento degli utenti ed alla richiesta di trasformazione dei servizi nota come 'ri-orientamento dei servizi alla recovery (o alla guarigione)'.

Lo sviluppo di un nuovo paradigma

L'insieme delle pratiche riconducibili al modello della recovery definisce un nuovo paradigma che capovolge i modelli tradizionali di intervento in cui il paziente viene definito esclusivamente rispetto al sintomo, deve solo attendere la guarigione e limitarsi ad aderire alle cure ("compliance"). Il nuovo paradigma si basa sull'assunto che la salute mentale non può essere prodotta dagli operatori sui pazienti ma rappresenta una co-produzione in cui la persona con i disturbi gestisce la cura e individua i propri obiettivi di vita e di salute. Sul piano soggettivo questo approccio consente di valorizzare la persona del paziente in quanto portatrice valori identitari al di là della sua malattia, mentre i modelli tradizionali hanno spesso l'effetto di rinforzare l'identità esclusiva di malato.

Implicazioni per la governance dei sistemi socio-sanitari

La liberazione del capitale umano e sociale che queste pratiche hanno creato non sono sfuggite ai massimi livelli di governo dei sistemi socio-sanitari che si occupano di salute mentale. Dalla Commissione federale americana che detta le norme di funzionamento dei servizi, valide per i singoli

stati, dai vertici dei sistemi sanitari dell'Inghilterra, della Germania e di altri paesi, sono state adottati indirizzi tesi a facilitare l'aggregazione degli utenti, a sostenere l'attivazione e la crescita di una presa di coscienza della loro condizione al fine di una piena assunzione di responsabilità rispetto alla cura e, soprattutto rispetto alle possibilità di una piena inclusione sociale. Parallelamente alla presa di coscienza da parte degli utenti, a livello dei vertici dei sistemi socio-sanitari si è compresa la necessità di cogliere l'opportunità di creare con il contributo degli utenti un sistema sostenibile di assistenza psichiatrica. Oltretutto eticamente inaccettabile, infatti, la gestione meramente assistenziale di un grande numero di soggetti in condizioni di passività/isolamento sociale non è economicamente sostenibile.

Oggetto della indagine

L'indagine riguarda le esperienze riconducibili al modello della recovery con particolare attenzione capacità di autogestione delle cure ("self directed care"), alle pratiche di supporto tra pari ("peer support") ed al coinvolgimento/attivazione degli utenti nelle attività assistenziali.

Finalità dell'indagine

L'indagine non è intesa alla semplice rilevazione delle esperienze ed a lasciare immutati i contesti operativi ma ha l'ambizione di fornire possibilità di crescita ai soggetti e ai movimenti coinvolti.

In particolare sono stati identificati i seguenti obiettivi:

1. facilitare l'aggregazione degli utenti che abbiano vocazione e attitudine al supporto tra pari.
2. superare l'attuale frammentazione delle esperienze e l'insufficiente conoscenza reciproca
3. creare una base più ampia di valutazione

4. facilitare l'apprendimento attraverso il confronto reciproco e le visite ai rispettivi servizi.
5. promuovere le pratiche più efficaci e mettere a punto modelli condivisi.
6. confrontare le esperienze di valutazione e ricerche effettuate sui temi considerati nella nostra regione.
7. condividere i risultati tra le realtà coinvolte.
8. favorire successive sperimentazioni attraverso la costituzione di un gruppo permanente che fornisca supporto, informazioni, revisioni della letteratura, possibilità di collegamento e percorsi di formazione omogenei secondo il modello degli Office for Consumers Affairs istituito in quasi tutti gli Stati USA.

Condivisione U.O. Politiche territoriali per la Salute Mentale, Regione Lombardia

A garanzia del carattere condiviso dell'attività di ricerca, Regione Lombardia garantisce la disponibilità di spazi per le riunioni tra i ricercatori individuati dai responsabili dei DSM coinvolti.

Partnership associazioni familiari e utenti

Il coordinamento delle Associazioni dei familiari (URASAM) e la Rete degli Utenti dei Servizi di Salute Mentale della Lombardia (RUL) hanno garantito la loro collaborazione.

Partnership università Milano Bicocca

E' stata attivata una partnership con il corso di laurea in Servizi Sociali dell'Università di Milano Bicocca attraverso una convenzione tra Azienda Sant'Anna/Dipartimento di Salute Mentale e Università Bicocca/Dipartimenti di Sociologia e Servizi Sociali.

Metodologia della ricerca

L'indagine adotta il modello della 'ricerca azione partecipata' in cui si tenta di superare la contrapposizione tra osservatori attivi e osservati passivi. Sono previste diverse modalità di analisi delle attività di supporto

tra pari: un'analisi della storia delle esperienze di 6 aree regionali individuate per la presenza da alcuni anni di attività di 'supporto tra pari; un'analisi organizzativa della condizione delle medesime attività; verranno realizzate, infine, visite reciproche tra pari, secondo un modello mutuato dall'accreditamento professionale tra pari. Nella fase di raccolta dati vengono coinvolti dodici utenti esperti, sei familiari, sei operatori. A margine della ricerca, è previsto un censimento delle attività di supporto tra pari in tutti i 29 DSM della Lombardia, promosso dalla stessa Direzione Generale Salute che sarà 'partecipato' essendo sostenuto dalle associazioni di familiari (URASAM) e dalla Rete Utenti della Lombardia (RUL) che organizzeranno parallelamente incontri sul tema nei singoli DSM.

Comitato scientifico

Il comitato scientifico della ricerca è composto da: Antonio Mastroeni (DSM Como, coordinatore), Marco Goglio (DSM Busto Arsizio), Fabio Lucchi (UOP Brescia sud), Luca Tarantola (UOP Pavia), Stefania Borghetti (DSM Legnano), Davide Motto (Cooperativa Lotta contro l'Emarginazione), Luisa Rampazzo (Rete Utenti Lombardia), Valerio Canzian (URASAM), Arcadio Erlicher (Psichiatra), Claudio Cetti (DSM Como), Graziella Civeni (DG Salute Regione Lombardia), Franco Milani (DG Salute Regione Lombardia), Mara Tognetti (Università di Milano Bicocca), Maria Cacioppo (Università di Milano Bicocca).

Aree territoriali coinvolte e Referenti di Area

Sono state identificate le aree della ricerca che, di norma, coincidono con il territorio di competenza di uno o più DSM o UOP. I limiti territoriali delle aree, tuttavia, saranno ulteriormente definiti dopo una prima ricognizione delle attività di supporto tra pari

presenti.

Attualmente sono state individuate le aree di Como, Legnano/Magenta, Pavia, Brescia, Area Milano.

Conclusione dei lavori

E' prevista una prima restituzione pubblica dei risultati dell'attività di ricerca in un convegno che si terrà in regione nel novembre 2015.

RIFORMA SANITARIA

ECCO IL PRIMO ARTICOLATO

Regione Lombardia è alle prese con la riforma della sanità con il presidente Roberto Maroni che si è detto fiducioso di portarla al voto definitivo in Consiglio entro luglio e, quindi, diventare effettiva dal primo gennaio 2015. Molte cose cambieranno anche per l'intero mondo dei Dsm: Claudio Cetti e Antonio Mastroeni sono stati protagonisti del tavolo tecnico informale costituito dal presidente della Commissione Terza Fabio Rizzi. Questo l'articolato, frutto del lavoro di mediazione fra tutte le parti e che sarà protagonista della discussione delle prossime settimane.

Titolo III

Art. 49

Norme in ambito salute mentale, dipendenze e benessere psicologico

1 - Il presente titolo disciplina, ai sensi della legge 833/1978 e normative nazionali, regionali e di settore il funzionamento dei servizi integrati ospedalieri e territoriali che svolgono funzioni di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione relative alle materie oggetto del presente articolo orientate alla guarigione, al contenimento del danno, al massimo accrescimento delle potenzialità della persona, al passaggio dalla cura al "prendersi cura". Contempla lo sviluppo di modelli di presa in carico

integrata, sanitario e sociale, capaci di operare in un contesto di reti sociali comunitarie, di intervenire in modo proattivo e multidisciplinare, di garantire l'esercizio dei diritti, la continuità di cura, la presa in carico della persona e della famiglia e la valorizzazione del loro sapere esperienziale e competenze gestionali.

2. Gli obiettivi di salute, da perseguire prioritariamente mediante il collegamento funzionale delle strutture dedicate: dipartimenti di salute mentale adulti ed età evolutiva, dipartimento dipendenze e servizio di psicologia e la loro interazione con le reti locali informali, sociali, educative e culturali; sono di seguito descritti:

a) prevenzione delle conseguenze personali, familiari, sociali e lavorative del disagio mentale fondando gli interventi di cura e di riabilitazione sull'articolazione territoriale dei servizi collegati alle reti sociali

b) reinserimento sociale, di rilevanza terapeutico-riabilitativa o finalizzato alla prevenzione terziaria e riduzione del danno, delle persone con disagio psichico e con gravi disturbi di dipendenza, sviluppando il pieno diritto di cittadinanza in termini di casa, lavoro e relazione, in collegamento con le strutture sociosanitarie, gli Enti locali e le loro articolazioni territoriali, i soggetti del terzo e del quarto settore, con la piena valorizzazione delle professionalità specificamente dedicate alla riabilitazione e dei modelli di lavoro esclusivi per la riabilitazione nell'area del disagio mentale;

c) per quanto attiene ai progetti terapeutici e alla prevenzione terziaria, garantire l'inserimento e il mantenimento nell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute mentale, attuando interventi concordati con le rappresentanze imprenditoriali, cooperativistiche, sindacali e con la pubblica amministrazione a cui va dato

indicazione di applicare quanto previsto dall'art. 5 della Legge 381/1991, utilizzando, quando possibile, cooperative sociali che impiegano utenti dei servizi. Vanno introdotte in tutti i dipartimenti attività di supporto tra pari con forme di incentivazione economica conformi alle sperimentazioni già effettuate;

d) individuare un sistema di remunerazione, (budget di salute), che sia in grado di rendere più flessibile e rispondenti alla domanda di salute i sistemi di cura, privilegiando progetti innovativi e percorsi di cura appropriati ed efficaci delle strutture pubbliche e private afferenti al DSM al posto dell'erogazione delle singole prestazioni;

e) promuovere ed implementare la collaborazione tra il sistema pubblico ed erogatori privati del terzo e quarto settore anche attraverso innovative sperimentazioni gestionali;

f) promuovere forme di collaborazione e integrazione funzionale tra i servizi e la magistratura rispetto agli invii obbligati disposti dalla magistratura;

g) riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero e in residenzialità attraverso il potenziamento dell'attività sul territorio, compresa quella al domicilio della persona, fatte salve le necessità specifiche delle nuove fragilità (adolescenza, condizione di crisi sociale, ecc.);

h) favorire processi di pratica clinica, anche attraverso programmi di formazione dedicati, che rendano non restrittivi i contesti di cura, pubblici e privati, garantendo l'accesso paritetico a tutti i servizi socio-sanitari e il monitoraggio periodico del ricorso alla contenzione meccanica;

i) promuovere la salute fisica, compresa l'attività fisica, delle persone oggetto del presente Titolo attraverso l'accesso alla rete socio sanitaria.

2 bis) per la realizzazione di tali obiettivi i

Servizi sono ispirati ai principi di lavoro di comunità, di inclusione sociale e della recovery, utilizzano come strumenti essenziali il lavoro in équipe, l'integrazione multi professionale, il case management, l'integrazione con il territorio e le reti informali di promozione e sostegno della salute. I servizi si raccordano secondo le modalità istituzionali declinate ai successivi commi.

3.

a) I compiti di cui ai precedenti commi si attuano attraverso l'aggregazione funzionale nell'area Salute Mentale, che dovrà stabilire le strategie e il coordinamento dell'area stessa a dipendenze e del benessere psicologico dei rispettivi servizi il cui funzionamento sarà dettagliato dai piani sanitari di scopo che la giunta regionale adotterà con cadenza triennale.

b) Per la realizzazione dei loro obiettivi, come definiti dal comma 2, e per garantire l'effettivo raccordo alle specificità dei territori loro affidati, i dipartimenti sono individuati con DPGR, secondo criteri che valutino l'estensione e la dispersione territoriale, la numerosità della popolazione, il numero dei Comuni interessati ed ogni altra significativa specificità del territorio. In ogni AISA dovrà essere comunque prevista l'istituzione di almeno uno di ciascuno dei dipartimenti/servizio di psicologia previsti.

4. Il Dipartimento gestionale di Salute Mentale

Comprende uno o più U.O. di Psichiatria, una o più Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, tutte dotate dei singoli presidi e strutture previste dalla normativa regionale e nazionale. I Servizi per la tutela della salute mentale in carcere e la gestione delle misure di pena alternative al carcere o al ricovero nelle REMS delle persone portatrici di disturbo mentale e autrici di

reato, che afferiscono anch'esse al DSM, sono del pari dotate di specifiche risorse strutturali e di personale, secondo il disposto delle norme nazionali e regionali specifiche e del Piano Regionale Salute Mentale aggiornato. Le UONPIA saranno anche collegate funzionalmente al Dipartimento materno infantile valorizzando e sostenendo tutte le azioni finalizzate alla prevenzione, alla cura, alla presa in carico precoce dei casi afferenti alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, anche attraverso il coinvolgimento degli attori, pubblici e privati, autorizzati ed accreditati.

5. Dipartimento delle Dipendenze

Il Dipartimento gestionale delle Dipendenze si articola in una o più UOC SERD che assicurano, con un metodo di lavoro multidisciplinare, le attività di prevenzione, cura e riabilitazione e riduzione dei danni delle patologie da uso, abuso/dipendenza da sostanze psicoattive illegali e legali (alcol, tabacco, psicofarmaci) e addiction comportamentali (gioco d'azzardo patologico, internet addiction, shopping compulsivo, ecc.)

L'intervento di contrasto delle dipendenze, considerata la continua evoluzione dei fenomeni nella società e i risvolti normativi (dpr 309/90, l.n 45/99, l.n 125/01, dgr 12621/03, l.n 49/06, dgr 10804/09, l.r 8/13, l.n 79/14, Piani Regionali Dipendenze), di sanità pubblica e di difesa della legalità, assicura in ogni AISA le funzioni di governo territoriale, di valutazione multidimensionale del bisogno, di erogazione dei servizi in tema di dipendenze, attraverso le articolazioni del Dipartimento delle Dipendenze. Il Dipartimento delle Dipendenze inoltre, cura i rapporti con tutti i soggetti territoriali, istituzionali, gli accreditati, il volontariato e svolge funzioni di supporto, per quanto di competenza, agli osservatori regionali, alle

reti regionali di prevenzione e agli organismi regionali di programmazione.

Ciascuna UOC SERD dispone di personale dedicato secondo i parametri stabiliti dai rispettivi criteri di accreditamento.

Secondo le leggi vigenti le articolazioni organizzative (Ser.T./N.O.A./altri Presidi specialistici per specifiche forme di addiction, Strutture residenziali e Centri diurni) accreditate sono deputate ad attività diagnostico-terapeutico e riabilitative e di prevenzione universale, selettiva e indicata, ambulatoriali, domiciliari e territoriali, presso le carceri e le strutture accreditate.

Sono istituiti i Servizi ospedalieri di Medicina delle Dipendenze che si configurano come un'offerta diagnostico-terapeutica multimodale a maggiore intensità assistenziale e in grado di realizzare programmi finalizzati all'approfondimento diagnostico e trattamento di quadri clinici complessi, alla disassuefazione controllata da sostanze o farmaci sostitutivi, alla ricerca della motivazione e skill training riabilitativo.

6. Ai servizi e alle azioni svolte dai due Dipartimenti si deve integrare l'opera e il supporto offerto dal Terzo Settore accreditato e contrattualizzato attraverso: Comunità Residenziali – Centri Diurni – Servizi Domiciliari – Servizi Multidisciplinari Integrati – Consulenti.

7. Servizio di Psicologia

a) Il Servizio di Psicologia gestisce le risorse affidate garantendo continuità e requisiti previsti dalla normativa vigente. I dirigenti assegnati ad altre unità organizzative fanno riferimento ai rispettivi livelli di responsabilità;

b) Il Servizio gestionale di Psicologia il quale riferisce alla direzione strategica aziendale generale AISA comprende una o più U.O.C. di Psicologia modulate su due livelli di intensità (I° e II° livello) distribuite nella rete

ospedaliera e territoriale, che si pongono in modo trasversale rispetto a tutti i servizi già presenti, per l'accoglienza dei bisogni e delle fragilità dei cittadini e la promozione del benessere psicologico. Inoltre comprende le Strutture dell'attuale Dipartimento ASSI e del Servizio Famiglia; i Coordinamenti ASSI territoriali; le Strutture Consultoriali; le Strutture per le Fragilità e altre strutture riguardanti l'intervento psicologico;

c) Il Servizio di Psicologia, ha il compito e l'obiettivo di coordinare le attività di psicologia nell'ambito dei percorsi di accoglienza, cura e promozione della salute, offerti dal Sistema Socio Sanitario della Lombardia ai propri cittadini;

e) l'azione del Servizio di Psicologia si esprime attraverso un lavoro per programmi, di cui ne ha responsabilità gestionale, con l'assegnazione ad essi di risorse quantitative appropriate. Nei casi in cui tali programmi, che vengono sottoposti a cicliche verifiche, coinvolgano altre UUOO - intra o inter-dipartimentali, la collaborazione avviene sulla base di protocolli e accordi operativi condivisi;

L'assetto organizzativo delle U.O. che si aggregeranno nel DSM e nell'area della Salute Mentale del Benessere psicologico e delle Dipendenze non potrà che fare riferimento all'attuale assetto organizzativo come previsto dal PRSM, Piano Regionale di Salute Mentale, e dalle successive integrazioni. Questi elementi verranno sviluppati nel nuovo PRSM che darà un'ulteriore sistemazione degli assetti organizzativi presenti. La Regione Lombardia individua quale ambito prioritario di azione nel campo della salute mentale quello territoriale. Le aziende sanitarie competenti tengono conto di tale priorità per l'assegnazione delle risorse di personale.

Presso ogni AISM sono istituiti gli OCSM,

Organismi di Coordinamento di Salute Mentale degli adulti ed età evolutiva dell'adolescenza, integrati con IL Presidio Socio Sanitario territoriale. Ai Sindaci in accordo con l'AISA di riferimento compete, paritariamente, con il coinvolgimento degli altri soggetti istituzionali e portatori di interessi, la realizzazione del Patto Salute Mentale. Dovrà essere predisposto periodicamente come previsto dalle linee di indirizzo del PRSM, privilegiando come luogo di integrazione il Distretto Socio Sanitario.

9..E' costituita presso l'Assessorato competente una apposita unità organizzativa per la Salute Mentale con compiti di programmazione governo e controllo ed orientamento generale sulla salute mentale degli adulti e dell'età evolutiva .Al fine di garantire una gestione efficace trasparente le attività relative ai contratti ,alla assegnazione di risorse ed ai controlli degli erogatori pubblici e privati sono correttamente attribuite ad altre unità organizzative con le quali la Uoper la salute mentale collaborerà attivamente .

E' costituita lo Steering Committee per la salute mentale, le dipendenze e il benessere psicologico composto da soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle Associazioni ed Enti portatori di interessi, con compiti di coordinamento, monitoraggio, verifica degli esiti dell'attività dell'area Salute Mentale, delle Dipendenze e del Benessere Psicologico della Regione Lombardia.

10. Il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura" viene attuato attraverso un riequilibrio tra le attività residenziali e le attività territoriali adulti, con particolare riguardo a queste ultime.

11. La formazione continua degli operatori nella prospettiva del "prendersi cura" è garantita e organizzata dal DSM, delle

dipendenze e del benessere psicologico è orientata al lavoro d'équipe e di rete del territorio, in un'ottica no restraint. È garantita e organizzata dal Dipartimento di salute mentale e delle Dipendenze in co-progettazione con i soggetti coinvolti, in codocenza con i soggetti portatori di sapere esperienziale delle diverse categorie e in collegamento con l'università.

12. Gli standard organizzativi per i presidi di cui al comma 3 sono definiti dalle normative vigenti in materia di accreditamento. dagli standard organizzativi dalla DGR 6/38133 del 1998, attuativa del disposto del d.p.r. del 14 gennaio 1997 e dalla DGR 12621 del 2003 applicativa delle intese stato regioni in tema di dipendenze del 1999.

Rewind

LE CATENE DELLA PSICHE

di GIAMMARIA FORMENTI

Nella terminologia medica ed infermieristica si parla di contenzione fisica per definire l'immobilità totale o parziale di una persona in cura, attraverso l'uso di cinghie, lacci, fascette, spallacci, cinture, polsini, corpetti, sedie di contenzione o altri mezzi, più o meno sofisticati. I contesti in cui maggiormente viene utilizzata la contenzione sono quello psichiatrico e quello geriatrico: dove forse in questo secondo ambito sembrerebbe più semplice la giustificazione nel momento in cui si parla di ausilio finalizzato a prevenire cadute ed infortuni in genere: anche se spesso la cronaca ne dà diversa descrizione. E' utile definire che le valenze da cui affrontare la problematica sono diverse: mediche, psicologiche, giuridiche, etiche. Elementi che rendono complessa la valutazione dell'intervento, e di sicuro non affrontabile esclusivamente attraverso

irrigidimenti teorici. Gli psichiatri e gli istituti più attenti si sono sempre interrogati sulla correttezza, sulla liceità, sull'utilità, sulla funzione terapeutica dei mezzi coercitivi. Nel 2010 la Conferenza Stato Regioni ha licenziato un documento che il Ministero della Salute ha fatto proprio, con la finalità di indicare strategie omogenee perché tutte le regioni si ponessero l'obiettivo della riduzione massiccia del ricorso alla contenzione, fino ad una sua possibile eliminazione. Il documento, estremamente pragmatico, non propone l'abolizione della contenzione ma suggerisce che deve essere regola generale che una persona venga contenuta solo come estrema misura di ultima istanza, per tempi brevissimi, definiti come strettamente necessari a operare per introdurre una terapia farmacologica o a evitare, in quel momento, danni per persone o cose. In ogni caso, le pratiche di contenzione non possono far parte dei dispositivi ordinari di cura e devono essere considerati interventi di grande straordinarietà, che possono essere conseguenza di uno stato di necessità che andrebbe prevenuto adeguando le condizioni assistenziali e sviluppando strategie per far fronte a situazioni di acuzie.

A giustificare il ricorso a questo intervento si invoca, come da molti considerato un corretto discrimine, l'articolo 54 del Codice Penale, relativo allo stato di necessità. Come cita l'art 32 della costituzione, "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana". In effetti gli unici casi per legge in cui sono consentiti, giuridicamente e deontologicamente, interventi diagnostici o terapeutici senza il consenso dell'interessato riguardano appunto il Trattamento Sanitario

Obbligatorio, che peraltro non giustifica automaticamente la contenzione, e lo stato di necessità: "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Al di fuori di questo quadro, in caso la persona non sia nella condizione di fornire il proprio assenso, l'unico soggetto che può autorizzare una pratica di contenzione è l'autorità giudiziaria: per cui ogni iniziativa medica, infermieristica o di chiunque altro, è un atto arbitrario e non rispettoso della nostra Costituzione. Il rifiuto ostinato di una persona di assumere una terapia farmacologica in quel momento (non stiamo parlando di farmaci salvavita), una persona che inveisce contro il muro, la porta o le suppellettili, una persona che è tesa e confusa, insonne e disturba la quiete del reparto, una persona

che rifiuta di fare la doccia o che rifiuta di mangiare non possono quindi ritenersi condizioni sufficienti a determinare tale intervento: che di conseguenza non può essere considerato atto sanitario e dunque non ha senso che sia prescritto da un medico né attuato da un infermiere, non può essere protocollato né essere oggetto di linee guida. Quale allora la soluzione tra i tre orientamenti che emergono nelle riflessioni sulla contenzione: 1) mai più contenzione? 2) Qualche volta non se ne può fare a meno? 3) E' bene distinguere tra ausilio e contenzione? O forse ha ragione Eugenio Borgna, decano degli psichiatri italiani, che con bruciante semplicità definisce la contenzione fisica come "l'essere legati, sottratti ad ogni libertà possibile e immersi in uno spietato isolamento"?

(Articolo pubblicato nel maggio 2013
sulla Voce del Dsm)

UN GIOCO DI SQUADRA PER LA VOSTRA NEWSLETTER

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

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, 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)