

## Convegno SPDC No restraint

### “Verso servizi liberi da contenzione, a 60 anni da “mi no firmo”

Trieste-Gorizia 15-16 novembre 2021

#### L'esperienza di Parma

Pietro Pellegrini<sup>1</sup>

Ringrazio Giovanni Rossi per l'invito a riferire dell'esperienza dell'Ausl di Parma che solo recentemente si è avvicinata all'obiettivo “contenzioni zero”. Dal 25 aprile 2020, per un anno e mezzo circa non ne state effettuate, poi in circostanze che riteniamo eccezionali (un paziente ha aggredito mandando in infortunio 3 operatori), ne abbiamo effettuata una il 25 settembre scorso.

Non parlo quindi di un progetto riuscito e stabilizzato ma di un lungo e difficile percorso, un iter travagliato nel quale sono immanenti i rischi di regressione. Con questa consapevolezza è tuttavia chiara la meta da raggiungere per migliorare la qualità delle cure: una psichiatria “gentile” senza contenzioni e limitazioni della libertà.

Dal 2011 è iniziato un trend di riduzione delle contenzioni (tab. n. 1)

Tab. n. 1 Contenzioni presso SPDC di Parma dal 2011 al 2021.

Anno	Contenzioni fisiche	
2011	144	
2012	101	
2013	80	
2014	71	
2015	37	
2016	20	
2017	14	
2018	5	
2019	6	
2020	3	Ultima 25 aprile 2020
2021	1	26 settembre 2021

Come si può vedere si tratta di un percorso decennale ed ogni anno il risultato è stato raggiunto con pazienza e caparbia. La nostra esperienza dice che serve tempo e impegno.

Preparare l'intervento per l'incontro di oggi è stata l'occasione per riflettere e interrogarsi su quali siano gli elementi che ci hanno permesso di andare verso contenzioni zero.

Provo ad elencarli:

a) Il programma regionale sulle contenzioni<sup>2</sup>, monitorato con audit regolari e rendicontazioni annuali.

B) Il sostegno delle Direzioni Aziendali nel produrre il cambiamento nelle sedi, nell'organizzazione e nei percorsi. Infatti, nel 2012 il SPDC è stato trasferito dal seminterrato del Padiglione Rasori ove era da circa

<sup>1</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

<sup>2</sup> Circolare N. 16/2009 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare “Disciplina delle contenzioni fisiche presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM-DP”, aggiornata nel 2015 con la Circolare 1/2015, che prevede le raccomandazioni in tema di contenzione. “Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale.” Direzione Generale Cura della Persona Servizio Assistenza Ospedaliera. Febbraio 2021

40 anni, al ristrutturato Padiglione Braga, unificando in una sola sede SPDC e Clinica Psichiatrica-SPOI<sup>3</sup>, fino ad allora ubicata all'ex Ospedale Ugolino da Neviano, diventata sede della Direzione dell'Ausl.

Il trasferimento al Padiglione Braga è stata l'occasione per modificare i percorsi delle consulenze psichiatriche di E-U che dagli anni 80 e fino ad allora venivano tutte inviate direttamente in SPDC e le persone erano visitate nell'ambulatorio interno al reparto (e talora esposte all'entrata di ricoverati ecc.).

Dal 26 febbraio 2012 le consulenze psichiatriche urgenti sono state effettuate nei locali dei PS. Questo ha consentito una costante collaborazione professionale tra medici dell'E-U e gli psichiatri e al contempo di migliorare l'appropriatezza dei percorsi tramite la stipula di uno specifico protocollo.

La vicinanza di SPDC e Clinica Psichiatrica-SPOI e la successiva integrazione organizzativa in un'unica UOC "Servizi Psichiatrici Ospedalieri a direzione universitaria", ha permesso di attivare efficaci percorsi interni, facilitando il decongestionamento del SPDC che non è più andato in sovrannumero, ridotto di ricoveri complessivi e mantenuto indici di occupazione intorno al 90%.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ricoveri tot	511	605	552	586	515	491	462	421	339
Indice occupazione	103,7%	96%	88,5%	86%	86,4%	91,4%	92%	92%	86%
TSO tot.	130	121	133	141	133	108	83	95	93
Contenzioni	144	101	80	71	37	20	14	5	6

Nel 2020 per la pandemia i ricoveri sono stati 250 e l'indice di occupazione pari a 83%, mentre i TSO sono stati 87 e le contenzioni 3.

Dai dati sembra che la diminuzione delle contenzioni corredi con la riduzione dei ricoveri e solo parzialmente con il numero complessivo dei TSO. L'indice di occupazione invece sembra essenziale per la prima significativa riduzione delle contenzioni attuata nel 2012 e poi per mantenere le condizioni per la loro prevenzione.

Nell'attività di cura si è sviluppata la personalizzazione degli interventi orientati alla recovery effettuati in spazi migliorati in termini di qualità.

La presenza strutturata e supervisionata degli specializzandi in SPDC è stato un ulteriore elemento di qualità.

### c) Governo clinico

Nel 2012 abbiamo elaborato il Documento "Contributo al Miglioramento della qualità delle cure in SPDC" approvato dal Comitato di Dipartimento. A questo sono seguiti altri due documenti: "Progetto psichiatria senza contenzioni" (2018) e "Consenso e prevenzione dei TSO" (2021) riportati negli allegati.

Non è questa la sede per riepilogare i singoli punti e per valutarne il grado di realizzazione, mentre credo sia utile ricordare come sia stato cruciale mantenere centrale l'attenzione ai diritti/ doveri, agli aspetti medico legali con l'idea di rendere sempre più qualificato e al tempo stesso non stigmatizzato il disturbo mentale e la sua cura. Un processo di "normalizzazione" che superi lo stigma (disturbo mentale-pericolosità) e le culture custodiali e si orienti alla recovery.

<sup>3</sup> SPOI Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi previsti dalla Regione Emilia Romagna DGR 2000/2009

Direzione del dipartimento e dell'UO hanno condiviso una nuova visione della psicopatologia in chiave evolutiva e relazionale. Un processo non privo di resistenze di vario tipo. Quindi preoccupano le linee di indirizzo<sup>4</sup> e le posizioni anche della psichiatria critica<sup>5</sup> che in diversi modi rilanciano seppure in modo residuale forme di contenzione meccanica e che talora trovano risonanze in culture professionali minoritarie ma locali.

Il tema dell'uso della forza nella pratica psichiatrica deve essere riletto alla luce di una presenza costante con il malato tipico di una "psichiatria gentile" alla quale è estranea anche il residuale contenere "poco" e "bene", seppur preferibile alla totale deregulation abbandonica del tema.

La migliorata appropriatezza degli accessi e percorsi (condotte antisociali, intossicazioni acute, delirium, anziani demenze, persone con disturbi del neurosviluppo e disabilità intellettiva) frutto di un lavoro congiunto con il PS ha avuto un forte valore preventivo.

Sono poi stati attivati interventi all'interno del SPDC per migliorare la qualità delle cure:

Progetto Argonauti (gruppi di discussione e psicoeducazione condotti da psicologi)

Attività in Spdc (shatzu, attività motoria ed al.)

Gruppi di Automutuoaiuto degli utenti

Attività per i familiari

Iniziative per la cittadinanza: la Rassegna per la Salute Mentale (dal 2011).

Ogni giorno è stata rilevata l'atmosfera del reparto (con i codici verde, giallo e rosso).

d) L'adeguatezza delle risorse di personale rappresenta un punto cruciale ma non decisivo nella nostra esperienza che già aveva una dotazione di 25 operatori (turni 5+5+3, medico psichiatra nelle 24 ore). Nel 2012 è stata attivata la reperibilità infermieristica psichiatrica per l'E-U in particolare per il PS al fine di migliorare l'appropriatezza (e le funzioni di filtro).

La formazione strutturata (sulla escalation ecc.) è stata effettuata ma quel che più conta nella nostra esperienza, è l'apprendimento nelle pratiche e la trasmissione "artigianale" dell'arte di contenere psichicamente, in modo relazionale.

L'elemento chiave è la condivisione del progetto da parte di tutta l'Equipe sostenuta dal convincimento e dalla determinazione della direzione della UO, del coordinamento infermieristico e della leadership professionale.

e) Valore della prevenzione e di una visione di sistema. Interventi per i colleghi ospedalieri in quanto il problema dell'alterazione comportamentale e dell'aggressività è molto più ampio e solo in parte di pertinenza psichiatrica.

Da sottolineare il lavoro preventivo e di cura dei CSM e delle Residenze Psichiatriche il che ha permesso di ridurre in modo costante e significativo ricoveri in SPDC (dal 2011 al 2019 del 33,6%) e seppure con dati ancora da verificare con un miglioramento dell'adesione ai trattamenti da parte dei pazienti.

---

<sup>4</sup> Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa. DRG n. 1106 del 6 Agosto 2020 Regione del Veneto. Allegato A. file:///C:/Users/Utente/Downloads/Dgr\_1106\_20\_AllegatoA\_426131%20(1).pdf

<sup>5</sup>In riferimento alla "sedazione rapida", Moncrieff scrive «che i metodi fisici potrebbero essere preferibili dal punto di vista dell'individuo che subisce le tecniche di sedazione» (p. 215). Joanna Moncrieff, Le pillole più amare. La storia inquietante dei farmaci antipsicotici. Trad. di Laura Guerra. Roma: Fioriti, 2020, pp. IX+255, € 24,00 (ediz. orig.: The Bitterest Pills; The Troubling Story of Antipsychotic Drugs. London: PalgraveMacmillan, 2013).

## **Per il futuro**

Consapevole della difficoltà e della complessità sono certo che continuerà l'impegno di tutto il DAI-SMDP per il miglioramento continuo della qualità delle cure e quindi per arrivare a superare definitivamente le contenzioni ed andare verso un SPDC a porte aperte.

Abbiamo organizzato un Audit per l'appropriatezza dei TSO e per la loro prevenzione accompagnato ad azioni per il miglioramento della partecipazione alle cure dando piena realizzazione alla legge sul Consenso informato e le Disposizioni anticipate di trattamento. In questo quadro assume rilievo la capacità di gestire il conflitto e il dissenso e al contempo l'adesione e la continuità delle cure. Una visione d'insieme e di sistema in grado di fare della prevenzione e dell'appropriatezza i riferimenti di fondo condivisi.

Abbiamo in programma una formazione congiunta nell'ambito del progetto di Recovery College che veda al tempo stesso come formatori e fruitori le componenti professionali, pazienti e familiari (esperti per esperienza) e la rete associativa e di comunità.

Da "mi no firmo" una radicale presa di posizione professionale ed etica (resa attuale dalla difesa del numero chiuso nelle REMS) che difende al tempo stesso la dignità dello psichiatra e del paziente, il raggiungimento di un sistema di cura senza contenzioni è un grande risultato collettivo che si può ottenere superando le culture e le prassi custodiali, responsabilizzando le persone, riconoscendo sempre, nei percorsi di cura, i diritti ad autodeterminarsi. Una scelta tecnico-professionale ed etica insieme maturata sul campo.

Il nostro progetto si è realizzato grazie ad un'attenzione sul tema, avvertendo una "pressione" esterna che è presto diventata interrogazione interna, riflessioni sul proprio ruolo e l'identità professionale, su etica e umanità. Un restare tutti caparbiamente sul tema, a volte rievocando il passato (le situazioni "eroiche") e ciò ha permesso lente maturazioni, a volte raddomantiche, carsiche, non esplicitate, fatte di sguardi, intese, atteggiamenti e movimenti minimali ben conosciuti a chi ha vissuto le atmosfere acute e taglienti, sospese del dolore inesprimibile a parole. Non si tratta solo di cambiare prassi ma di allontanare fantasmi e maturare nuove rappresentazioni e scenari che accolgono e tengono dentro la sofferenza anche quella più estrema e inquietante. Le persone cambiano solo se, come corpo e mente curante, siamo capaci di pensarle e sognarle.

Di questo sono stati capaci i nostri professionisti e a loro va tutta la mia ammirazione e ringraziamento.

## **Allegati**

2012

### **Contributo al miglioramento della qualità della cura nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Parma**

Pietro Pellegrini

Gli obiettivi connessi al trasferimento al padiglione Braga erano sostanzialmente quattro:

- a) Rimodulazione del sistema delle consulenze onde evitare che il spdc fosse sede di consulenze, osservazione breve intensiva e ricoveri. Il nuovo protocollo, pur con le inevitabili difficoltà sembra funzionare;
- b) Rimodulazione e qualificazione dell'intera rete dell'E-U, continuità tra ospedale- territorio (Csm, Case della salute, 118 continuità assistenziale ecc.);
- c) Miglioramento della qualità della cura in spdc con maggiore attenzione alla relazione, ai diritti
- d) Progressiva integrazione fra Spdc e Spoi clinica psichiatrica.

Per raggiungere gli obiettivi occorre esplicitare la visione di fondo e vedere come articolare le azioni conseguenti. I punti significativi sono: obbligatorietà, diritti, volontarietà, urgenza/gravità.

#### 1) Obbligatorietà

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è l'unico il presidio sanitario previsto dalla legge 180/78 nel quale è possibile attuare un Trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Il significato che la legge ha attribuito a questo provvedimento è quello di essere un mezzo eccezionale attraverso il quale il medico cerca di ottenere il consenso alle cure da parte di persone che, in relazione alle loro condizioni psicopatologiche, rifiutano interventi terapeutici urgenti, e gli stessi non sono attuabili in ambito extraospedaliero. Una temporanea, eccezionale privazione della libertà, disposta da due medici, ordinata dal Sindaco e vigilata dal Giudice Tutelare, con una esclusiva finalità: la cura.

Sono estranei al TSO altri scopi, per altro ampiamente richiesti e presenti nelle convinzioni (sbagliate) di diversi attori sociali, quali quelli della punizione, educazione, "carcerazione sanitaria" quale contributo al controllo dell'ordine pubblico o della devianza sociale. Ma anche sanitari: ricoverare solo così "sta chiuso qualche giorno e non si droga", "se sta un po' dentro poi capisce" ecc..

Ribadire la funzione sanitaria del Spdc e considerare inaccettabili e inappropriati gli altri utilizzi è un primo inevitabile passo per rendere terapeutico il servizio e migliorarne la qualità della cura. L'idea del "fortino assediato", il vissuto della "battaglia di trincea", della pericolosità e della violenza deve lasciare spazio ad un altro immaginario che meglio esprima l'umanità, la competenza professionale di infermieri e medici (l'spdc come "rianimazione della psichiatria" "rianimazione della salute mentale"). Un luogo di sofferenza ma anche di potenziale cambiamento. Il passaggio dall'immaginario "militare" a quello "sanitario" può essere strategico. Superare e combattere il sospetto che il spdc sia il luogo del lavoro "sporco" o al meglio "poco pulito", dalle pratiche incerte, un luogo orribile, una sorta di scarica sociale. Il spdc può essere anche porto di mare, nel

quale si entra con regole precise (Pronto soccorso) per moderni naufraghi ma con un grosso faro e marinai esperti che sanno accogliere e ben orientare. Un porto nel quale ci deve fermare poco e dal quale si può riprendere la navigazione per mare, o farsi un giro in bicicletta, a piedi, in vespa, in bus, in auto, in treno. Tanti possibili viaggi diversi che possiamo contribuire ad organizzare, realizzare, conoscendo mappe, itinerari, luoghi belli e rischiosi. Non solo, ma siamo in grado di documentare, conoscere, con la scienza (e qui il prestigio dell'Università può aiutare). Quindi l'idea è normalizzare l'spdc e riportarlo a pieno titolo nella medicina e nei servizi della sanità e al contempo evidenziare le contraddizioni sociali rimandandole alla comunità nel suo insieme e a coloro che hanno le competenze specifiche.

Queste sono le linee che perseguirei: dal fortino alla rianimazione; dalla discarica al porto; dalla disperante immobilità al viaggio/ cammino incerto ed errante di viandanti e naufraghi. Da pratiche confuse ed ritenute in contrasto con i diritti all'spdc come sede delle competenze, della conoscenze scientifiche e delle migliori pratiche, sempre attente ai valori etici. Tutto questo senza demagogie declamatorie ma nel quotidiano di una psichiatria "umanitaria" e "invisibile".

Su questo punto specifico penso che con la direzione aziendale, l'Ufficio comunicazione dovremmo pensare ad una strategia (articoli, servizi, slogan, logo, uso del sito ecc.).

Poi si possono fare bacheche, depliant, carte dei servizi, ecc. che ribadiscano il concetto.

Ai professionisti vanno date indicazioni precise (codici).

Promuovere visite (studenti ecc.)

## 2) Diritti.

Va esplicitato come tutelare i diritti della persona nel momento in cui la sua libertà è comunque limitata; questo non solo in termini formali, o umanitari (il che di per sé aiuta) ma anche perché l'esercizio del diritto è un'espressione della volontà e della possibilità di scelta. Questo è una condizione (poter scegliere) che si connette, in termini generali, al possibile consenso (inteso come processo co-costruito e non come condizione statica).

Se il Tso affronta il tema del mancato/rifiuto del consenso, frutto di una rappresentazione altamente deformata del mondo derivante dalla patologia, quindi di una perdita della libertà e della capacità di scegliere dovuta al disturbo (che in diversi modi "obbliga", "limita" la persona) la ripresa della possibilità di scegliere (dalle piccole cose quotidiane all'esercizio dei diritti) è di per sé terapeutico e può portare a costruire la collaborazione e il consenso.

In questo ambito è importante lavorare per vedere come sviluppare azioni di garanzia e regolare:

uso tel./internet

contatti con esterno

visite

Istituire un Garante per il TSO.

Facilitare l'auto mutuo aiuto all'interno dell'SPDC; volontariato

Gruppi con lo psicologo/infermiere/psichiatra

Riconoscere che la privazione della libertà costituisce un'esperienza forte, potenzialmente traumatica e quindi occorre dare al paziente la possibilità di esprimere i suoi vissuti (qui il ruolo degli infermieri è fondamentale, supervisione psicologo ecc.).

Le forme di contenimento con cui viene limitata la libertà deve essere esplicitata. Quindi strumenti psicologico-relazionali, farmacologici, fisici.

### 3) Volontarietà

La percentuale di utilizzo del Spdc per TSO è di circa il 20-25%. Questo significa che almeno formalmente il 75-80% dei ricoveri è di tipo volontario.

La volontarietà, come il consenso, deve essere valutata in termini dimensionali (da 0 a 100) e non categoriali (si-no). Questo significa che vi sono situazioni di "limitata volontarietà" per le quali è sufficiente un contenimento ambientale e non è necessario un TSO. Come sappiamo, insight e collaborazione/consenso non hanno una relazione diretta e lineare. Pur riconoscendo che una quota di ricoveri considerati "volontari" si realizzano solo in quanto vi sono limitazioni della libertà, resta il fatto che la maggior parte degli utenti del spdc (il 50-60 %) è ricoverato "davvero" volontariamente ed è collaborante. Anzi al spdc, la maggior parte degli utenti non solo ci sta bene, ma lentamente da una parte di loro, l'elevata protezione offerta, finisce con l'essere desiderata (perché al tempo stesso rassicura e punisce, protegge da un esterno minaccioso e da un interno a sua volta inquietante e pericoloso) e così il rientro nella vita ordinaria diviene sempre più difficile. L'effetto iatrogeno si manifesta in modo chiaro non solo nell'utente ma anche nei familiari. L'elevato livello assistenziale, i ricoveri frequenti, le possibilità di socializzazione, la vitalità percepita seppure in modo riflesso, i diversi movimenti del personale e dei pazienti attirano il paziente psicotico e finiscono con il divenire parte del suo mondo interiore e della sua scarsissima vita di relazione ("gli unici amici sono gli infermieri del diagnosi"; "solo in spdc incontro qualcuno"). E' come se la propria vita psichica venisse delegata ad altri, agli operatori e all'istituzione, rendendo difficile ogni trasferimento, osteggiato anche dai familiari perché "al diagnosi sono sicuri". Senza rendersi conto che la lungodegenza al spdc spegne le possibilità evolutive e l'appiattimento e la regressione non sono certo ripresa della salute. Anche la presunta riduzione dei rischi in spdc è solo apparente: il luogo è frequentemente teatro di incidenti ed il protratto contatto con pazienti altamente sofferenti e disturbati sul piano comportamentale costituisce di per sé uno stress. Ma tutto questo, per certi familiari e pazienti sembra preferibile ai rischi connessi con il vivere "fuori", al punto che la dimissione viene ostacolata in varie forme bloccando così non tanto i rischi (che comunque in spdc ci sono) ma ogni speranza evolutiva (si tratta di fatto di un uso neomanicomiale del spdc).

Se poi in spdc, il controllo dei comportamenti aggressivi, nel lungo periodo avviene con ripetute contenzioni, non attuabili all'esterno, si creano prassi negli operatori e abitudini nel pz. che lo rendono ingestibile all'esterno del spdc perché viene progressivamente perduta la capacità di affrontare l'aggressività in altri termini (autocontrollo del paziente, ecc.), con altri strumenti (psicologici, relazionali, ambientali ecc.) e con diverse forme di mediazione, in altri spazi.

In questo processo, la riduzione delle contenzioni potrebbe avere un carattere strategico.

Quindi ne discendono due considerazioni: questi pazienti non devono restare in spdc e l'spdc deve divenire un luogo aperto.

Non sono due opzioni alternative e credo vadano perseguite entrambe.

Il paziente deve accedere in spdc (e in tutti i luoghi di ricovero) solo in modo appropriato. I ricoveri volontari (veri) devono trovare collocazioni diverse dal spdc. Ma questo interroga anche gli inviati sul significato dei ricoveri.

Mentre nei primi anni dopo la riforma, il ricovero in spdc veniva vissuto dai servizi territoriali come una sconfitta del lavoro terapeutico, o come frutto di omissioni, carenze del CSM (nel spdc si sentono ancora annotazioni di questo tipo, a volte a ragione, altre per un vissuto che porta a pensare che si sarebbe potuto evitare, “guarda che lavoro ci tocca, se altri lo avessero fatto...”).

Negli ultimi anni la visione è cambiata: il ricovero può essere inevitabile e rappresentare una risorsa importante nel percorso di trattamento. Quindi l'ospedalizzazione non come fallimento ma come scelta nel programma di cura volta ad affrontare la sofferenza psichica, anche attraverso la temporanea separazione dalla famiglia, dalle relazioni e dai legami sociali abituali, e una più assidua e accurata osservazione clinica, diagnostica e terapeutica (farmacologici e psicoterapica). Poi si è arrivati a pensare che molti pazienti avessero bisogno “di un lungo periodo di ricovero”. Un protratto periodo di affidamento del paziente ad altri curanti con l'obiettivo esplicito di creare le condizioni per un migliore programma territoriale e ma spesso il sottostante vissuto dei curanti è quello di essersi per un po' liberati di un peso gravoso.

Questa cultura è datata e superata dalle conoscenze derivate dalle evidenze: i ricoveri protratti sono molto spesso inappropriati, iatrogeni e inabilitanti.

Occorre quindi valutare bene l'appropriatezza della risorsa “ricovero” a partire da ogni punto del nostro sistema, con più vertici di osservazione. La lunga esperienza manicomiale ci dice che “se c'è un posto letto questo sarà occupato” e allora dobbiamo evitare ogni uso improprio, ogni permanenza eccessiva anche perché abbiamo una rete molto articolata di residenze e appartamenti. Occorre anche comprendere l'utilità di un diverso approccio al ricovero e al tempo stesso la necessità di prevenire forme di neo-istituzionalizzazione o utilizzi impropri (per motivi sociali), difensivi e deresponsabilizzanti del territorio e della comunità sociale. Specie in questo periodo di carenze di risorse economiche dei comuni dobbiamo evitare ogni forma di uso surrettizio della sanità e chiamare i contesti e le famiglie alle loro responsabilità.

Ritengo che sia compito di tutti i professionisti operare per raggiungere la massima appropriatezza e precisa responsabilità dei direttori di U.O. sul corretto utilizzo delle risorse assegnate/fruite.

Su questo punto che va ben al di là del spdc si può cambiare cultura, pensare al Csm come luogo della cura anche intensiva, l'utilizzo più dinamico delle semiresidenze (in particolare i DH) . Anche il monitoraggio del Cruscotto che in tempo reale sia in grado di avere sotto controllo la situazione dei posti letto. Il spdc va riservato in primis ai Tso e i pazienti volontari dovrebbero essere curati altrove (questo significa ridurre il numero complessivo dei ricoveri). Vanno ridotti i tempi di degenza: nelle RTI di Villa Maria Luigia i tempi medi di degenza sono oltre il 31 giorni (al Santi o PRP sono 18-20).

Ci vuole uno sforzo congiunto ma questo è strategico per l'E-U. Portare come è stato detto la degenza media delle RTI di Villa Maria Luigia a 24 giorni significa aumentare il turnover del 20%. (passando dagli attuali 11,7 pz /p.l a 15,2 pz./p.l.). Qui è essenziale l'impegno dei professionisti che provvedano a formulare progetti chiari, verificabili, contrattuali (schede di invio ecc) e tengano regolari contatti con Spdc, spoi, residenza, case di cura.



Per questo occorrono regolari incontri promossi dalla Responsabile del Cruscotto.

Incontri regolari fra le equipe del Padiglione Braga

Incontri fra i direttori di U.O.

Protocollo con i servizi sociali

#### Al tempo stesso il spdc deve diventare un luogo più aperto.

Punti da definire nel contratto iniziale:

Porte (aperte, con il “semaforo”, braccialettini)

Giardino

Permessi

Possiamo fare un gruppo di lavoro che visiti altri spdc, proponga formazione, innovazione

Valorizzazione della professione infermieristica

#### 4) Urgenza /gravità

Su questo punto credo che occorra una posizione netta. Il spdc è per l'urgenza; la gravità del paziente non definisce di per sé un'urgenza. Il paziente grave e ingestibile può richiedere un intervento in urgenza, ma il paziente grave, gravoso, di difficile gestione non è urgente. Questo vale per il grave ritardo mentale, il demente con gravi disturbi comportamentali, ma anche per il paziente con schizofrenia, o il paziente che usa sostanze. Urgenza implica una condizione acuta che richiede un intervento immediato (nel più breve tempo possibile) ma limitato nel tempo. Questo cambio di mentalità significa chiedere a tutti i servizi di organizzarsi per gestire la cronicità della gravità “difficile”, secondo modelli appropriati per patologie (Chronic care model ), e sappia affrontare le alterazioni comportamentali ecc.

Se la gestione del cronico grave avviene in spdc per un periodo protratto la deresponsabilizzazione del contesto aumenta ogni giorno e si manifestano i rischi iatrogeni.

#### 5) Sviluppo di logiche territoriali

L'alta e rapida assistenza che il paziente riceve è certamente un punto di eccellenza del spdc. Occorre però porre attenzione alle dinamiche (con il paziente, i familiari e i curanti) e mantenere sempre un'ottica territoriale. Pensare cioè il paziente nel territorio e non in reparto. Questo vale per la terapia (prenderà i farmaci, o ci vuole un depot?; farà 5 iniezioni di insulina?) il nursing. Compito dell'spdc è quello di far sì che il paziente stia meglio, venga dimesso in tempi brevi, mantenga e rafforzi la relazione con i csm e non rientri subito dopo la dimissione. Coinvolgere sistematicamente i medici di medicina generale. Strutturare momenti con loro nell'ambito del Leggeri. E' un compito arduo ma che va perseguito con diversi interventi.

Gruppi psicoeducazionali

Gruppi per aumentare la compliance

Sviluppare l'auto mutuo aiuto

Contatti con i curanti del Csm (case manager per le dimissioni difficili)

Supervisioni

Visite

Audit.

Incontri mensili fra Csm e Spdc.

Lavorare per prevenire il "revolving door" (nel 2011 21 pz hanno avuto più di 2 ricoveri in spdc)

A partire da questi punti, con un forte coinvolgimento dei professionisti, recuperando le precedenti esperienze che si sono fatte in passato, secondo i contenuti sopradetti si può sviluppare un piano operativo da presentare al comitato del dip, CUF e direzione aziendale e poi all'esterno.

Parma 12 maggio 2012

## **Nel 2016**

**Dal 2012 è in atto il Progetto Argonauti** L'esperienza è riportata nel numero monografico di "CAMBIAMENTI" 2016 vol. 2 Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

Il progetto "Argonauti": Diario di bordo di un viaggio nell'emergenza-urgenza psichiatrica reperibile al sito:

<http://www.idipsi.it/wp-content/uploads/2019/05/IDIPSI-MONOGRAFIAB.pdf>

## **Nel 2018**

### **PROGETTO PSICHIATRIA SENZA CONTENZIONI**

DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE INTEGRATO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE  
PATOLOGICHE (DAISMDP)

#### **INTRODUZIONE**

Dall'applicazione della L. 180 nel 1978, la visione della psichiatria in Italia è certamente mutata. Se prima di tale riforma la funzione della psichiatria era quella di affrontare la malattia mentale, ritenuta inguaribile, con un approccio custodialistico e contenitivo, oggi con lo sviluppo della psichiatria di comunità è ormai largamente accettata l'idea che gli interventi in ambito psichiatrico debbano avere approcci multidisciplinari orientati al *recovery*, valorizzando la responsabilità, la partecipazione e il protagonismo degli utenti nella cura, nel rispetto dei diritti e della dignità della persona.

Da anni, vari organismi nazionali e internazionali si pongono l'obiettivo della riduzione della contenzione, fino al suo completo superamento, a partire dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che considera la pratica della contenzione come lesiva della dignità della persona, nonché un residuo della cultura manicomiale, che produce cronicizzazione anziché il recupero della malattia (CNB, 2000). D'altra parte, tale pratica rappresenta chiaramente una violazione dell'art. 13 della Costituzione e si configura come restrizione della libertà personale.

Tuttavia, la pratica di “legare” i pazienti contro volontà risulta essere tuttora applicata in forma non eccezionale nella maggior parte delle strutture psichiatriche, come ha denunciato il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2015.

Oltre ad essere un residuo manicomiale sono evidenziati anche problemi organizzativi e di risorse. Infatti, spesso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) che usano la contenzione si trovano in Dipartimento con servizi territoriali e reti sociosanitarie deboli, intendendo con ciò, servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non hanno dotazione di personale adeguatamente qualificato e formato, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete sociosanitaria territoriale.

Su un altro binario si muove la politica *no restraint*, basata su metodi non restrittivi, evitando per esempio di chiudere a chiave la porta d'ingresso del reparto e utilizzando strategie alternative alla contenzione fisica. Tra queste l'*holding*, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise.

Le realtà *no restraint* hanno alle spalle una rete di servizi presenti all'interno della comunità, aperti tutto il giorno o anche 24 ore su 24, con una buona capacità, dunque, di filtro delle emergenze, resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono il paziente, che è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori familiari.

Dal 2010 la Regione Emilia Romagna ha in atto un programma per la riduzione delle contenzioni in salute mentale che si è sostanziato in due circolari regionali (procedura del 6 maggio 2010 riguardante l'effettuazione delle contenzioni fisiche in SPDC, e PG 2015 0005917 del 09/01/2015) che hanno avuto puntuale applicazione nel DAI-SMDP di Parma.

Il problema delle contenzioni fisiche è limitato all'SPDC di Parma dove il loro numero si è ridotto significativamente e in modo continuo, passando dalle 144 del 2011 alle 101 del 2012, alle 80 del 2013, 71 del 2014, 37 del 2015, 20 del 2016 e 14 del 2017, alle 5 del 2018.

Anno	Contenzioni fisiche	
2011	144	
2012	101	
2013	80	
2014	71	
2015	37	
2016	20	
2017	14	
2018 (20 novembre)	5	

I numeri raggiunti fanno pensare come realistico il raggiungimento dell'obiettivo contenzioni zero in quanto sono presenti sia una dotazione di risorse quali-quantitative del personale sia una rete di servizi territoriali (Centri di salute mentale e Residenze).

Pur di fronte a queste condizioni per abbandonare definitivamente questa pratica, fare un salto in avanti, cambiare definitivamente risulta necessario un forte impegno straordinario dell'intero sistema sanitario, delle diverse articolazioni del DAI-SMDP e il coinvolgimento attivo di tutti gli operatori del SPDC per avere il massimo consenso al cambiamento. Questo significa strutturare di nuove modalità di lavoro per

prevenire, comprendere ed affrontare l'aggressività e la violenza e richiede una serie articolata di azioni in grado di togliere dal SPDC ogni mezzo di contenzione fisica.

A tal fine si ritiene necessaria la costituzione di un gruppo di ricerca-azione sull'abolizione delle contenzioni fisiche che sia capace di riconcettualizzare le attività di cura coinvolgendo attivamente l'utenza nella sicurezza, vista come prodotto relazionale e dinamico e non frutto del mero controllo e ancora meno della privazione della libertà .

## **1. IL PROGETTO**

### **1.1 OBIETTIVO**

L'obiettivo è il superamento della contenzione fisica, attraverso un progetto sperimentale mirato il cui fine ultimo è quello di promuovere un'assistenza orientata alla *recovery*, che punti quindi alla responsabilità personale in un'ottica di cogestione della malattia anche in fase acuta, secondo la convinzione che nessuno è privo di risorse.

### **1.2 INTERVENTI ORGANIZZATIVI**

All'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura per diffondere e consolidare la politica *no restraintè* necessario prevedere interventi organizzativi e la messa a disposizione di risorse mirate in caso di situazioni di crisi di uno o più pazienti.

*Interventi organizzativi:*

- riduzione dei posti letto (da 15 posti letto a 12 posti letto);
- eventi rivolti alla comunità (anche forze dell'ordine) per favorire la diffusione del progetto, un clima di accoglienza e nuove forme di collaborazione;
- sviluppo dell'offerta di attività strutturate riabilitative e risocializzanti a valenza terapeutica finalizzate a stimolare processi di cambiamento e di responsabilizzazione degli utenti sia interni che esterni alla struttura (es. gruppi psico-educativi e sul tema della *recovery* aperte anche ai familiari, attività manuali, ginnastica dolce e trattamenti shiatsu, cineforum, laboratori di musica e di teatro);
- coinvolgimento attivo e responsabilizzazione di tutte le persone ospiti circa la sicurezza e la qualità della convivenza basata sul rispetto reciproco e la non violenza mediante incontri regolari quotidiani di gruppo, comunicazioni personali, materiale, corso per la sicurezza, istruzione sulle modalità di comunicazione ecc.
- inserimento all'interno del reparto di facilitatori sociali durante la giornata;
- possibilità di visite esterne, uscite e permessi considerati essenziali per il recupero della salute
- visite ed incontri costanti (almeno 1 alla settimana) del Responsabile e Coordinatore del CSM di riferimento dei pazienti ricoverati al fine di favorire la dimissione/trasferimento dei pazienti
- apertura, durante le ore diurne, delle porte sul giardino che verrà attrezzato con tavolo ping-pong, pingiball, ecc.;

- formazione del personale (es. costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali – visite guidate presso SPDC *no restraint* – addestramento sulle tecniche di contenimento relazionale del paziente in crisi acuta - addestramento ed implementazione di checklist per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti , tecniche di deescalationecc).

#### *Attivazione risorse:*

potenziamento delle attività gruppalì interne ed esterne;

quando il normale assetto di presenze di operatori in reparto non permette di fronteggiare adeguatamente le situazioni di crisi anche a seguito di attivazione del personale di vigilanza e quando tutte le forme di intervento terapeutico, relazionale (prendendo in considerazione anche la possibilità di un coinvolgimento dei facilitatori sociali) e farmacologico risultano inefficaci o non sufficienti a garantire la protezione dell'assistito da rischi per la propria e altrui incolumità (cadute, agiti auto-etero lesivi), a tal punto da rischiare di essere contenuto fisicamente, è prevista l'attivazione della reperibilità infermieristica attiva H 24 in supporto al team del servizio, durante la fase di crisi acuta del paziente. La reperibilità viene svolta da personale esperto dell'Area Salute Mentale Adulti che, al di fuori del proprio orario di servizio, (prestazione riconosciuta in ore straordinarie + gettone euro 50,00) hanno dato adesione volontaria al progetto.

Gli operatori di cui sopra garantiscono, con la propria presenza, attività di supporto al team del SPDC, contribuendo alla gestione di criticità e alla sicurezza e funzionalità complessiva del reparto.

Il team del reparto in turno mantiene la responsabilità della gestione della situazione di crisi ed è chiamato a orientare le attività di supporto da affidare agli operatori addizionali. Al momento della chiamata, l'operatore aggiunto richiamato in servizio sulla base delle liste di disponibilità volontarie, entra in servizio in SPDC nel più breve tempo possibile (max 30 minuti).

### **1.3 MONITORAGGIO**

Come ogni progetto di nuova attuazione, necessita in itinere di una valutazione di efficacia e sostenibilità che sarà realizzata attraverso la costituzione di un gruppo di ricerca-azione (operatori – coordinatore e responsabile SPDC – coordinatori CSM Parma Est e Ovest - ) il cui mandato sarà di analizzare il progetto nella pratica ed, eventualmente, introdurre nella pratica stessa dei cambiamenti migliorativi.

## **Nel 2021**

### **Consenso e Prevenzione dei TSO**

Pietro Pellegrini<sup>6</sup>

#### **Introduzione**

La legge 219/2017 su “consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento” impone la revisione delle prassi del DAI-SMDP al fine di dare una migliore attuazione alla legge 180/1978.

Infatti le principali novità sono:

---

<sup>6</sup> Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

- a) si è ampliato il ruolo della comunicazione riconosciuta a pieno titolo parte e tempo di cura, che riguarda l'intera equipe, pur con una preminente responsabilità del medico;
- b) viene individuato un nuovo strumento che consiste nella pianificazione condivisa delle cure;
- c) viene prevista la possibilità di dare disposizioni anticipate per la cui realizzazione è possibile la nomina di un Fiduciario;
- d) è esplicitamente contemplata la facoltà della persona di rifiutare i trattamenti prescritti dal medico con un preciso iter che, in caso di dissenso, prevede il coinvolgimento del Giudice Tutelare.
- e) l'intera procedura ha una ricaduta nel definire ed attenuare o escludere la responsabilità professionale del medico.

### **Armonizzare le norme**

Appare evidente come le nuove norme debbano armonizzarsi con gli articoli 33, 34, 35 della legge 833/1978 relative ai Trattamenti sanitari obbligatori, i cui contenuti sono ampiamente noti e resi attuali dalla DGR 1928/2019 di cui sono in corso di attuazione i protocolli locali.

Ai fini del nostro discorso va ricordato come la legge 833, art 1 preveda che “Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori (..) devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”.

In altre parole il riferimento centrale è il consenso mentre il trattamento sanitario obbligatorio assume una funzione eccezionale e residuale. Al consenso, come punto di incontro di volontà, si aggiungono le pratiche previste dalla legge 219/2017 che devono essere definite per quanto attiene la salute mentale.

Prima di procedere oltre va ricordato che i TSO sono obbligatori e coercitivi in quanto oltre all'obbligo (che comunque può essere violato seppure con sanzioni) si prevede la coercizione, cioè l'effettuazione del provvedimento sanitario con l'uso della forza pubblica per lo più in regime di ricovero ospedaliero. Una circostanza che da un lato grava fortemente sulla libertà (art. 13 della Costituzione) e quindi impone la massima cautela nella sua effettuazione ed esecuzione anche in relazione ai profili di natura penale in cui può incorrere il medico (sequestro di persona ed al.).

Senza entrare nel dettaglio va ancora ricordato che in ambito giuridico<sup>7</sup> vi sono rilievi importanti, anche di natura costituzionale, circa l'ampio potere attribuito al medico nell'imporre con la forza interventi sanitari spesso non precisati nel merito, rispetto ai quali comunque la persona ha il diritto di essere costantemente informata.

Alla luce degli elementi sopra riportati, va constatato come l'insieme delle tutele relative al TSO previste dalla legge, per quanto avanzate per il tempo, risultino oggi piuttosto carenti in relazione ai diritti, all'aumento delle situazioni conflittuali e delle modalità di gestione dell'aggressività e del consenso che si sono sviluppate non in ambito tecnico scientifico ma anche nella cultura e nella società italiana. La misura coercitiva viene sempre più ritenuta residuale, limitata ad esplicite, precise ed inderogabili situazioni nei quali sia decisamente prevalente il beneficio per la salute della persona mentre appare in secondo piano anche in tempi di pandemia, la tutela della comunità.

---

<sup>7</sup>Landolfi C. “L'APORIA DELLA COERCIZIONE TERAPEUTICA “PER MALATTIA MENTALE” IN UN ORDINAMENTO LIBERALDEMOCRATICO: PROFILI DI INCOSTITUZIONALITÀ, *Diritto Penale Contemporaneo* 7-8/2017, 119-130  
Landolfi C. L'APORIA DELLA COERCIZIONE TERAPEUTICA PER “MALATTIA MENTALE” IN UN ORDINAMENTO LIBERALDEMOCRATICO: ANALISI DEL T.S.O. NELLA PROSPETTIVA DELLE MISURE PRAETER DELICTUM, *Diritto Penale Contemporaneo*, 5-2018, 5-18

Pertanto il TSO prevede misure di garanzia di tipo procedurale (medico che propone, medico della struttura pubblica che convalida, Sindaco emette ordinanza, Giudice Tutelare convalida) ma ciò è spesso solo formale e non sostanziale, mancando ad esempio l'ascolto reciproco, il coinvolgimento dell'interessato, la volontà di vedere nel contesto sociale i fattori che possono incidere sul trattamento stesso, il che dava senso alla firma del provvedimento da parte del Sindaco non solo come massima autorità sanitaria ma anche come garante dei diritti di cittadinanza. Una funzione rimasta sempre molto in ombra che, purtroppo, si è sostanzialmente persa.

La notifica dell'ordinanza sindacale alla persona è un adempimento dovuto spesso omesso ed anche quando effettuato resta per lo più privo di conseguenze, non avendo avuto realizzazione operativa la previsione di legge di cui all'agli artt 4 e 5 della legge 180<sup>8</sup>. La legge garantisce il rispetto della dignità e dei diritti (a comunicare, ricevere visite) anche con la nomina urgente di un Tutore ora Amministratore di Sostegno, prassi anche questa del tutto eccezionale.

### **Nuove prassi**

Se la riflessione si impone sul piano giuridico, ancora maggiori sono gli elementi maturati in ambito tecnico scientifico e nel rapporto con gli utenti e le loro associazioni.

Come primo elemento vi è il pieno riconoscimento dell'autodeterminazione ("nulla su di me senza di me") e quindi della partecipazione, consenso, motivazione co-costruiti nella relazione terapeutica e nel sistema sociale e familiare di appartenenza.

Un punto chiave, il diritto della persona ad essere parte della comunità che nessuna politica mirante alla segregazione, esclusione o abbandono ha modificato. Questo significa comprendere le difficoltà, le tensioni, i conflitti ed operare per una responsabilità democratica.

Sul piano tecnico le proposte del dialogo aperto, dei dialoghi anticipatori, sono all'attenzione internazionale ma non sono affatto una novità se si conosce l'esperienza italiana ed anche locale in quello che abbiamo chiamato "approccio SAURA"<sup>9</sup>.

A questo di contro sono sempre maggiori le evidenze cliniche circa la limitata efficacia dei TSO, a cui si associano spesso prognosi meno favorevoli.

La riduzione della libertà attuata con metodi coercitivi, e l'efficacia della terapia farmacologica vanno bilanciate non solo da possibili effetti collaterali di breve e a lungo termine, dai possibili danni iatrogeni, dalle forme "resistenti". Ne deriva quindi un quadro prognostico relativo a rischi/benefici, da circostanziare dettagliatamente e in modo ampio e condiviso come si dirà di seguito, ed evitare possibili lesioni di diritti fondamentali quali l'autodeterminazione, la libertà e la dignità umana.

---

<sup>8</sup> Art. 4 "Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o dimodifica del provvedimento con il quale e' stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni" ; art. 5 "Chi e' sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare."

<sup>9</sup>"Approccio Saura": SAURA è anche un acronimo per indicare. S: Speranza, A: Autorevolezza, U: Unicità, R:Risorse, A: Autonomie. Si tratta degli elementi fondamentali dell'intervento, dove la Speranza è anche accompagnata dalla saggezza, sicurezza e della possibilità di una svolta. L'autorevolezza personale e professionale fonda l'affidabilità come base della fiducia costruita nell'unicità e specificità della situazione nella quale si rilevano risorse individuali e di contesti e i bisogni per la maggiore partecipazione e autonomia possibile.

Non solo ma che sul lato esperienziale, gli ASO ed i TSO vengono, solitamente, vissuti come sanzioni, umiliazione e stigma da chi li subisce<sup>10</sup>. Si aggiungono anche le conseguenze della privazione della libertà nonché dei risvolti negativi e finanche drammatici delle contenzioni.

Se effettivamente la logica terapeutica deve prendere il posto e superare il mandatorcustodiale della impostazione manicomiale (ove vi è coercizione non vi può essere cura), la persona affetta da patologia psichiatrica, deve essere accolta, accompagnata nella libertà, in modo condiviso a scelte terapeutiche in grado di coniugare appropriatezza, conoscenze scientifiche e per quanto possibile a LG, con preferenze e scelte personali relative a cura e progetto di vita.

Di qui l'orientamento a superare ogni paternalismo sanitario, qualsiasi salutismo moralistico in favore della migliore salute mentale possibile e del benessere sociale come bene comune, co-costruito tenendo come centrale, non solo sul piano giuridico ma anche tecnico-scientifico, la questione dell'autodeterminazione. La terapia è responsabilità e partecipazione e viceversa. E' questo il circolo virtuoso della cura nella libertà, nella definizione di sé e dell'altra persona, indissolubilmente legati in un destino comune.

## **Proposte operative**

### **Servizi Territoriali**

#### **Persone in carico**

Visto che la maggior parte dei TSO (circa l'80%) avviene su pazienti in carico occorre introdurre, alcuni strumenti come la **Carta/Piano per la Crisi, l'Elenco dei soggetti ad alto rischio**.

Nella Carta per la Crisi, andranno condivise le modalità di effettuazione degli interventi, la partecipazione di Fiduciari ed altri significativi, il possibile luogo di ricovero, eventuali preferenze per quanto attiene farmaci, approcci psicoterapici o psicosociali

Per questi dovrà essere individuato un operatore di riferimento (**Case Manager**)

Prima del TSO è utile attivare l' "approccio Saura" (Dialogo aperto) con intervento domiciliare coinvolgendo tutti i significativi e le diverse componenti sanitarie e sociali.

L'esito dell'intervento verrà formalmente valutato da un **secondo parere esperto** e se necessario **un terzo parere**. I pareri dovranno essere espressi da professionisti esperti, psichiatra, infermiere o utente esperto, sentiti i professionisti impegnati sul caso.

#### **Prime segnalazioni e persone non note**

Rappresentano il 20% circa dei TSO e riguardano spesso soggetti non conosciuti e di altri territori. E' un ambito che forse richiede una riflessione con il PS.

Per la quota di persone della nostra provincia che non accedono al sistema di E-U, ma vengono segnalati da familiari, MMG ed altri occorre migliorare l'accesso. In particolare delle persone al di sotto dei 35 anni alle quali i servizi territoriali devono prestare attenzione ai fini della diagnosi precoce.

In condizioni di scarsa disponibilità adesione, prima del TSO dovrà essere attivato un **approccio Saura** (Dialogo aperto) con intervento domiciliare coinvolgendo i significativi e tutte le componenti sanitarie e sociali. Fondamentale è la relazione con i familiari portata avanti nella massima trasparenza

Un altro punto rilevante è la collaborazione dei servizi per quanto attiene la continuità di cura, con l'applicazione delle procedure tra NPIA e servizi per gli adulti.

---

<sup>10</sup>G. Di Palma, Pratica quotidiana e tutela reale dei diritti. In La libertà sospesa. Il trattamento sanitario obbligatorio. Psicologia, psichiatria, diritti, cit., pp. 57ss.



In ogni CSM il direttore nomina un **Referente per la prevenzione del TSO**.

### **In regime di ricovero**

Rivedere la **Carta dei Servizi del SPDC**

Favorire la raccolta delle esperienze delle persone e inserendole nel diario clinico o mediante l'istituzione del **"Diario del paziente"**.

Mettere a disposizione degli utenti e familiari un'agenda e un indirizzo del DAI-SMDP per eventuali comunicazioni. Fornire indirizzo del Giudice Tutelare e delle Associazioni di utenti e familiari.

Favorire la nomina **dell'operatore di riferimento del ricovero** ed i contatti con i Servizi territoriali.

**Attivazione PDTA** Esordi psicotici, Disturbi della Personalità e Multicomplexità già in regime di ricovero e valorizzazione del **Contratto Terapeutico**.

Promuovere la presenza dell'Utente Esperto/Orientatore e dei familiari mediante specifici gruppi o iniziative.

Strutturazione **programmi settimanali** con riunione degli utenti.

Accompagnare la dimissione prevedendo le iniziative per la continuità di cura e la prevenzione dei nuovi ricoveri.

### **Sperimentazioni**

Sperimentazione **"dell'ospedalizzazione domiciliare"** con il supporto di operatori delle Coop. formati tramite BdS per l'alta attività assistenziale, per una durata massima di 15 giorni, rinnovabili. Per il 2021 potrebbe riguardare 5 casi.

Utilizzo delle nuove tecnologie per comunicazioni e psicoeducazione

Visite esterne del Garante dei diritti, nominato di concerto con il CUF e Comitato Utenti

Definizione su scale analogiche gravità, rischi, benefici. Interviste ai soggetti sottoposti a TSO

**Consulenza legale** per i professionisti, utenti e familiari

### **Altre iniziative**

Cruscotto E-U inserisce i TSO nel report settimanale

Agenda per E-U e mailing list per E-U dove segnalare eventi rilevanti e TSO.

Coordinamento mensile di SPDC e CSM/serD tramite il Cruscotto per E-U

Formazione sul consenso e Piani per la Crisi coinvolgendo utenti e familiari

Favorire le comunicazioni degli utenti DAI-SMDPe alle Autorità preposte al controllo e al

Audit a livello di dip. sui TSO a cadenza mensile, con relazione finale. Predisposizione di dati per genere ed età al fine di verificare la possibilità di approcci e interventi specifici.

Segnalazione delle violazioni/difformità rispetto ai protocolli per TSO (ex DGR 1928/2019) e iniziative di governo clinico (aggressioni, incidenti, fughe, ecc.).

Studi di valutazione di processo (monitoraggio revolving door e TSO ripetuti) ed esito.

Adempimenti

Servizi Territoriali:

CSM \_\_\_\_\_

Azione	Attivazione (Si/No/programmata)	Note
1) Carta/Piano per la Crisi del pz		
2) Elenco dei soggetti ad alto rischio		
3) Case Manager		
4) Approccio "Saura" (Dialogo Aperto)		
5) Secondo Parere Esperto		
6) Terzo Parere		
7) Referente per la prevenzione dei TSO		
8) Coinvolgimento strutturato di utenti esperti e familiari/amm. Di sostegno		
9) Inserimento nei PDTA		
10) Firma contratto di cura		

Servizi Ospedalieri \_\_\_\_\_

Azione	Attivazione (Si/No/programmata)	Note
1) Carta dei Servizi		
2) Elenco indirizzi di soggetti a cui rivolgersi		
3) Diario del paziente e forme espressione/comunicazione		
4) Operatore di riferimento durante il ricovero		
5) Secondo Parere Esperto		
6) Programma settimanale		
7) Referente per la prevenzione dei TSO		
8) Coinvolgimento strutturato di utenti esperti e familiari		
9) Inserimento nei PDTA, continuità di cura		
10) Proposte per la continuità di cura e prevenzione di nuove crisi (Carta Crisi)		

