

Il contratto terapeutico

**Delimitazione di alcuni termini e
concetti di riferimento**

Il contratto terapeutico



La definizione di **contratto terapeutico** assume una rilevanza semantica definita se si delimitano alcuni ambiti concettuali limitrofi

Contesto normativo
riferimento

Mission istituzionale del
Servizio
(garanzie offerte al
cittadino)

Setting terapeutico

Set operativo

Contesto normativo di riferimento

1. Rintracciabile nel Manuale/Documentazione per l'Accreditamento (leggi sanitarie di riferimento, generali e/o riferite a normative specifiche, documenti regionali di indirizzo, atti e disposizioni di livello aziendale o comunque sovradipartimentale ecc.)
2. Definito inoltre dall'insieme di leggi, norme, regolamenti ecc. che disciplinano i contesti professionali sanitari e, più diffusamente, i rapporti delle Istituzioni e dei suoi rappresentanti con il cittadino/utente



Mission/vision e obiettivi del Servizio

1. In parte contenuta nelle Normative di riferimento, la **Mission** viene esplicitata per esteso nel primo capitolo del Manuale di Accreditamento, unitamente alla **Vision** del Servizio ed agli obiettivi
2. I compiti istituzionali che il Servizio assume e le modalità che adotta per svolgerli costituiscono un impegno nei confronti del cittadino: spesso una sintesi di quanto dichiara il Manuale di Accreditamento è riportata nella **Carta del Servizio**



Set operativo / setting terapeutico

Il termine ed il concetto di setting si originano nell'ambito della elaborazione delle teorie psichodinamiche, fortemente legate alla dimensione (psico)terapeutica.



Set operativo / setting terapeutico

Ovvero

Insieme delle condizioni “fisse” idonee a
rendere possibile l'applicazione di una metodica
terapeutica in modo coerente e a
rendere leggibili/decifrabili gli eventi

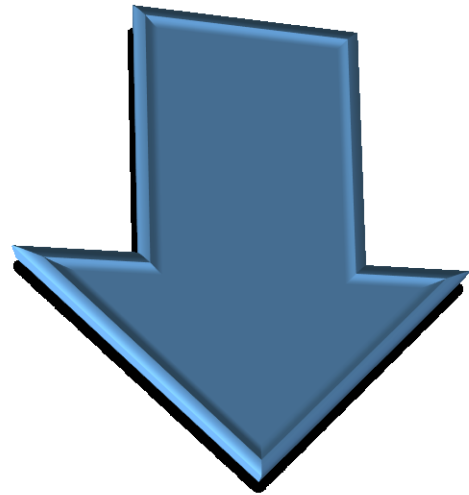


Al di là delle variazioni semantiche,
è fondamentale sottolineare che il setting (nelle
dimensioni indicate) rappresenta la **duplice funzione** di:

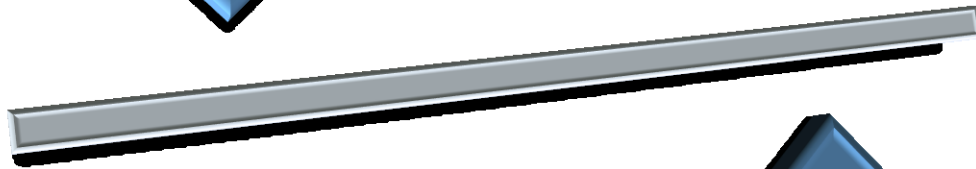
A - contesto
dell'interazione (in cui i
soggetti agiscono ciò
che la relazione evoca o
consente)

B - condizione per
leggere, valutare,
comunicare le dimensioni cliniche,
terapeutiche, diagnostiche, prognostiche





CONTESTO
SETTING
OPERATIVO



VARIABILI
SPECIFICHE
(LEGATE AL
PAZIENTE)



FORMULAZIONE
DEL CONTRATTO
TERAPEUTICO

La scelta di formulare (esplicitare/chiarire) al paziente la tipologia (limiti e opportunità) – del contesto terapeutico e la natura della relazione proposta non è così scontata nella prassi dei Servizi

Ancor meno lo è la scelta di sottoscrivere questi punti

**Contratto
Terapeutico**

... si confina (*il paziente*) in un ambito prestabilito e si interpreta ogni variazione che egli tenti di introdurre



Il “contratto” fra medico e paziente ed il consenso informato

Il dovere di informazione viene fatto rientrare - negli orientamenti attuali della giurisprudenza - nella complessa prestazione professionale cui è tenuto il sanitario, quale vero e proprio **dovere contrattuale**

Contratto
Terapeutico

Le caratteristiche del contratto (e la sua dimensione) sono un elemento strutturale del setting) assumono **rilevanza specifica nel trattamento dei Disturbi di personalità.**



Personality Disorders

Queste le ragioni:

La **esplicitazione del setting** (in riferimento soprattutto alla definizione e condivisione della costanza e coerenza delle risposte terapeutiche) facilita lo sviluppo di una **relazione terapeutica efficace**.

La formalizzazione del contratto contribuisce a modulare positivamente i **comportamenti terapeutici nell'equipe**, costituendo un riferimento utile per gestire le divisioni e le controreazioni che i pazienti con DGP di norma propongono

1

La **formalizzazione degli obiettivi** terapeutici (di lungo e di breve periodo) consente la verifica degli esiti dei trattamenti.

Nella prospettiva più generale del recupero socio relazionale (recovery), il contratto conferisce

respiro strategico ai singoli

passaggi di un percorso spesso lungo e organizzato per fasi.

Fasi che a loro volta coinvolgono **diversi**

punti della rete dei servizi e della comunità in una progressione di eventi dimensionati al bisogno attuale (configurazione dei servizi).



2

I DGP presentano rischi di comportamenti distruttivi, pur mantenendo, salvo fasi specifiche di scompenso, integro l'esame di realtà e la capacità di autodeterminarsi.

Le legittime preoccupazioni dei professionisti che responsabilità assunte nel progetto di cura si possano tradurre in ipotesi di

reato condizionano le **scelte adottate in senso**

difensivistico e diventano presupposto di trattamenti inappropriati.

3

La definizione formale degli obiettivi di cura e delle reciproche responsabilità assunte dal curante e dal curato nel progetto terapeutico (coinvolgendo anche la famiglia soprattutto nel caso dei minori) non risolve in maniera definitiva questa contraddizione, ma fornisce strumenti oggettivi per **gestirla sul piano delle effettive possibilità di cura** offerte dalle conoscenze psichiatriche e psicologiche aggiornate.

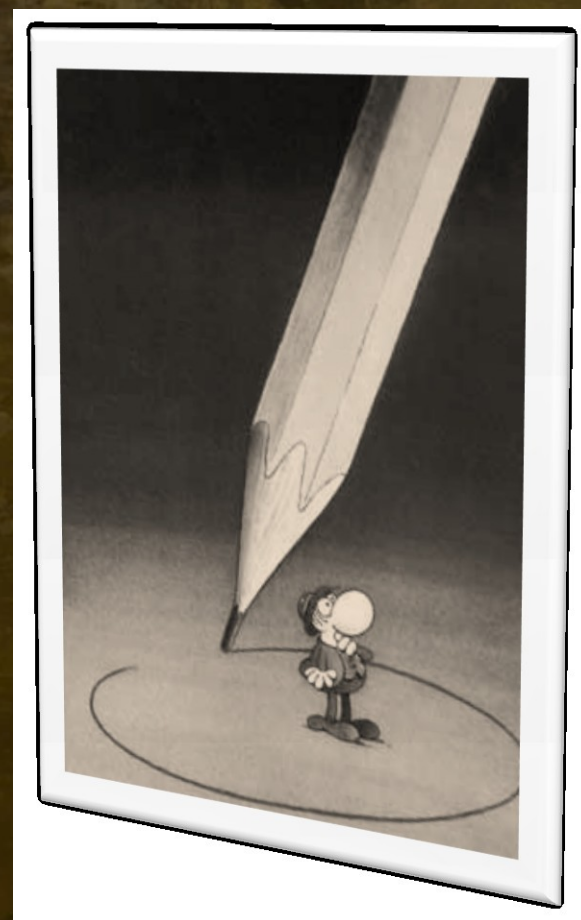


3

D.l. 13 settembre 2012, n. 158 – art. 3

coordinato con legge di conversione 8/11/2012, n. 189
cd **“Decreto Balduzzi” comma 1**

«l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.»

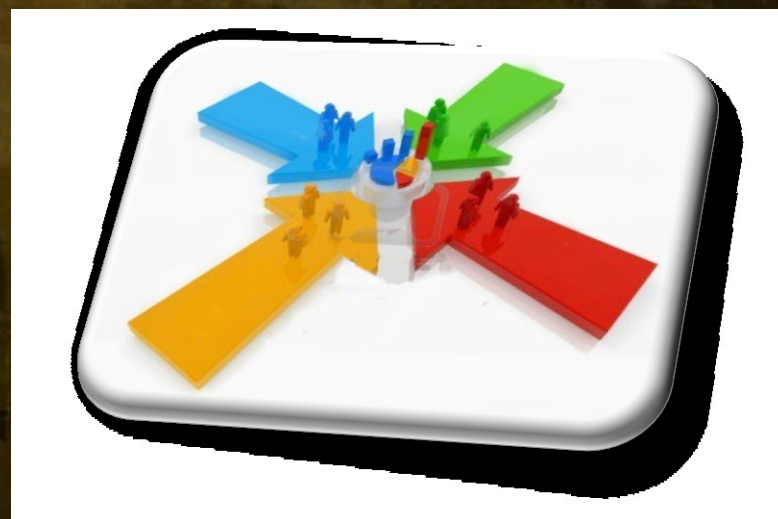


QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO TERAPEUTICO DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE CON I PAZIENTI CON DIAGNOSI DI DGP IN FUNZIONE DELLA CONFIGURAZIONE DEI SERVIZI?



IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

I servizi del DSMDP sono nati ciascuno per target di utenza, con storie diverse e difformità nelle mission ed obiettivi di cura, che ne informano l'organizzazione e la cultura professionale



IL CONTRATTO TERAPEUTICO PER I DGP NEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011 (RER) identificando nel DSMDP l'articolazione organizzativa dei servizi per la Salute Mentale, sottolinea come la pratica della Psichiatria adulti sia storicamente fondata su di un paradigma operativo di orientamento "tutoriale" e paternalistico



Questo in virtù:

- Ⓜ delle caratteristiche dell'utenza (psicosi, disabilità funzionale)
- Ⓜ di normative che, pur nella logica della garanzia per il cittadino, contemplano interventi terapeutici limitativi della libertà personale
- Ⓜ di una giurisprudenza spesso orientata ad interpretare il ruolo professionale di medici e infermieri in senso "tutoriale" .

Questo paradigma può divenire fortemente responsabilizzante per il curante.





Nei Ser.T, dove l'utenza ha maggiori caratteristiche di autonomia e non ci sono richiami alla obbligatorietà, si è sviluppato un diverso paradigma fondato sulla motivazione al trattamento e sull'obiettivo dell'autoefficacia, oggettivamente meno responsabilizzante per il curante.

Questi due approcci possono essere potenzialmente confliggenti e hanno contribuito non poco alle difficoltà di integrazione tra servizi sul tema della cosiddetta Doppia Diagnosi.



GG è un ventottenne di gradevole aspetto e buone maniere, separato dalla moglie che maltrattava e ricercato dai suoi numerosi creditori.



Negli ultimi 4-5 anni è stato soggetto a frequenti abusi alcolici e condotte a rischio (truffe, guida in stato di ebbrezza, azzardo patologico) ed a relazioni affettive brevi e burrascose.



Non è, ormai da molti mesi, in grado di mantenere una attività di lavoro continuativa, nonostante sia diplomato alla Scuola Alberghiera, con buona esperienza e riconosciute capacità come cameriere



L'abuso
continuativo di
alcol e la completa
inaffidabilità lo
hanno tagliato
fuori dal giro dei
ristoranti e dei
locali in cui
potrebbe lavorare.



Seguito da anni dal servizio di alcologia del SerT con programmi ambulatoriali è stato recentemente inserito (anche in relazione a problematiche abitative non altrimenti risolvibili) in una Residenza gestita dalla UO di Psichiatria.



Oggi GG ha due medici di riferimento: la psichiatra del SerT, in qualche modo referente “storico” e “di progetto” e quella, di più recente acquisizione, del Centro di Salute Mentale, responsabile della struttura residenziale che lo ospita.



La diagnosi di GG è stata oggetto di molte discussioni, ma ormai si è giunti alla conclusione che, al di là dei problemi con l'alcol, si tratti di un grave disturbo della personalità, con aspetti misti del Cluster B (prevalenti tratti borderline ma anche aspetti sociopatici ed istrionici).



Alcuni mesi dopo l'inserimento in Residenza, le due dottoresse si confrontano con il Direttore della UO di Psichiatria. Come procedere con i problemi comportamentali di GG? Come condividere i punti di vista operativi (il setting) e le strategie terapeutiche più appropriate?



Le posizioni sono lontane:

La psichiatra del SerT invita la collega ad una maggiore flessibilità, lasciando a GG margini di libertà per la sperimentazione dei propri “errori” e garantendo un contenitore relazionale “lasso”

...



... dove accogliere
e rileggere
(mentalizzare) le
sue ondate
emotive,
privilegiando i
feedback positivi
piuttosto che i
rimproveri o le
sanzioni



La collega della
Residenza
psichiatrica
afferma di non
poter sostenere il
continuo e
aperto
sabotaggio delle
regole della
Comunità, sia nei
confronti degli
altri pazienti...



...sia per le responsabilità legate a comportamenti a rischio e/o reati (potenziali e non solo) che GG è solito produrre durante la permanenza in struttura, specialmente in occasione di allontanamenti non concordati o mancati rientri.



Nella recente storia del Servizio uno psichiatra è stato pesantemente condannato, in via definitiva, per un grave agito prodotto da un ospite di una Residenza gestita dal CSM.



Entrambi gli approcci possono essere però potenzialmente necessari nel trattamento per fasi dei DGP.

La formalizzazione del contratto diventa anche lo strumento per identificare le diverse necessità del percorso terapeutico, le potenziali sinergie tra i due approcci, i limiti realistici degli interventi



Il contratto descritto nella LG NICE si caratterizza per raccomandazioni che indicano una gestione flessibile delle varie fasi di trattamento, compresi i momenti di crisi



L'adattamento della LG NICE alla realtà operativa dei Servizi della nostra Regione deve tener conto di alcuni fattori specifici



1

I **cambiamenti di setting** e di approccio, come già detto, sono probabili e diversificati (oltre a SerT e CSM, vi sono il Pronto Soccorso, le sedi di ricovero ospedaliero e/o residenziale, i servizi semiresidenziali ecc.)

Essi devono **esplicitati a tutti gli attori** (equipe curante, utente, famiglia);



2

E' necessario, per quanto consentito, limitare i comportamenti legati a logiche di **medicina difensiva**, inefficaci sia dal punto di vista terapeutico che per conseguire l'obiettivo che si prefiggono.

La produzione di **Linee di Indirizzo regionali** che definiscono raccomandazioni è un passaggio indispensabile (vedi cd "Decreto Balduzzi" del 2012)



3

La presenza di una posizione di garanzia deve potersi coniugare, nei professionisti sanitari, con **l'impegno a promuovere nel paziente capacità di autonomia** e senso di responsabilità; il servizio è inevitabilmente attore e protagonista attivo del contratto



Il Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, indica che i Servizi di Salute Mentale sono tenuti ad **un'attitudine proattiva, di non attesa**, nei confronti del paziente, intervenendo sulla sua motivazione al trattamento, ricercando il consenso alla cura, ma anche, se necessario, obbligandolo alle cure.



4

Occorre evidenziare come, per trattamenti di lungo periodo la pro-attività e la continuità terapeutica venga **garantita dal Servizio nel suo complesso**, oltre che dal singolo operatore



Perché il contratto è importante?

- Le regole del setting favoriscono una **RELAZIONE TERAPEUTICA EFFICACE**
- La formulazione del contratto modula i comportamenti degli operatori e conferisce coerenza e costanza alle risposte;
- Fornisce strumenti chiari per affrontare le scissioni e le conseguenti reazioni di controtransfert.

- **La definizione degli obv di lungo e breve periodo consente di verificare i risultati;**
- **Nella prospettiva del CAMBIAMENTO e della RECOVERY il contratto definisce i singoli passi di un percorso lungo e organizzato per fasi.**

- **Il contratto non risolve la questione dei comportamenti distruttivi ma fornisce nuovi strumenti ai clinici.**
- **Nell'ottica della definizione di compiti e obv limitati si profila la possibilità di uscire dalla strettoia della medicina difensiva.**

Il Contratto Terapeutico è un atto scritto che contiene:

- la descrizione degli obiettivi di cura (di lungo e medio termine);
- le competenze attivate dall'equipe;
- le competenze richieste all'utente (e alla sua famiglia);
- le condizioni specifiche che possono orientare verso un passaggio di setting (inteso sia come modalità operativa che come servizio);
- il piano di gestione delle crisi (vedi quesito 4)

Definire i comportamenti non negoziabili

- *“I rischi derivanti dai comportamenti distruttivi devono essere esplicitati riferendo al paziente (e ai suoi familiari) quali sono le effettive possibilità di intervento e le aree di responsabilità consentite dalle missioni dei servizi.”*
- *“Nel caso in cui tali rischi siano elevati, sulla base di elementi concreti, è necessario lavorare in collaborazione con le forze dell’ordine e/o della magistratura rispettando il diritto del paziente di esserne informato.”*



Specificare i cambiamenti di setting e di modalità operative

- **I bisogni possono essere mutevoli nel tempo e richiedere cambiamenti operativi di setting e di equipe di riferimento; tutti i passaggi vanno adeguatamente predisposti e seguiti dalle equipe invianti a quelle riceventi.**
- **Particolarmente significativi i passaggi tra NPJA e servizi per adulti e quelli che riguardano CSM e Sert per i DGP con comportamenti di abuso e/o dipendenza da sostanze.**

- **Lo strumento del contratto è fondato sui concetti di patto o di alleanza terapeutica;**
- **Enfatizza la definizione degli obiettivi e la loro comunicabilità all'interno del sistema curante per aumentare condivisione, coerenza e costanza degli interventi.**

- **Il Contratto Terapeutico è un sestante per l'equipe, per il paziente e la sua famiglia per stabilire e tenere la direzione.**

