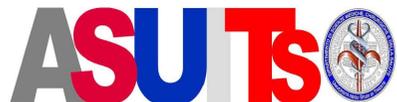




DIREZIONE SERVIZIO
INFERMIERISTICO



A.S.S. n. 1 Brescia
Dipartimento di Salute Mentale



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care



International Network of
Health
Promoting
Hospitals & Health Services



28 Febbraio 2017

**PER UNA CULTURA DI
DE-CONTENZIONE**

**LIVIA dott.ssa BICEGO
DIRIGENTE INFERMIERISTICA
AAS5**



Anche nel panorama della salute mentale...

evoluzione del contesto

bisogni sempre più complessi

le persone chiedono di guarire

I cittadini, TUTTI, sempre più e sempre meglio chiedono risposte adeguate ed appropriate

A fronte di un contesto sempre più esigente in termini di funzionalità:

Interessate persone giovani e in età produttiva

Elevata possibilità di rapido deterioramento

Malattie per lo più ad alto potenziale disabilitante

A rischio l'autonomia funzionale multidimensionale

Compromissione dello stato di salute in generale

Il Piano Sanitario e Socio Sanitario Regionale Friuli Venezia Giulia, **fin dal 2010-2012...**

Individua tra le **quattro direttrici strategiche**:

- 1. riorganizzazione dell'offerta della rete ospedaliera**
- 2. istituzione di un'unica centrale operativa dell'emergenza**
- 3. presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e disabilità**
- 4. ricerca di una maggiore efficienza complessiva del sistema sanitario e sociale attraverso l'adozione di criteri di gestione che consentano di eliminare inutili sovrapposizioni e favoriscano sinergie operative tra le Aziende del Servizio sanitario regionale.**

Si registra un

profondo cambiamento nei bisogni assistenziali

Necessità di un adattamento della risposta assistenziale

“personalizzazione delle cure”

Un **cambiamento nelle modalità organizzative e assistenziali**

Per i risultati

A partire dai Diritti della persona

Per risposte appropriate **ed integrate a bisogni complessi, articolati** e diversificati **presentati dalla popolazione**

Con le risorse disponibili

*Al cittadino-utente non sono più sufficienti
le competenze tecnico-professionali degli operatori
sanitari*

*Sempre più pressanti sono le richieste di maggiore
attenzione alla dimensione umana e relazionale del
rapporto **perché possa essere terapeutico***

La cura e la risposta al bisogno sociosanitario del cittadino

Dalla/dall'

- .. logica della persona portatore di un bisogno specifico
- .. prestazione disarticolata
- .. assistenza e cura della malattia
- .. centralità del servizio o del professionista
- .. azione singola e diretta di un servizio

Alla /al

- q persona nella sua completezza e quindi anche nelle sue risorse e nel suo contesto familiare e territoriale
- q progetto/percorso
- q prevenzione, promozione e attenzione ai bisogni emergenti
- q centralità del soggetto in cura, bisogni, domande, strategie
- q regia delle risposte da una pluralità di attori, costruzione della rete per la lettura e risposta ai bisogni

Patient centred care

Mead e Bower (2000)

Q la **prospettiva bio-psico-sociale**: dalla dimensione puramente

biologica a quella emotiva e sociale

Q il **“paziente come persona”**

Q la **condivisione di potere e responsabilità**, un rapporto alla pari , non asimmetrico

Q **l’alleanza terapeutica** quale fondamento nella costruzione di

un accordo condiviso sulle finalità del percorso di cura

I soggetti in cura attribuiscono alto valore alla relazione e alla considerazione di sé come persone **“interi” ed uniche.**

CRISI DEI MODELLI

DI CURA

TRADIZIONALI

NUOVI MODELLI DI CURA

- Medicina “d’iniziativa” e “pro-attiva”
- Individuazione precoce dei segni e sintomi di aggravamento della malattia
- Coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente e dei suoi familiari nella gestione della malattia
- Spostamento verso i servizi comunitari

Esiti

Cura nella comunità

Personalizzazione delle cure

Continuità delle CURE

EFFICACIA

Domiciliarità

OUTCOME

Proattività

Efficacia

ad esempio case management

outcome “critical review”

- .. Ricoveri in ospedale(21 studi): significativa riduzione in 11 studi, invariata in 7 studi e 2 in aumento
- .. Compliance verso il trattamento (9 studi): aumento in 6 studi, invariata negli altri tre
- .. Cambiamenti nella sintomatologia (8 studi): 4 miglioramento e 4 invariata
- .. Utilizzo di servizi (9 studi): 7 studi aumento utilizzo dei servizi e 2 invariato
- .. Comportamenti sociali (8 studi): in 2 studi miglioramento delle performance sociali
- .. Carico familiare (3 studi): nessun miglioramento
- .. Relazioni tra utente e equipe (rete) professionale (5 studi): 4 studi hanno dimostrato un miglioramento di tale aspetto di cura

La cura e l'assistenza

la normativa italiana

L.251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche":

"Il Ministero della Sanità...emana linee guida per...la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata"

Dimensione del ruolo clinico

- E' responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie
- In collaborazione con gli altri membri del team interdisciplinare,
- sviluppa il piano assistenziale
- Adatta al singolo paziente i protocolli assistenziali esistenti
- Esercita attività di insegnamento al paziente e alla famiglia
- Formula un piano di dimissione
- Ha un approccio olistico all'assistenza
- Fornisce assistenza diretta
- Stima le abilità del paziente e le possibilità di supporto delle famiglie e dei sistemi sociali
- Facilita i progressi del paziente nel piano assistenziale
- Organizza la consultazione con specialisti o servizi specializzati
- Assicura il trasferimento ad aree assistenziali più adatte quando le condizioni del paziente lo richiedono
- Partecipa agli incontri con il team interprofessionale
- Identifica qualsiasi variazione degli standard assistenziali

Dimensione del ruolo manageriale

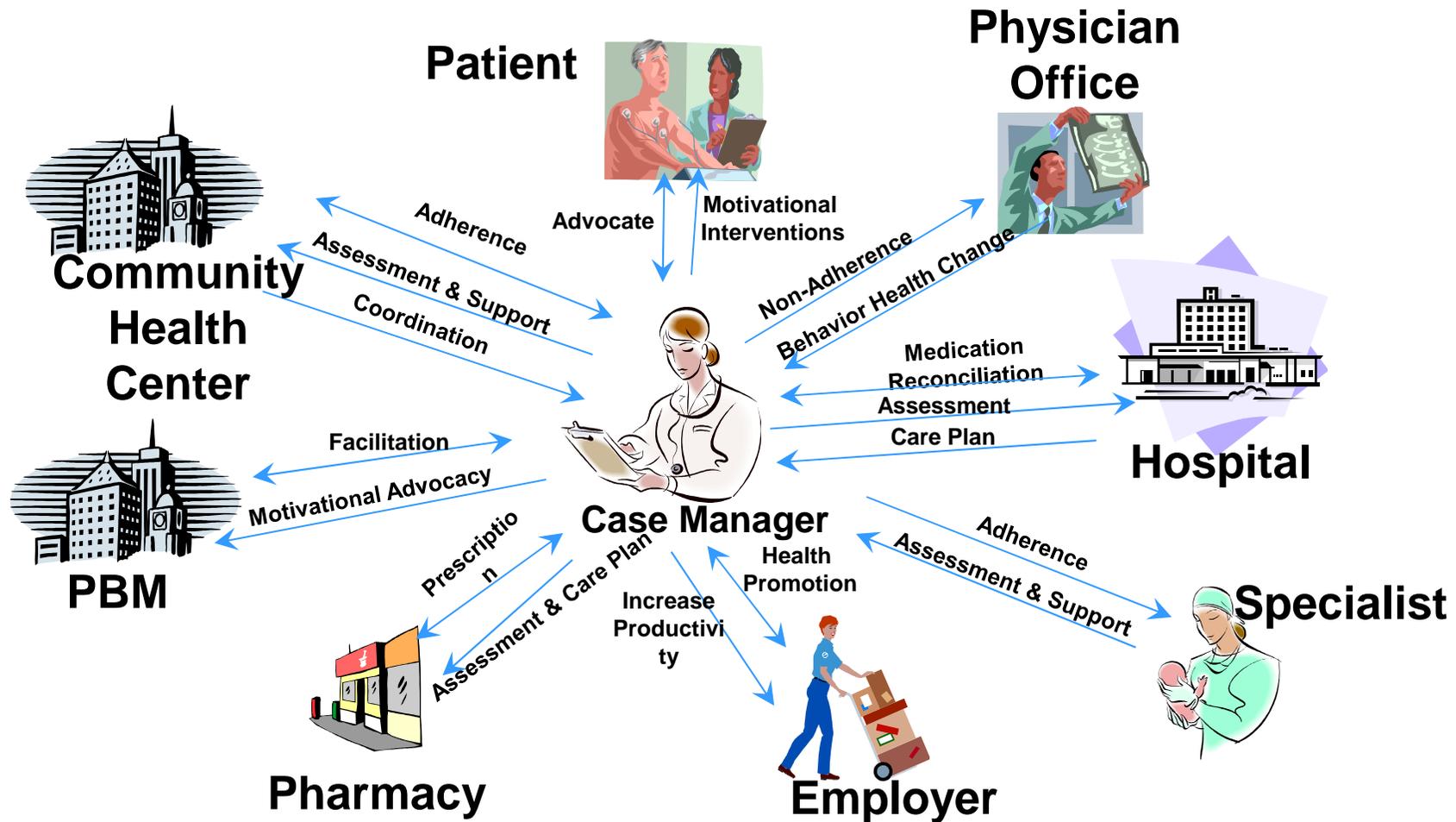
- Ha responsabilità di facilitatore e di coordinatore dell'assistenza ai pazienti durante il corso della malattia
- Pianifica le modalità di trattamento e gli interventi necessari
- In collaborazione con il team interprofessionale, determina gli obiettivi del trattamento e la durata del soggiorno
- Inizia il piano di dimissione già al momento della presa in carico
- Guida le attività assistenziali dei reparti
- Valuta la qualità dell'assistenza fornita e le conseguenze dei trattamenti e dei servizi
- E' coordinatore del team multiprofessionale
- Facilita la comunicazione fra i vari membri e discipline coinvolte nella cura
- dei pazienti
- Ha responsabilità di insegnante e monitore
- Valuta il bisogno di sviluppo del team

Dimensione del ruolo finanziario

- In collaborazione con i medici e gli altri membri del team, assicura che i pazienti non ricevano cure inadeguate
- Raccoglie le informazioni riferite ai DRG, al costo per ciascuna diagnosi, alla lunghezza predeterminata del ricovero ed i trattamenti e le procedure usate per ciascuna diagnosi
- Determina il trattamento più importante per il paziente
- Stima le variazioni per ciascun DRG e agisce per controllarle

The Continuum of Care

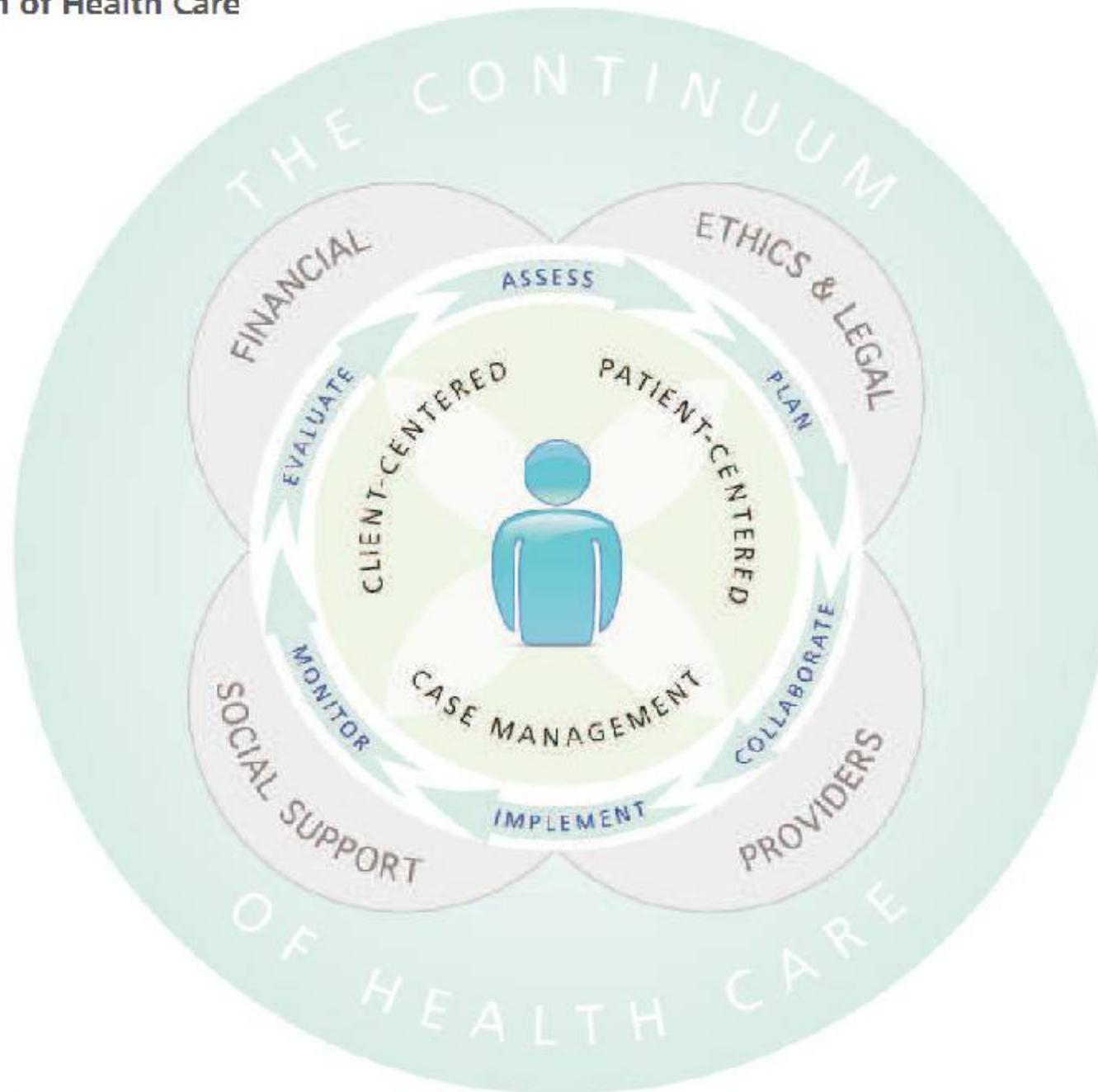
Clinical & Administrative Transactions



Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

- SCELTA DEL PROBLEMA (analisi di impatto problemi, criticita') –GRUPPO DI LAVORO
- REVISIONE E VALUTAZIONE CRITICA DELLA LETTERATURA
- ADATTAMENTO E COSTRUZIONE DEL PERCORSO DI RIFERIMENTO
- AMBITO DI APPLICAZIONE (TARGET)E CRITERI DI INCLUSIONE E ESCLUSIONE
- INFERMIERE CASE MANAGER
- IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E GLI INDICATORI
 - APPLICAZIONE DEL PERCORSO, SCOSTAMENTI

The Continuum of Health Care



Progettazione del piano assistenziale *olistico bio-psico-sociale*



Addressing the total individual, inclusive of medical, psychosocial, behavioral, and spiritual needs.

approccio assistenziale totale, che offra anche la possibilità di esercitare il bisogno spirituale

Increasing involvement of the individual and caregiver in the decision-making process.

Favorire il paziente nel processo decisionale

Minimizing fragmentation of care within the health care delivery system.

Minimizzare la frammentazione delle cure all'interno dell'ospedale, ma anche sul territorio

Using evidence-based guidelines, as available, in the daily practice of case management.

Utilizzo di linee guida basate su prove di efficacia

Progettazione del piano assistenziale *olistico bio-psico-sociale*



Facilitating client access to necessary and appropriate services while educating the client and family or caregiver about resource availability within practice settings

Facilitare l'accesso del paziente e della famiglia ai servizi principali fornendo loro una educazione pratica

Promotion of the client's self-determination, informed and shared decision-making, autonomy, growth, and self-advocacy

Promuovere l'autonomia, la decision making e l'auto cura

Recognition, prevention, and elimination of disparities in accessing high-quality care and client health care outcomes as related to race, ethnicity, national origin, and migration background; sex, sexual orientation, and marital status; age, religion, and political belief; physical, mental, or cognitive disability; gender, gender identity, or gender expression; or other cultural factors

Prevenire, eliminare le differenze agli accessi alle cure in relazione al sesso, razza religione, fattori culturali, fattore mentali, disabilità cognitive...

**Servono organizzazioni
basate su
una rete di servizi per la salute mentale
comunitaria
efficace, efficiente, appropriata, adeguata
ed
orientata alla recovery**

Integrazione
(molte discipline)



Comunicazione

Garanzia
di una rete di
servizi assistenziali
alternativi al ricovero

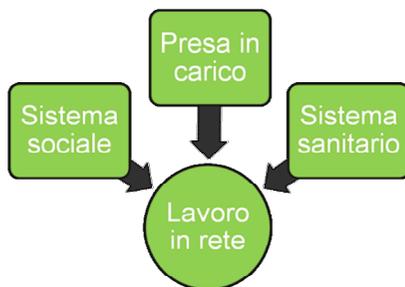
Condivisione
di un approccio
Scientifico
(EBP - EBN - EBM)

“Anticipazione”
(nursing d’iniziativa)

Metodo

Da Taylor
(segmenti di
percorso) alla
gestione di
processi

L'infermiere attiva
risorse in un
sistema a rete



L'Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina attraversa la vita dei singoli e delle comunità in un rapporto dinamico, sinergico e continuo.

Sviluppo autonomia
possibile

**Centralità
della
persona
e dei suoi
diritti**

Ma...

Non dovevamo parlare di

CONTENZIONE????

Allora chiediamoci...

... tutti i cittadini hanno diritto alle
cure e all'appropriatezza delle
cure...
proprio tutti?

A prescindere...?



Oggi più che mai, abbiamo bisogno di scelte
professionali responsabili, supportate da riflessione
etica e fondate sull'evidenza scientifica

Hospital
Gregorio
Marañón



~~im~~possible.

SALUTE MENTALE (2005 OMS)

- **trend epidemiologico in costante aumento**
- **450 milioni di persone con disturbi mentali**
- **solo 9% riceve cure adeguate**
- **4 % PIL**
- **85% dei finanziamenti assorbiti dalle istituzioni psichiatriche**
- **62% posti letto psichiatrici si trovano in manicomi**

SALUTE MENTALE (Conferenza Ministeriale Europea)

abbandonare i manicomi

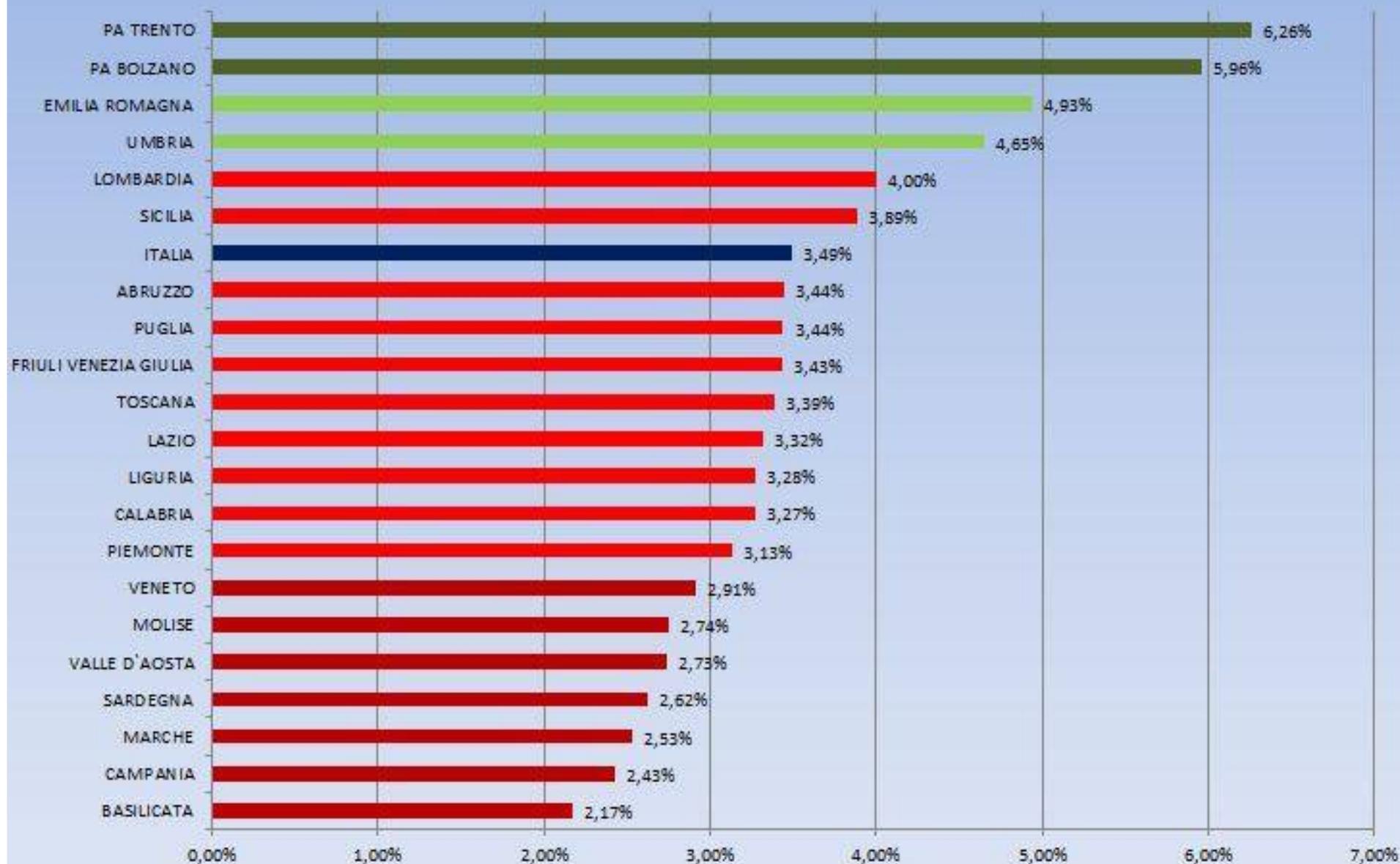
creare servizi territoriali a bassa soglia

attribuire al ricovero ospedaliero un ruolo secondario e circoscritto

**accessibilità 24 ore al giorno
7 giorni su 7**

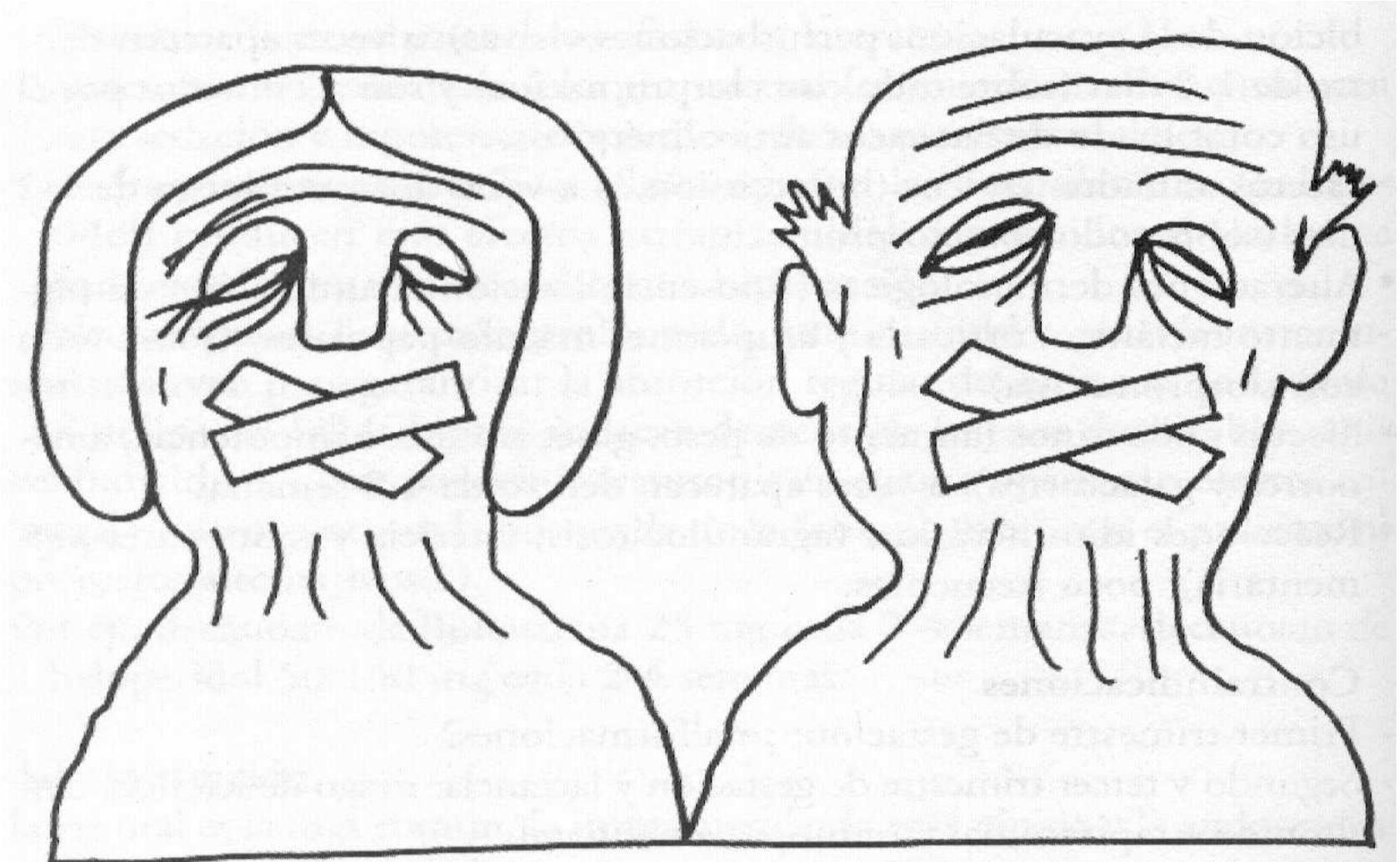
pratiche evidence-based

Spesa per la salute mentale in % della spesa sanitaria



F. Starace, 2016. Elaborazione su dati Ministero Salute, 2016 e Conferenza Stato-Regioni-PPAA, 2015

... ancora oggi ...



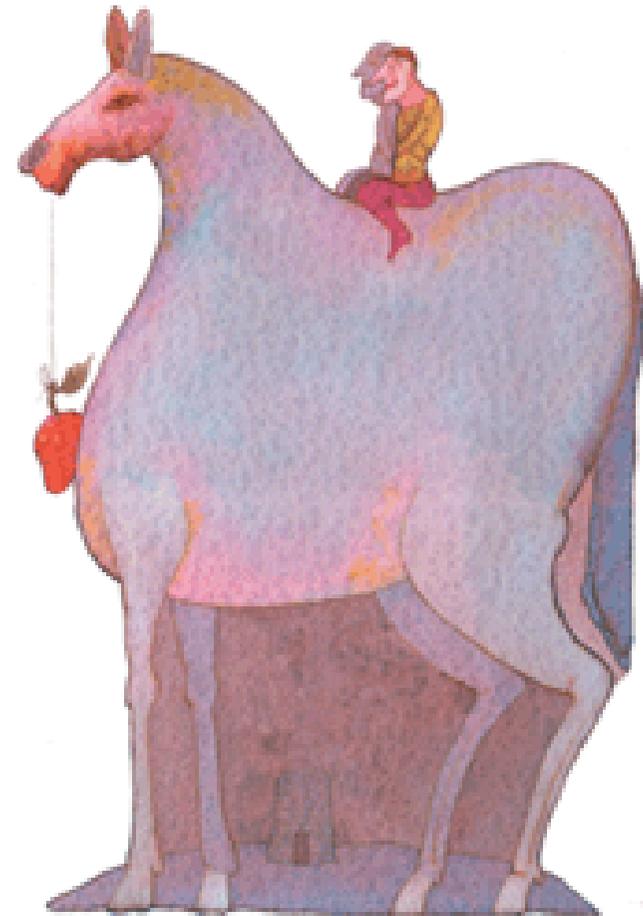
Alcune parole chiave...
purtroppo sempre attuali!

Libertà
Dignità
Diritti di
cittadinanza
Responsabilità
Democrazia...
freedom is therapeutic



*Se cominciamo con abolire la **contenzione** inneschiamo un circolo virtuoso che ci porta e induce*

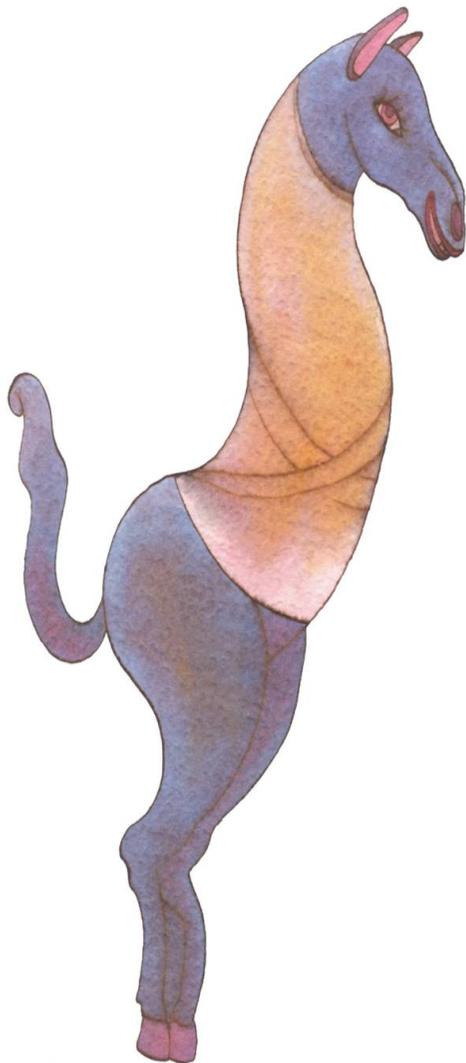
Cure efficaci ed appropriate in Salute Mentale



L'organizzazione può curare... o abbandonare



La risposta comunitaria H24 resta dirimente



OMS 2005:

- *“rete di servizi di comunità”*
- *“Progettare e realizzare servizi specialistici di comunità accessibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, con équipes multidisciplinari”*
- *“fornendo servizi nei luoghi in cui le persone vivono e lavorano”*

Unione Europea “Libro Verde” 2005:

- *“servizi comunitari devono essere offerti nei luoghi di vita delle persone ... crisi”*
- *“Servizi in rete accessibili 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, integrati, efficienti, in grado di offrire prevenzione, cura e riabilitazione”*

UNASAM:

- *“...in tutte le regioni vengano definiti i dipartimenti di salute mentale con i centri di salute mentale aperti 24 ore su 24 con alcuni posti letto per evitare il più possibile i ricoveri ospedalieri...”*

**ITALIA circa
700 CSM (1, 83 CSM/150.000 ab.)
MA...
LAVORO IPERSPECIALISTICO
PRESTAZIONI PUNTUALI E SETTORIALI
PICCOLI AMBULATORI**

la rete è chiamata a
**riconoscere e
intercettare il
bisogno e la
domanda**

a non rinviare
a proporre
comunicazioni
risposte

e
servizi armonici
accoglienti
coerenti
non dissonanti
non antagonisti



Criteria e principi della pratica comunitaria

- **Responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale**
- **Presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda**
 - **Accessibilità**
 - **Continuità delle cure**
- **Centralità della crisi nel servizio territoriale**
 - **Globalità/integrazione**
 - **Lavoro d'équipe**
 - **Case-management**



Centralità della crisi nel servizio territoriale

- **evitare l'ospedalizzazione**
- **alternative** di gestione della crisi (domicilio e CSM 24 ore)
- Organizzazione che previene, intercetta, fronteggia, proattiva verso la crisi e le urgenze
- T.S.O. in CSM H24



LR FVG 23 dic 1980 N.72 “Disciplina delle funzioni per la tutela della salute mentale”

art. 13: *"l'attività di diagnosi e cura psichiatrica si esplica di norma a domicilio del paziente e presso le strutture territoriali del dipartimento, a tempo parziale o in modo continuativo, compreso i trattamenti sanitari obbligatori che non richiedono degenza ospedaliera).*

L'operatività e la filosofia di un servizio
comunitario per la salute mentale devono
mirare a...

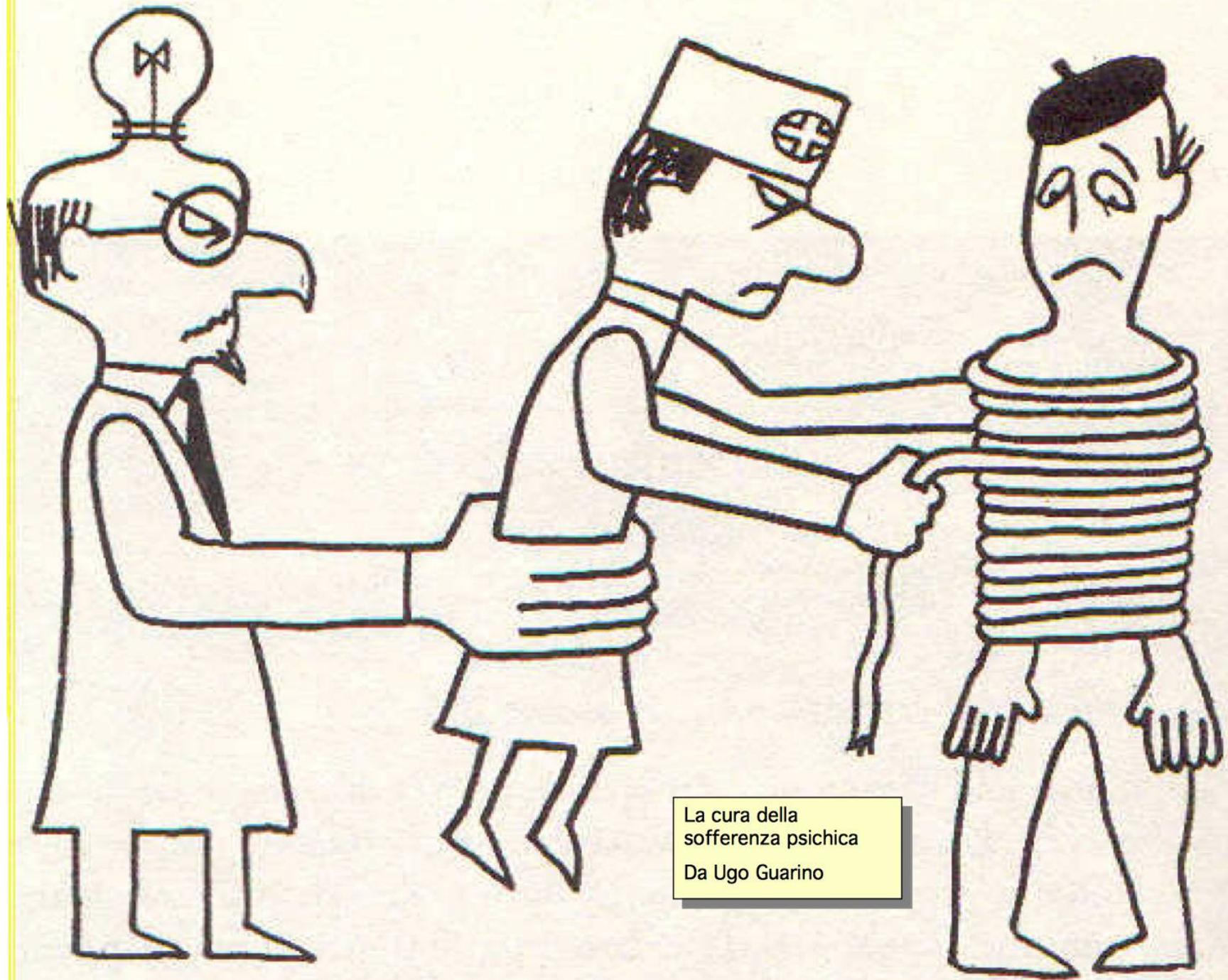
trasformare

il BISOGNO di SALUTE
in
DIRITTO alla SALUTE
e
la RISPOSTA ai BISOGNI in
GARANZIA dei DIRITTI



La
FUNZIONE
deI'INFERMIERE
è
RENDERE
ESIGIBILI i DIRITTI



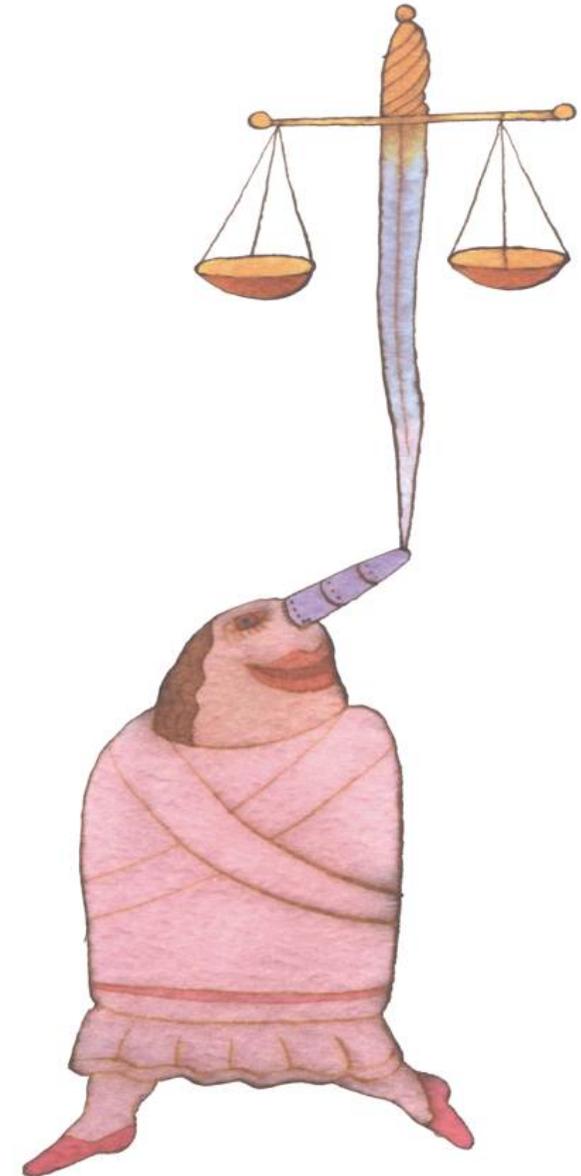


La cura della
sofferenza psichica
Da Ugo Guarino

Cura, organizzazione e ruolo: l'infermiere è compromesso

**...gli infermieri sono la colla,
troppo spesso invisibile,
ma reale,
che tiene assieme il complesso
sistema dell'assistenza...**

Patricia Benner



Nursing e salute mentale: le scelte e gli strumenti della cura

COMPROMISSIONE

NURSING ABILITANTE

ACCOGLIENZA

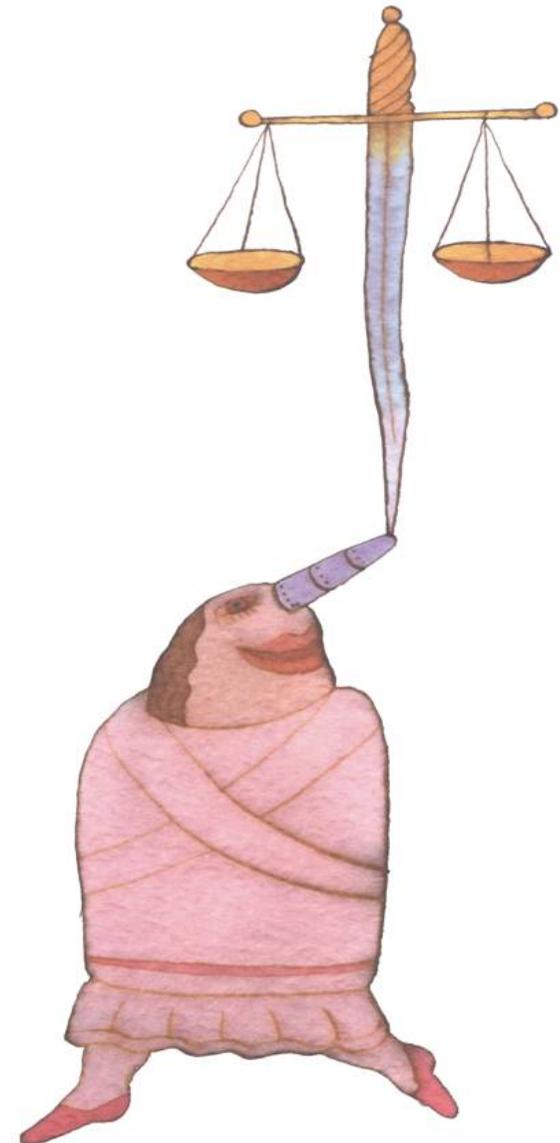
PRESA IN CARICO

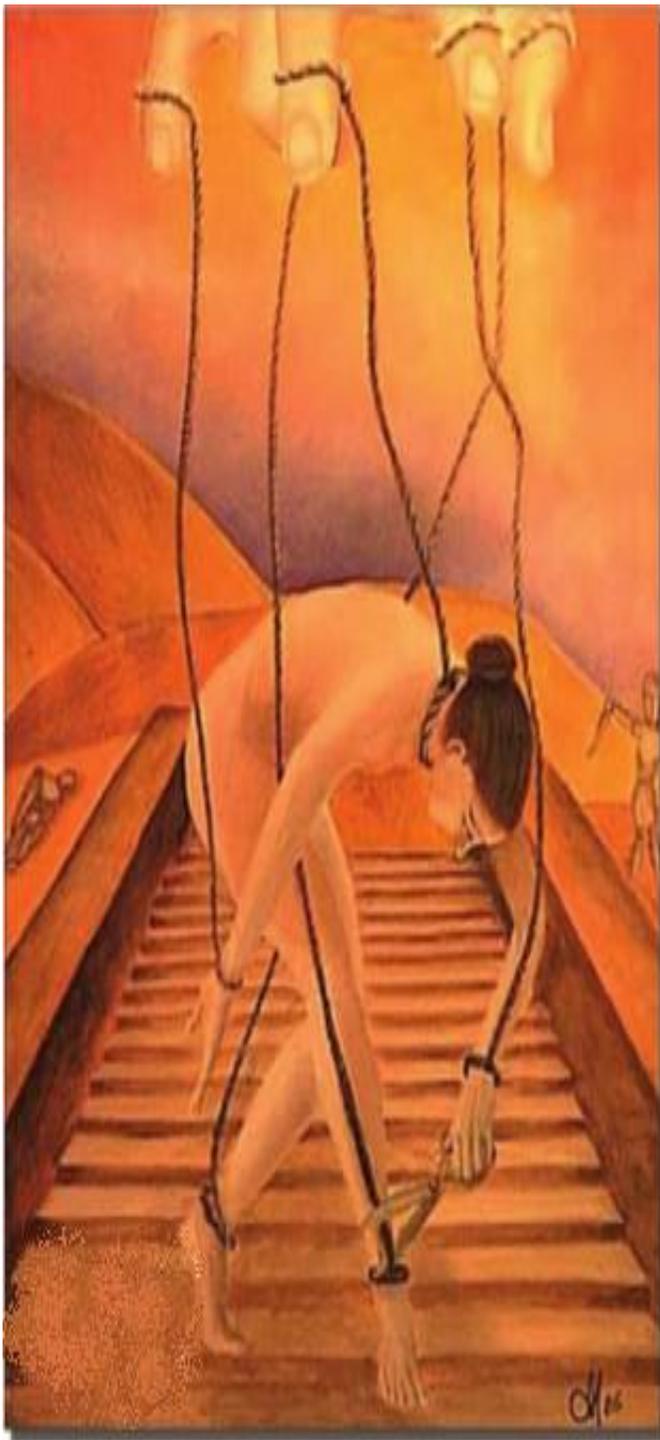
PROGETTO DI CURA INDIVIDUALE

CONTINUITA' DELLE CURE

**PEDAGOGIA DEL RISCHIO
RESPONSABILITA'**

CULTURA DELLA POSSIBILITA'





Dalla *logica*...

- | del **controllo** alla **cura**
- | della **protezione** al **sostegno**
- | della **ri-abilitazione** all'**abilitazione**
- | della **sicurezza** alla **responsabilità**
- | della **standardizzazione** alla **personalizzazione**

alla soggettività...

... alla *possibilità* di scegliere...

Nessuna necessità di essere legati

La contenzione...

Non risponde ad alcun bisogno

Non previene

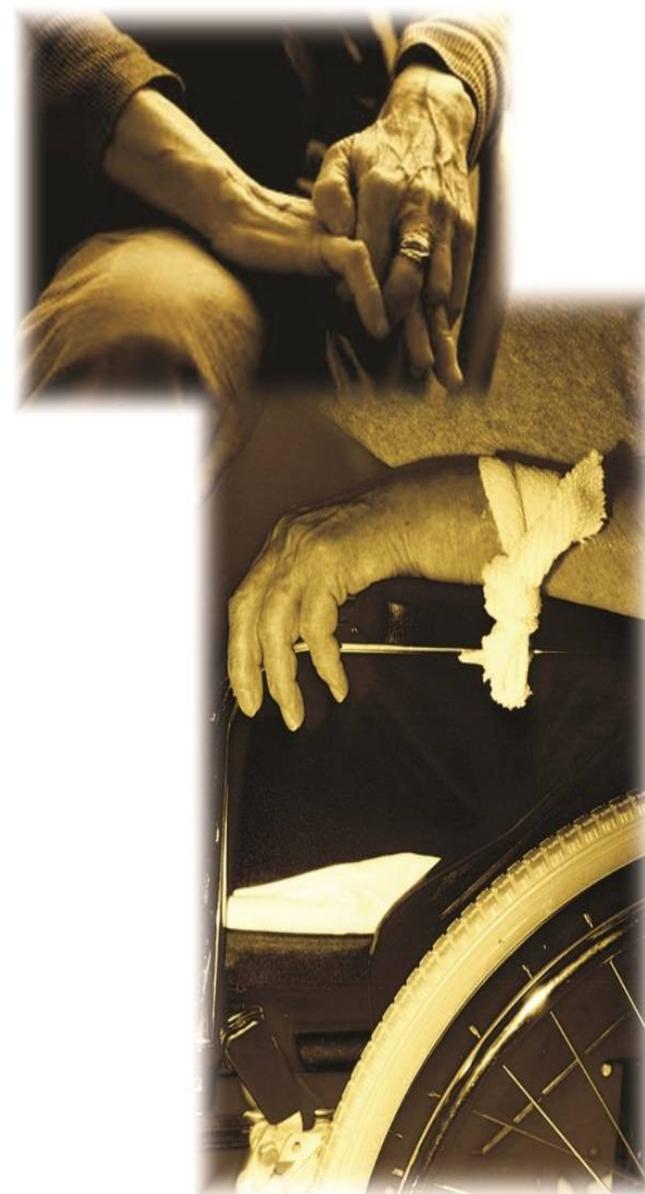
Non cura

Non fa diagnosi

Non è terapeutica

Disabilita

E' causa di gravi complicanze



Contenzione
non è
atto sanitario

Se la contenzione non è atto sanitario...

- La contenzione **non può essere prescritta**
- La contenzione **non può essere protocollata**
- La contenzione **non può essere oggetto di linee guida**



Vincere o convincere?

Un cambiamento culturale è di certo avvenuto
dall'avvio del processo della lotta alla contenzione e alle
cattive pratiche assistenziali

Il massaggio “è passato”

La pratica è diffusa e condivisa



**contro
la contenzione**

NON CONTENERE:
SI PUO', SI DEVE!

**si può
e si deve!**

garantire sempre **l'articolo 13** della Costituzione



Abbiamo bisogno di
**Scelte professionali
responsabili**
basate su **competenze**
supportate da **evidenze**
fondate su principi **etici**
rispettose della **legge**
con obiettivi **per** i cittadini
al servizio dei cittadini

2006-2017 IL PROGETTO PER COMBATTERE LA CONTENZIONE



Scopi e metodi

Denuncia del fenomeno sommerso e diffuso

Promozione pensiero e approccio critico:

contenzione non è atto sanitario

Garanzia dei diritti e della dignità

Garanzia delle abilità

Dare voce ai cittadini anziani e fragili

Coinvolgere le agenzie della comunità

Attività di formazione

Attuare cambiamenti organizzativi di carattere multidisciplinare, multiprofessionale, strutturale

2006-2017 IL PROGETTO PER COMBATTERE LA CONTENZIONE

Azioni di intervento

Indagine e monitoraggio del fenomeno 2004-2006

Convegno 2006: denuncia del fenomeno

Istituzione di una commissione aziendale

Confronto e definizione di una tesi condivisa a livello professionale, giuridico, medicolegale, amministrativo e politico-comunitario

Formazione "partecipata e attiva"

Condivisione della mission

Integrazione delle pratiche

Coinvolgimento di realtà diverse

Coinvolgimento opinione pubblica



2006-2017 IL PROGETTO PER COMBATTERE LA CONTENZIONE



Risultati

Emergenza del fenomeno a livello nazionale

Sensibilizzazione dell'opinione pubblica

Attuazione di approcci innovativi nel campo assistenziale

Organizzazione e partecipazione ad eventi formativi

Pubblicazione di testi e articoli

Eliminazione delle diverse forme di contenzione nelle strutture residenziali della provincia di Trieste

Coinvolgimento degli ordini professionali

Coinvolgimento della Magistratura e delle forze dell'Ordine locali

Coinvolgimento Università di Trieste

Coinvolgimento associazioni assistenza condivisa 2017

Una comunità libera da contenzione...



PROGETTO PER COMBATTERE LA CONTENZIONE 2014-2017

Nasce il sito

«Trieste libera dalla contenzione»

www.triesteliberadacontenzione.wordpress.com



Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina
In collaborazione con
l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Trieste

Promotori di modelli assistenziali liberi da pratiche di contenzione meccanica, farmacologica ed ambientale

Direzione DSM, via Weiss, 5 - Trieste

L'evento formativo è dedicato al personale che coordina e/o garantisce l'assistenza alle persone anziane e ai soggetti fragili di ogni età accolti in strutture residenziali per anziani della provincia di Trieste (strutture protette, case di riposo polifunzionali, RSA ecc.). Si svolge in due edizioni secondo il seguente calendario:
prima edizione 9 e 10 novembre 2015, ore 13.30 - 16.30 (dibattito e fine lavori ore 17)
seconda edizione 15 e 16 dicembre 2015, ore 13.30 - 16.30 (dibattito e fine lavori ore 17)

Presentazione

La contenzione viola diritti sanciti dalla Costituzione Italiana. Tuttavia, ancora oggi viene drammaticamente praticata nonostante l'ampia letteratura scientifica internazionale evidenzia la valenza altamente disabilitante e l'aumento fortemente significativo di danni rilevanti psicologici e fisici quali: le infezioni; le lesioni da decubito; le traumatologie sia direttamente conseguente all'immobilizzazione indotta e forzata sia dal tentativo della persona "oggetto" della contenzione di liberarsi dalla stessa; ecc.

Molta letteratura scientifica evidenzia che la sola riduzione delle pratiche di contenzione migliora significativamente la qualità dell'assistenza e riduce l'impatto negativo dei tanti effetti collaterali. Malgrado ciò, sono poche le realtà e le organizzazioni che si chiedono come evitare la contenzione, la maggior parte si domanda come farla. Spessissimo la si prescrive, quasi fosse un farmaco, su ricetta e/o in cartella clinica. La contenzione si associa con altre pratiche assistenziali non congrue con l'auspicata alleanza terapeutica. Essa è un retaggio della cultura manicomiale e prestazionale centrata sull'organo e sulla patologia e non sulla persona. Eliminare la contenzione è battaglia etica, giuridica, deontologica, professionale, scientifica e di buon senso.

Obiettivi dell'evento

- a) discutere di questioni a forte valenza etica e deontologica per arrivare ad eliminare la contenzione;
- b) promuovere la capacità di mettersi nei panni dell'altro e di costruire l'alleanza terapeutica e la presa in carico;
- c) spostare l'attenzione dalle manifestazioni comportamentali della persona verso la lettura attenta e sensibile del bisogno e le cause reali del disagio e del disturbo;
- d) mettere in discussione le culture organizzative e le pratiche assistenziali;
- e) analizzare e sviluppare competenze finalizzate alla gestione delle relazioni critiche;
- f) fornire esempi concreti di metodi e strategie alternative a supporto di un'assistenza abilitante offrendo anche contributi deontologici, medico legali e giuridici.

Al partecipante sarà rilasciato un certificato di accreditamento quale: «*promotore di modelli assistenziali liberi da pratiche di contenzione meccanica, farmacologica ed ambientale*»

CERTIFICATO DI COMPETENZE

In servizio presso la struttura

E' PROMOTORE DI MODELLI ASSISTENZIALI LIBERI DA PRATICHE DI CONTENZIONE



Le sue competenze sono in accordo e sintonia con l'art.13 e l'art. 32 della Costituzione Italiana e con le evidenze scientifiche. Dette competenze sono state consolidate con un percorso di formazione realizzato da:

Francesco dr. Antoni, *Giudice presso il Tribunale di Trieste.*

Claudio dr. Pandullo, *Presidente dell'Ordine dei Medici di Trieste.*

Pier Riccardo dr. Bergamini, *Medico Legale, Dipartimento di Prevenzione dell'AAS1 Triestina.*

Maila dr.ssa Mislej, *Direttore SC servizio Infermieristico Aziendale di AAS1 Triestina.*

Livia dr.ssa Bicego, *Presidente della Commissione di AAS1 per l'eliminazione delle pratiche di contenzione e Dirigente infermieristica, Dipartimento di Salute Mentale, AAS1 Triestina*

Direttore Sanitario

Dr.ssa Emanuela Fragiaco

Dirigente Servizio Infermieristico

Dr.ssa Maila Mislej

Trieste 10 Novembre 2015

Dai matti agli anziani Trieste esporta la nuova liberazione

L'Ass 1 è la prima d'Italia ad aver abolito la contenzione
Missione brasiliana in città per studiare il modello

di **Lorenza Masè**

La realtà di un anziano solo, non autosufficiente in una casa di riposo, è lasciata ai margini della nostra vita quotidiana. È il delicato tema del rischio di una regressione dei diritti che accompagna la vecchiaia e il bisogno invece, nonostante la condizione di fragilità, di continuare ad essere trattato come persona.

Ma la forza dell'esperienza della deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale ha trainato un'altra rivoluzione culturale, sempre a Trieste, questa volta nel campo dell'assistenza agli anziani. «Trieste - ha dichiarato Milla Mislej, direttore del servizio infermieristico aziendale dell'Ass 1 - è la prima città italiana che non pratica più la contenzione nelle circa 80 case di riposo pubbliche e private del territorio, con circa 3 mila anziani».

La contenzione è una cattiva pratica ancora oggi ampiamente diffusa a livello europeo, così come in Italia, nonostante violi l'articolo 13 della nostra Costituzione che sancisce che la libertà personale è inviolabile, tutelando il nostro diritto a non essere contenuti, a non essere legati e il diritto di potersi muovere liberamente. La contenzione può essere meccanica: la pratica cioè di legare gli anziani ai letti facen-



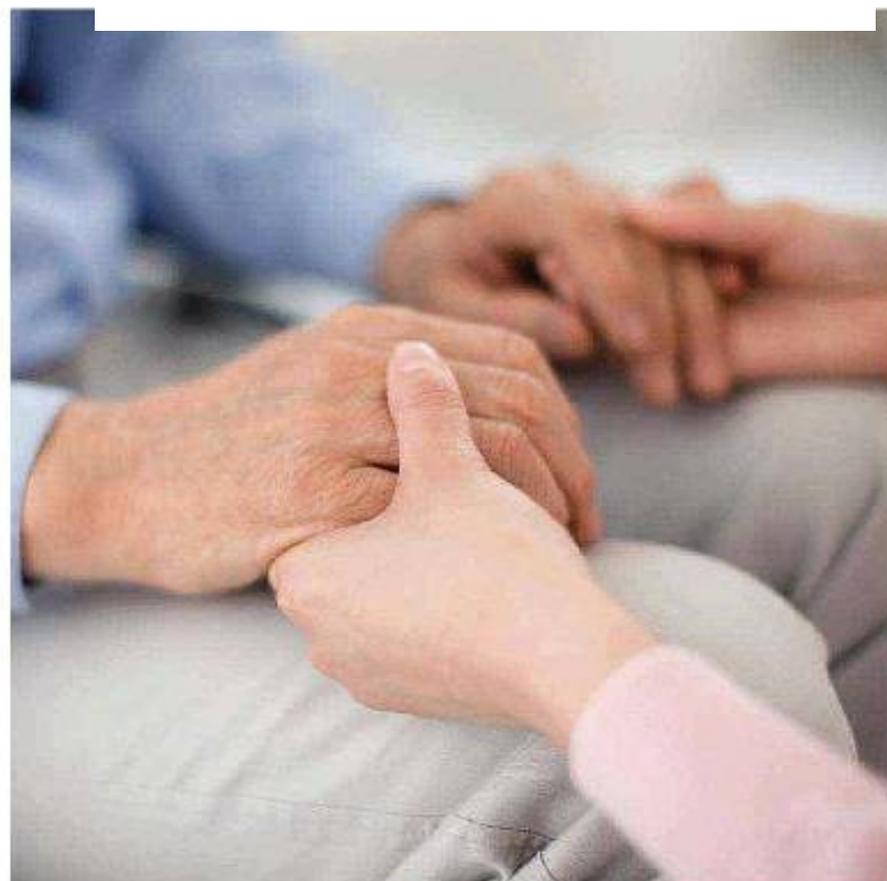
Fabio Cimador, Arianna Kassiadou Menezes e Milla Mislej

do ricorso a fasce, letti di contenzione o bandine. Farmacologica: un iper dosaggio di medicinali con l'obiettivo che le persone non disturbino e non creino disagi. Ambientale: la tendenza a recludere le persone all'interno della casa di riposo.

«Oggi, oltre che per la riforma psichiatrica - ha proseguito Mislej - cominciamo ad essere conosciuti perché Trieste non lega gli anziani né nei servizi né nelle case di riposo». Una rivoluzione iniziata nove anni fa nel comparto infermieristico e accolta dalle strutture mediche con l'istituzione di

una Commissione di monitoraggio e che oggi inizia ad essere studiata anche fuori dal nostro Paese. La dottoressa Arianna Kassiadou Menezes, medico geriatra dell'Universidade Federal Fluminense di Niterói città brasiliana vicino Rio de Janeiro, ha trascorso tre settimane nella nostra città e visitato una decina tra le case di riposo del territorio.

«La situazione della lotta alla contenzione in Brasile è attualmente ad uno stadio iniziale - ha dichiarato Kassiadou Menezes - la volontà è quella di esportare il modello triestino e di iniziare un per-



La "liberazione" degli anziani dalla contenzione è l'ultima battaglia della sanità triestina

corso di sensibilizzazione per la lotta a favore della cultura della non contenzione degli anziani, a livello politico, organizzativo, culturale». «Credo fermamente - ha concluso il medico brasiliano - che Trieste dovrebbe essere conosciuta nel mondo non solo per la psichiatria, ma anche come modello assistenziale per l'anziano».

Anche il Brasile si confronta con il progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento consistente nell'ultimo periodo, oggi gli anziani sono 20 milioni e presto toccheranno quota 35 milioni su

una popolazione di 200,4 milioni. Il prossimo passo sarà la firma di una convenzione con l'Universidade Federal Fluminense di Niterói, affinché ci sia uno scambio di professionalità, per esportare le buone pratiche triestine.

Fabio Cimador, coordinatore infermieristico residenze convenzionate del Distretto 1, oggi è il responsabile della diffusione dell'esperienza di cambiamento delle pratiche in relazione alla contenzione ed è stato il ponte tra Trieste e il Brasile, ha raccontato: «Un anno fa ho iniziato a discutere di contenzione, cattive e buo-

ne pratiche, con le dottoresse Kassiadou e Néli da Redondo sociologa argentina. Lo scambio - ha proseguito Cimador - ci ha portato all'istituzione di un gruppo di discussione/scambio denominato "Triplice Alleanza" (Trieste, Brasile, Argentina). Cimador nel 2014 ha realizzato una conferenza all'Università Federale Fluminense di Niterói, per esporre i modelli e i risultati della Sanità Triestina nel contrasto alla Contenzione e recentemente è stato nominato consulente del ministero dell'Educazione del Brasile».

Pag 8 "...le città, come Trieste, "libere da contenzione", che si impegnano a evitare di legare le persone..." si cita AAS1 e sindaco Trieste

numerosi e chiari passaggi di condanna della contenzione

pag 21 citati i due testi contro le pratiche di contenzione prodotti dal gruppo

Pag 21 dati dell'indagine svolta nelle case di riposo di Trieste nel 2006

Prese di posizione molto più chiare che nel precedente "Bioetica e diritti degli anziani" ed ancor di più rispetto al documento sulle Raccomandazioni per la prevenzione della contenzione in psichiatria elaborato dalla Conferenza delle Regioni nel 2010. Il documento conclude raccomandando alle regioni di: incrementare ricerca ed indagini sul fenomeno diffuso e sommerso, • monitorare, vigilare, valutare, innovare con "standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no-restraint" **Si raccomanda di predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione** Si sostiene che se esistono realtà che l'hanno fatta ad eliminare la contenzione significa che si può! Manca il passaggio che "se si può, si deve"... ma ci stiamo avvicinando!



Presidenza del
Consiglio dei
Ministri

LA
CONTENZION
E PROBLEMI
BIOETICI

23 APRILE
2015

22 GEN 2016

Contenzione nelle strutture sanitarie. In Friuli Venezia Giulia si prepara una raccomandazione per superarla. Lo ha annunciato l'assessore alla Salute, Sandra Maria Telesca, intervenendo ieri in Commissione sanità del Consiglio. L'obiettivo è sviluppare tra gli operatori la capacità di valutare il paziente, rivalutarlo nel tempo e far emergere le situazioni di rischio prima di usare la pratica della contenzione.

La riforma della sanità sotto esame

La maggioranza fissa una verifica a giugno indicando le 17 priorità. In cima l'intesa con le Università e il taglio dei doppioni

di Diego D'Amelio
TRIESTE

Sarà giugno il punto di non ritorno della riforma sanitaria, il momento in cui i progressi andranno pesati e con essi la capacità dell'assessore alla Salute, Maria Sandra Telesca, di portare a casa gli impegni e dimostrare che la riorganizzazione tiene il passo. Il centrosinistra ha fissato la verifica a inizio estate mettendo nero su bianco in riunioni riservate una serie di priorità che consentano «una valutazione oggettiva sullo sviluppo o meno della riforma». Come a dire che giugno dovrà segnare la presa d'atto di un processo in cammino o del necessario cambio di marcia.

L'iniziativa sarebbe partita dal gruppo regionale Pd dove più di qualcuno si dice «preoccupato» da un andamento ritenuto lento. Ma la giunta pare non temere esami sull'avanzamento dei lavori che diranno molto anche sulla traduzione pratica del nuovo corso da parte dei direttori sanitari. Il «Piano d'azione a breve termine» si compone di diciassette tappe da raggiungere non oltre metà anno, ma la prima preoccupazione è presentare al meglio all'esterno «il tema delicato del finanziamento complessivo, su cui è difficile eludere la necessità di sostenere il processo di riforma con ulteriori finanziamenti in questa fase, mentre si accentuerebbe l'attenzione sui risparmi nel medio periodo». Risparmi derivanti tuttavia da razionalizzazioni non sempre gradite a territori e personale, come dimostrano le polemiche sulla riduzione dei primari, lo scontro sui punti nascita di Palmanova e Latisana o le proteste sul laboratorio del Burio.

La priorità è concludere presto l'intervento su due punti che riservano non poche tensioni



Operatori dell'«118»

da una parte, la stipula dei protocolli d'intesa Regione-Università, che portano con sé i timori dei medici ospedalieri di Trieste e Udine di subire il controllo dell'accademia; dall'altra, l'eliminazione dei doppioni am-

ministrativi almeno nella Aas 2, 3 e 5», con i conseguenti malumori degli uffici assorbiti nell'operazione, con Trieste per ora fuori dal gioco. Il documento mira poi a evidenziare ulteriormente «la volontà di rafforzamento del si-

stema sanitario territoriale», impegnando le parti a «rendere visibili i passaggi di funzioni, poteri, risorse su almeno alcune attività specialistiche dalle strutture ospedaliere ai distretti», che dovranno governare i percorsi di



Maria Sandra Telesca

IL PIANO D'AZIONE

È il documento nato dai «timori» sull'attuazione della legge

riabilitazione dei pazienti, anche se svolti in parte in ospedale. Alle Aziende si chiederà dunque di dare riscontri chiari sulla continuità terapeutica ospedale-territorio, all'interno del meccanismo che sta gradualmente

spostando risorse dal primo al secondo e che richiede di non lasciare passaggi scoperti. Cellula del nuovo sistema saranno i Centri per l'assistenza primaria i cui rapporti con i distretti andranno indicati con «maggiore chiarezza». Entro giugno, questi poliambulatori territoriali dovranno essere sviluppati in «un certo numero» e dotati di attrezzature per la diagnostica e adeguato numero di specialisti, infermieri, fisioterapisti e altri operatori, «anche indipendentemente dal completamento della negoziazione contrattuale con i medici di famiglia», in molti casi freddi davanti alla riforma.

L'accordo pone quindi l'accento sull'aggiornamento: sempre entro giugno si prevedono l'istituzione di un master di secondo livello per i dirigenti di strutture complesse e direzioni strategiche, l'attivazione dei corsi per il personale delle Ass, la revisione dei compiti dell'ente di formazione dei medici di famiglia. Né viene trascurato l'impegno a realizzare entro metà anno almeno una parte dell'evoluzione informatica, con la dematerializzazione delle ricette, la reperibilità in rete dei referti e la messa a disposizione su internet dei tempi d'attesa del pronto soccorso. L'intesa prevede inoltre l'avvio di una commissione per il contrasto della contenzione meccanica degli assistiti nei servizi sanitari, nelle residenze e nelle case di riposo. E ancora l'attivazione delle strutture previste per la neuropsichiatria infantile, l'emanazione di linee guida sul funzionamento dei consultori familiari e la definizione dei settori della sanità in cui sviluppare la cooperazione internazionale e transfrontaliera. Un piano dalle molte facce, che giugno dirà se realizzato interamente o meno.

IL PICCOLO 1 FEB 2016

... tra le 17 priorità della riforma sanitaria in FVG... «L'intesa prevede inoltre l'avvio di una commissione per il contrasto della contenzione meccanica degli assistiti nei servizi sanitari, nelle residenze e nelle case di riposo.»

IN GIUNTA FVG

**Sicurezza delle strade
interventi per 3,7 milioni**

UDINE - (AL) Su proposta dell'assessore alle Infrastrutture Maria Grazia Santoro, la Giunta ha approvato la destinazione di 3,7 milioni ad integrazione dei trasferimenti già previsti nel 2016 (19,5

milioni) a Fvg Strade per il piano di manutenzione della viabilità, con l'obiettivo di accrescere la sicurezza e ridurre l'incidentalità. Di questi fondi, 2,686 milioni serviranno a ridurre significativamente la percentuale di tatti in cosiddetto «codice rosso» secondo la programmazione prevista nel piano temporale 2016-2018. Dal 2014, spiega Santoro, «abbiamo una completa mappatura della rete stradale che è aggiornata con il monitoraggio dello stato di

fatto e con i dati di incidentalità. L'Esecutivo, sempre su proposta dell'assessore Santoro, ha deliberato l'assegnazione di un milione per l'attività di promozione turistica dell'aeroporto Fvg, un'attività che «si integra con le strategie di PromoTurismo Fvg». Tra agosto 2015 e luglio 2016, si è registrato un «+2,5% nei turisti in regione provenienti dai voli da Milano, +10,4% in quelli provenienti da voli da Roma rispetto all'anno precedente. Da agosto

2015 a marzo 2016 cresciuti (9,5%) anche i turisti provenienti da voli da Napoli. Su proposta dell'assessore all'Istruzione Loredana Panariti, la Giunta ha anche approvato il Programma triennale delle attività di orientamento 2016-2018, per aumentare nei giovani e negli adulti il tasso di istruzione, e quindi di occupabilità, superando la frammentazione delle proposte formative.

Il riproduzione riservata

www.gazzettino.it
il tuo quotidiano on line

FRIULI

L'APPUNTAMENTO

UDINE. In via del Ponte 8 alle 10.30 convegno "Il circolo delle imprese nel tempo della crisi: politiche del governo, situazione Fvg, proposte di "Confartigianato", con il vicesegretario Orlando.

IN AGENDA

UDINE. In fiera è prevista per la giornata di oggi l'apertura di "Expo elettronica", la fiera dell'elettronica. L'esposizione si concluderà domani.

LIGNANO. Alla Torretta a Mare è in cantiere per la giornata di oggi le "Seize south european Championship" per il 60. anniversario di costituzione dello Yacht Club Lignano.



GIUNTA REGIONALE Delibera dell'assessore Telesca con una forte raccomandazione alle strutture

Sanità, mai più pazienti legati

Maurizio Bait

NOSTRO INVIATO

«Guai negare la libertà personale, ecco tutti i rimedi senza ricorrere alla forza»

TRIESTE - Mai più strumenti di contenimento nella Sanità del Friuli Venezia Giulia. È lo scopo dichiarato dalla Regione, la cui Giunta ha approvato una delibera dell'assessore alla Salute, Maria Sandra Telesca, che sostanzia una forte raccomandazione a tutte le strutture sanitarie sul territorio.

A decenni di distanza dal coraggioso urlo rivoluzionario di Franco Basaglia - «La libertà è terapeutica» - si punta a mettere definitivamente al bando la pratica di legare, bloccare, limitare, zittire il paziente difficile, che non sa stare alle regole di convivenza con gli altri pazienti e con il personale e che, talvolta, si rende aggressivo e pericoloso per sé e per gli altri.

La raccomandazione, frutto di un meticoloso lavoro di riflessione corale e integrazione di competenze fra Regione, strutture sanitarie, forze dell'ordine e magistratura (la Procura di Pordenone e la Procura generale di Trieste), mira a garantire a tutti i pazienti «comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana», sia nelle strutture pubbliche che in quelle private convenzionate.

Al di là dei potenziali aspetti penali di condotte che limitino la libertà individuale, il documento sottolinea che «i professionisti e gli operatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali devono essere in grado di valutare le situazioni di rischio ambientale e della persona assistita e di intraprendere le relative azioni finalizzate alla diminuzione del rischio di comportamenti lesivi e di altre turbe del comportamen-

to». Con tale premessa e con l'obbligo di annotare tutto nella cartella clinica, la raccomandazione elenca i casi di maggiore frequenza e i relativi, opportuni

comportamenti del personale. Ad esempio in caso di agitazione psicomotoria o anche di tentativi di fuga, si consiglia di predisporre «uscite mimetizzate o comunque dotate di allarmi



o codici d'accesso», ma soprattutto di «distogliere l'ospite dal fattore scatenante dando significato al tempo delle persone». Opportuno, poi, predisporre «un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo come televisori o radio e senza oggetti potenzialmente pericolosi». Bene sarebbe anche dotarsi di «spazi di sicurezza ben illuminati e con poche suppellettili, dove l'ospite possa camminare senza rischi».

Se, invece, si manifestassero alterazioni del ciclo sonno-veglia, la Regione raccomanda di «ridurre quanto più possibile i

tempi» nei quali il paziente sta a letto di giorno, garantendo «maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale» e valutando possibili «cause dell'insonnia, come dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate o troppa luce».

Può anche succedere un caso di delirio o di allucinazioni: in tale evenienza, «non criticare né negare la situazione vissuta dalla persona» ed «evitare di commentare o banalizzare la sua situazione». Anzi, occorre «assumere un atteggiamento empatico», intervenire dove serve con trattamenti di tipo sanitario, fare controlli frequenti e coinvolgere i familiari del paziente e il loro diritto alla piena e puntuale informazione assumono, nella raccomandazione regionale, un ruolo di assoluta preminenza.



LIBERTÀ TERAPEUTICA | Franco Basaglia e, nel fondo, Maria Sandra Telesca

SANITÀ/ 2 Recepte le indicazioni nazionali. Ai sodalizi riconosciuti rimborsi in misura uniforme
Sangue, nuova alleanza con le associazioni dei donatori

UDINE - Nuovo elenco delle attività che le associazioni dei donatori di sangue devono garantire sul territorio regionale a fronte di rimborso pubblico e nuovo schema di convenzione. Li ha approvati ieri la Giunta regionale, su proposta dell'assessore alla Salute Maria Sandra Telesca, recependo così l'accordo tra Stato e Regioni di aprile.

Un accordo che ha dovuto tener conto delle nuove direttive europee a garanzia dei livelli essenziali di assistenza per le attività trasfusionali, «le quali - ha

sottolineato l'assessore - comportano sempre più il responsabile coinvolgimento e impegno delle associazioni e federazioni di donatori volontari di sangue nel raggiungimento degli obiettivi di programmazione, autosufficienza, sicurezza e qualità». Nei documenti approvati ieri si prevede, tra l'altro, che le nuove convenzioni abbiano una durata di tre anni; si fissano i rimborsi per le attività associative che sono uniformi in tutta Italia: 22 euro per la donazione di sangue intero, 24,75 euro per quella di plasma.

L'utilizzo di attrezzature, tecnologie e locali degli enti del servizio sanitario regionale da parte delle associazioni a supporto esclusivo dell'attività trasfusionale è regolato da appositi accordi. La convenzione, inoltre, elenca 16 attività in capo alle associazioni riguardanti, tra l'altro, sensibilizzazione alla donazione, formazione, gestione associativa, tutela del donatore, idoneità alla donazione, flussi informativi e altre questioni tecniche legate all'attività di raccolta.

Antonella Lanfrit

“Raccomandazioni per il superamento della contenzione delle persone, inserite nella delibera che la Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia, su proposta dell'assessore alla Salute Maria Sandra Telesca, ha approvato nel corso della seduta odierna”

FVG per primo in linea con gli indirizzi del Comitato di bioetica

In estrema sintesi: “Assicurare interventi rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana dei pazienti in situazioni assistenziali difficili, ricoverati nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della regione”



notizie dalla giunta

[home](#) / [notizie dalla giunta](#) / [dettaglio news](#)

14.10.2016 12:41

SALUTE: APPROVATE RACCOMANDAZIONI PER SUPERARE CONTENZIONE PAZIENTI

Trieste, 14 ottobre - Assicurare interventi rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana dei pazienti in situazioni assistenziali assai difficili, ricoverati nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della regione. Sono queste, in sintesi, le indicazioni contenute nelle **Raccomandazioni per il superamento della contenzione delle persone**, inserite nella delibera che la Giunta regionale del Friuli Venezia Giulia, su proposta dell'assessore alla Salute Maria Sandra Telesca, ha approvato nel corso della seduta odierna.

Per contenzione si intende l'atto di natura eccezionale applicato con l'utilizzo di dispositivi fisici, farmacologici o ambientali che limitano la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona assistita, per controllarla o impedirle di recare danni a sé o ad altri. Questa procedura viene adottata quando tutte le altre misure alternative si siano dimostrate inefficaci.

L'obiettivo delle Raccomandazioni è quello di superare, in maniera totale, la contenzione di ogni genere, attraverso la valutazione tanto del paziente quanto del contesto in cui si trova. Destinatari del provvedimento sono tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico. L'atto inoltre è rivolto agli operatori che hanno a che fare con soggetti deboli quali ospiti fragili, vulnerabili, portatori di disabilità fisica o psichica, non autosufficienti e anziani.

Con le Raccomandazioni vengono attivate iniziative per superare le pratiche di contenzione; tra queste figurano la partecipazione del personale a corsi di formazione che forniscano loro soluzioni organizzative e metodiche alternative alla contenzione. Inoltre promuovono il coinvolgimento del paziente stesso, laddove possibile, e dei suoi familiari, nel percorso di cura e di assistenza. Il provvedimento prevede anche che i direttori generali degli enti del SSR costituiscano una commissione tecnica aziendale multi-professionale e multi-disciplinare per il monitoraggio del fenomeno della contenzione.

Il documento oggetto della delibera è stato elaborato da una commissione composta da medici, legali, magistrati, responsabili dei diversi ordini professionali, in linea con gli indirizzi del Comitato di bioetica.



Regione per cercare di individuare insieme soluzioni che pre-

sa o ad altre soluzioni.

© riproduzione riservata

ASSISTENZA E SANITÀ

Anziani legati al letto «Basta, non si farà più»

*L'Azienda 5 organizza un corso per modificare le regole
«Una pratica consolidata anche in provincia, si cambia»*

PORDENONE - L'obiettivo è "Pordenone libera dalla contenzione". Con questo slogan inizia a Sacile il percorso che Aas5 in collaborazione con il gruppo della dottoressa Maila Mislei dell'Aas1 triestina intende avviare per combattere nel nostro territorio le pratiche di contenzione fisica e farmacologica. In pratica l'obiettivo è arrivare al divieto in tutti i siti (case di riposo, ospedali e altre strutture) di legare al letto i malati, soprattutto quelli anziani o con patologie psichiatriche. Cosa che ora, invece, accade. Il problema era stato reso pubblico per un fatto accaduto in una struttura dello spilimberghese. Al corso sono invitati tutti gli operatori dell'Aas 5 che hanno responsabilità: distretti, ospedali, salute mentale, dipendenze, medicina legale oltre alle associazioni dei malati Alzhei-

mer. Nella fase successiva saranno coinvolte tutte le case di riposo della provincia. Nel progetto sono presenti anche l'ordine dei medici e i colleghi professionali. «Come dice il comitato nazionale di bioetica - spiega Giorgio Simon, direttore sanitario dell'Aas 5, nonché curatore del progetto - il mancato rispetto dei diritti è non solo una lesione della persona, ma anche uno dei fattori di aggravamento della patologia. La contenzione non può in nessuna maniera essere considerata cura. Dopo la presentazione vi sarà un lungo percorso formativo sul campo per modificare comportamenti e atteggiamenti che in alcuni casi si sono sedimentati nell'abitudine. Non sarà un percorso facile o breve ma contiamo sulla grande professionalità del personale coinvolto oltre che, naturalmente, su



CONTENZIONE

L'abitudine di legare al letto le persone anziane o malate che non stanno ferme è consolidata anche in provincia pure in strutture pubbliche e nelle case di riposo. Ora cambiano le regole

un forte impulso da parte della Direzione generale al progetto. La nostra provincia ha una grande tradizione sui temi dei diritti, si pensi allo straordinario lavoro fatto sugli amministratori di sostegno dal gruppo del giudice Manzoni che ci ha portato ad essere i primi in Italia, per cui contiamo su un terreno già molto fertile. È evidente infine che la collaborazione delle famiglie dovrà essere fondamentale. Per questo abbiamo anche preso contatti con la sede nazionale del Tribunale del malato - conclude Simon - per ipotizzare assieme a loro un sistema di coinvolgimento sulla valutazione del progetto. Siamo sempre più convinti che lo slogan "la libertà è terapeutica" non sia mai tramontato».

© riproduzione riservata

20% degli aventi diritto presentarsi al posto. La sospensione dei mercati prenatalizi della domenica è il culmine di un disinteresse pluriennale da parte del Comune». A sostenerlo è Mara Piccin, consigliere comunale che lamenta come sempre più spesso storiche famiglie di ambulanti cedano ormai il posto del mercoledì perché non rende più. «Non è detto che le chiusure si limitino alle bancarelle visto che anche il centro storico si sta desertificando. «È un tema sul quale sto sollevando l'amministrazione comunale da molti anni, dal tempo in cui venne cambiata la categorizzazione delle tipologie merceologiche, ma è ignorata dagli ambulanti. Non basta dire che nel tempo si sono ampliate molte altre opportunità per gli acquisti di Natale come fa l'assessore Bruno Zille per giustificare la mancata attenzione agli operatori del settore e la mancanza di una politica commerciale per limitare lo strapuntare dei grandi centri, i costi di polizia comunale e pulizia dell'area non bastano a giustificare l'idea di fare piazza pulita del mercato ambulante natalizio».



Franco Mastrogiovanni: “Umiliato fino a morire”

“La Corte di appello di Salerno ha condannato sei medici e undici infermieri per sequestro di persona e altri reati ai danni di Franco Mastrogiovanni...segregato e **tenuto legato a un letto di contenzione per quasi 4 giorni**

“Si tratta di un verdetto importantissimo che sanziona comportamenti di inaudita gravità da parte del personale sanitario del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell’ospedale di Vallo della Lucania. Il maestro elementare Franco Mastrogiovanni, nell’estate del 2009, fu legato polsi e caviglie per 87 ore a un letto di contenzione”. “Abbandonato e umiliato fino a morire. Non interessa l’entità della pena a cui sono stati condannati medici e infermieri (questi ultimi assolti in primo grado) ma il fatto che una condanna sia stata inflitta: a conferma che la contenzione meccanica – ha concluso Manconi – è strumento non solo barbarico ma anche crudelmente illegale”





Not in my name

Per non essere *dei semplici amministratori dell'esistente*, dobbiamo diventare degli *utopisti*

Franco Basaglia



La vita non va vissuta troppo seriamente, tanto comunque vada, non se ne esce vivi.

Grazie dell'attenzione

livia.bicego@aas5.sanita.fvg.it









Franco Mastrogiovanni. Condannati sei medici e 11 infermieri. “Umiliato fino a morire” Senatore Manconi

“La Corte di appello di Salerno ha condannato sei medici e undici infermieri per sequestro di persona e altri reati” ai danni di Franco Mastrogiovanni...segregato e tenuto legato a un letto di contenzione per quasi 4 giorni

“Si tratta di un verdetto importantissimo – aggiunge Manconi – che sanziona comportamenti di inaudita gravità da parte del personale sanitario del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell’ospedale di Vallo della Lucania. Il maestro elementare Franco Mastrogiovanni, nell’estate del 2009, fu legato polsi e caviglie per 87 ore a un letto di contenzione”. “Abbandonato e umiliato fino a morire. Non interessa l’entità della pena a cui sono stati condannati medici e infermieri (questi ultimi assolti in primo grado) ma il fatto che una condanna sia stata inflitta: a conferma che la contenzione meccanica – ha concluso Manconi – è strumento non solo barbarico ma anche crudelmente illegale”.

**Il soffrire passa.
L’aver sofferto non passa mai.
Fedor Dostoevskij**



APPROPRIATEZZA è la misura della capacità di fornire, al livello di assistenza più idoneo, un intervento efficace per uno specifico soggetto, nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali. È utile distinguere tra appropriatezza clinica, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace, date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, e appropriatezza organizzativa, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure --



Il giorno in cui il potere dell'amore supererà
l'amore per il potere,
il mondo potrà scoprire la pace.

Mathama Gandhi

Contenzione ospedaliera, parte l'Albo dei volontari "art.13"

Con lo scopo di eliminare la pratica della contenzione dei
pazienti l'11 gennaio 2017 verrà richiesto alle associazioni di
volontariato di costituire un Albo volontari art.13"



Lo stato dell'arte
della legislazione italiana e Brasiliana
sul tema della contenzione



Grupo Triplix Aliança - Grupo Triplix Aliança - Grupo Triplix Aliança



Projeto pela "Não Contenção" da Pessoa Idosa
Projeto por "Não Contenção" de los Ancianos
Projeto de "No Contenzione" degli Anziani

Gruppo di cooperazione internazionale
fondata nel giugno del 2014 e dedicata alla
diffusione del "Cultura di No Contenzione"
della persona anziana dipendente e alla
"Qualità della cura a lungo termine".



Wellcome Images

“L’utopia è
all'orizzonte.
Cammino due passi,
lei si allontana di due
passi e l'orizzonte si
sposta dieci passi più
in là.

Allora a cosa serve
l'utopia? Per questo
serve, per
camminare.”

Eduardo Galeano

L'Apartheid era legale.
La schiavitù era legale.
Il colonialismo era legale.

La legalità
è una questione di POTERE,
non di GIUSTIZIA.



11 febbraio 1990: Nelson Mandela viene liberato dopo 27 anni di prigionia

*“ Un vincitore è semplicemente un sognatore
che non si è mai arreso ”*

NELSON MANDELA



Servizi di salute mentale comunitaria in FVG

FVG popolazione di circa 1.200.000 ab

5 aziende

5 DSM

15 CSM sulle 24 ore

113 p.l.

- **Equipe multi professionali**
- **Proiezione territoriale**
- **Risorse finanziarie gestite direttamente**

3 SPDC con 36 p.l.

3 REMS con 10 p.l.

Obiettivo: superamento delle strutture residenziali

Metodologia: BDS

Regione Friuli Venezia Giulia



Trieste





Provincia di Trieste

6 comuni

236.393

Duino Aurisina

8.661

Monrupino

880

Muggia

13.439

San Dorligo

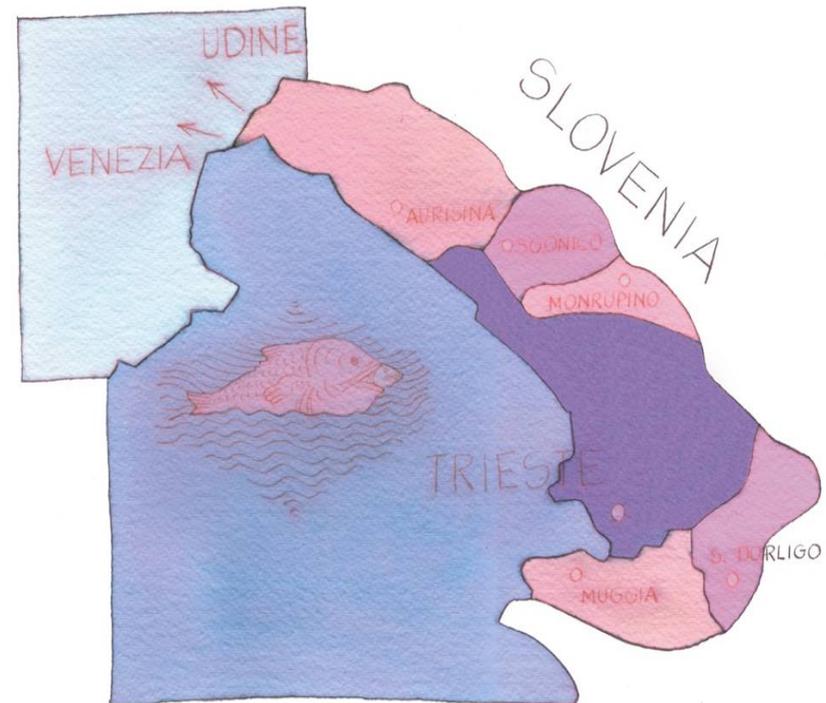
5.954

Sgonico

2.118

Trieste

205.341



Il Dipartimento di Salute Mentale ASUITS

4 Centri di Salute Mentale

24 h x 7 gg x 60.000 ab.

26 p.l. territoriali

1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
con 6 p.l. presso l'ospedale generale

1 Servizio Abilitazione e Residenze

§Centro diurno diffuso

§Funzione REMS

§formazione

§inserimento lavorativo

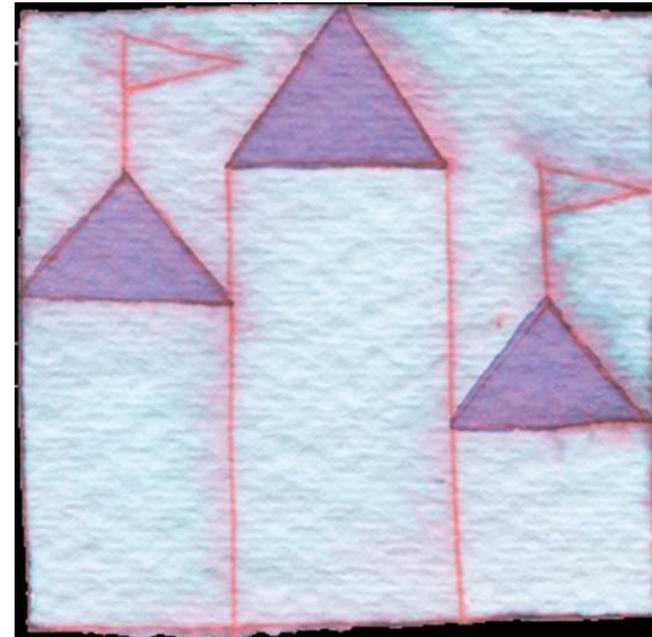
§cooperative sociali

§metodologia budget di salute

§abitare assistito

1 Clinica Psichiatrica Universitaria

1 Punto di Accoglienza dei Disturbi del
Comportamento Alimentare



Equipe multi-professionali

109 infermieri,

23 psichiatri,

7 psicologi,

1 dirigente inf,

8 assistenti sociali,

9 tecnici della riab. psichiatrica,

42 OSS,

17 amministrativi e personale tecnico

ma anche...

helper, tirocinanti, volontari

214 operatori



Alcuni dati

**5.045 persone in contatto con il DSM,
4.300 con i CSM.**

2/3 sono donne.

**Quasi il 50% con disturbo grave (F2,
F3,F6)**

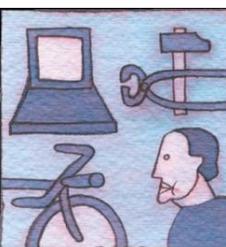
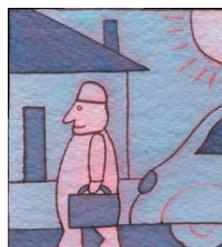
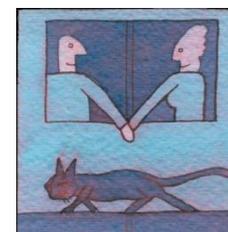
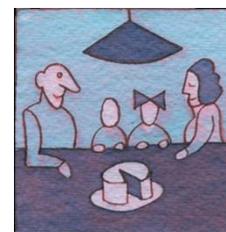
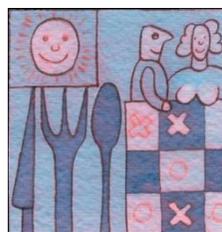
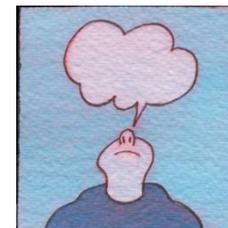
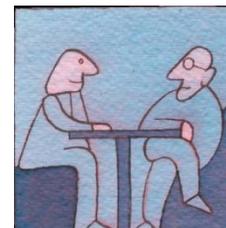
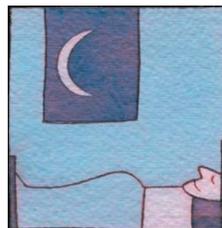
**26 persone in TSO (11/ 100.000 abitanti
adulti) attuati nei CSM 24 h e nel SPDC)**

**Porte aperte ovunque e non uso di
alcuna contenzione fisica, né ESK.**

**176 utenti in borsa di lavoro di cui il 12%
assunti.**

Non vi sono cittadini di Trieste in OPG.

**Le cooperative sociali impiegano circa
600 persone svantaggiate, di cui il 30%
soffrono di psicosi.**



DSM – Trend storico del personale 2009 -2012

Profili professionali	2009	2010	2011	2012
Medici psichiatri	28	25	25	24
Psicologi	9	9	9	8
Dirigente Infermieristica	-	1	1	1
Coordinamento infermieristico	9	9	7	7
Personale infermieristico	121	110	110	109
Personale tecnico della riabilitazione	9	9	9	9
Educatore professionale	1	1	1	1
Assistenti sociali	9	9	9	8
OTA - OSS	28	29	29	28
Personale amministrativo	11	11	12	12
Personale in servizio al 31 dicembre	225	213	212	207
Calo %2012 verso 2009	100%	95%	94%	92%

DSM – Trend storico del bilancio DSM 2010 - 2012

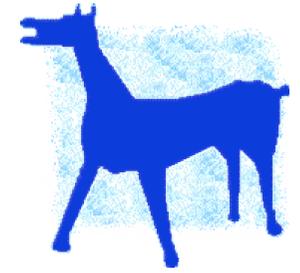
	2010	%	2011	%	2012	%
Personale	€ 10.120.641	53%	€ 11.158.171	59%	€ 10.313.388	55%
Farmaci	€ 1.036.989	5%	€ 1.077.500	6%	€ 1.082.762	6%
Servizi generali	€ 4.166.261	22%	€ 2.920.854	16%	€ 3.506.499	19%
Attività extra cliniche	€ 670.000	4%	€ 956.803	5%	€ 669.283	4%
Budget di salute	€ 2.940.000	16%	€ 2.645.363	14%	€ 3.221.582	17%
DSM - Bilancio	€ 18.933.891	100%	€ 18.758.691	100%	€ 18.793.514	100%
Costo procapite per ri servizi di salute mentale	€ 78,91		€ 78,22		€ 78,47	
ASS1 - Bilancio d'esercizio	€ 415.954.036		€ 424.051.792		€ 428.218.691	
Costo procapite per la sanità territoriale	€ 1.734		€ 1.768		€ 1.788	
Costo DSM / Costo ASS1	4,55%		4,42%		4,39%	
Residenti in Provincia di Trieste	239.929		239.818		239.486	



Risposta comunitaria H24 Centro Salute Mentale



CREARE UN CSM 24 ORE IN PRATICA



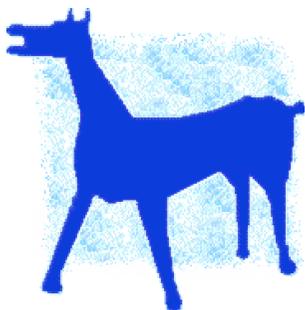
- FOCALIZZARE FUNZIONI, PRATICHE E ATTIVITA' A PARTIRE DAI PRINCIPI E VALORI
- DEFINIRE RESPONSABILITA' INDIVIDUALI E COLLETTIVE
- ORGANIZZARE E CONNETTERE DIMENSIONE INTERNA ED ESTERNA
- CONDIVISIONE IN EQUIPE

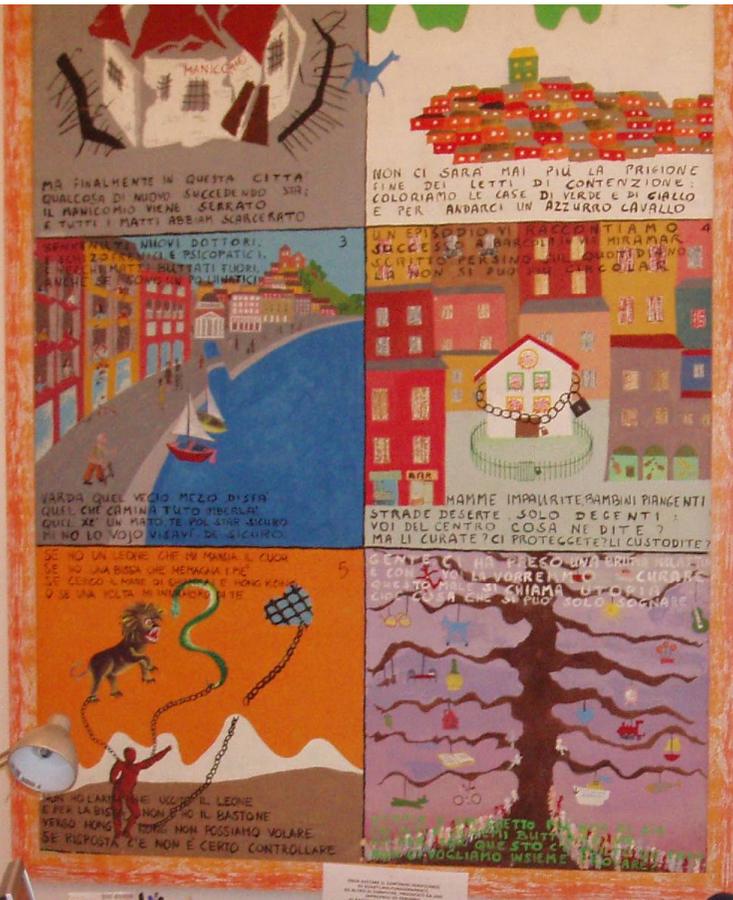




SU QUALI RISORSE UMANE, PROFESSIONALITA' E SOGGETTI PUO CONTARE UN CSM H24?

- 4-5 psichiatri
- 1-2 psicologi
- 20-25 infermieri
- 6-8 oss
- 1-2 assistenti sociali
- 1-2 tecnici riab
- Personale della cooperativa - pulizie, cucina, albergaggio
- Volontari, accompagnatori, servizio civile
- Persone che usano i servizi
- Familiari

















Persone che accedono al CSM

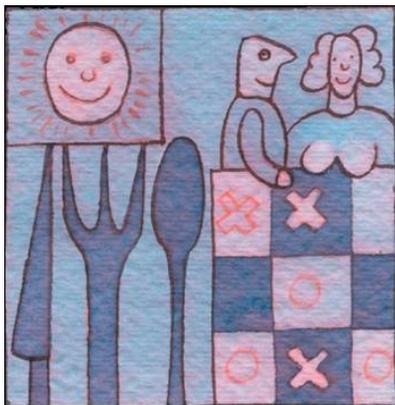
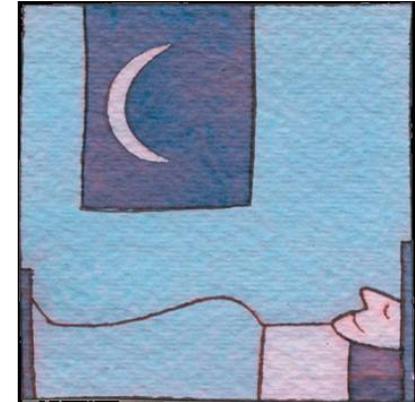
- Circa 700-800 persone / anno
- Accesso a bassa soglia, non selettivo, senza lista di attesa, proattivo, modello di risposta a domande e di individuazione di bisogni, anche inespressi
- Circa 1/3 “nuove” per il CSM
- Circa 70% disturbi mentali gravi
- Il 15% riceve il 70% prestazioni complessive del CSM



LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

Ospitalità Notturna

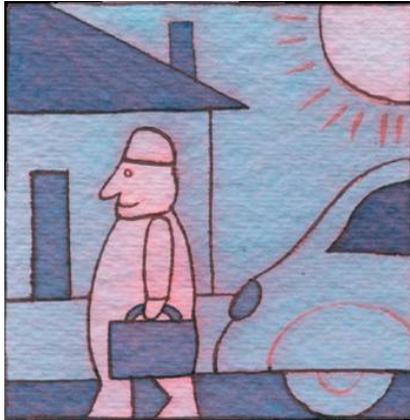
- Per periodi di tempo variabili (da una notte a più settimane)
- anche l' accoglimento ai fini del Trattamento Sanitario Obbligatorio si realizza di norma nel CSM



Ospitalità Diurna Day Hospital

Per alcune ore, o per l'intera giornata, viene proposta per offrire una condizione di temporanea protezione o tutela durante la crisi, per alleggerire la famiglia

LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

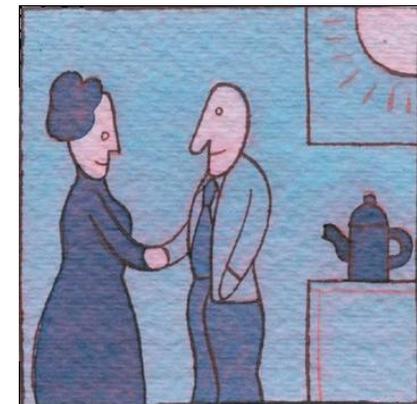


Visita domiciliare

- Programmata o svolta d'urgenza, consente la conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia.

Visita ambulatoriale

- Durante la visita ambulatoriale si scambiano notizie e pareri con la persona e/o con i suoi familiari, o si interviene in situazioni di crisi.



LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

Lavoro terapeutico individuale

- Incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona.



Lavoro terapeutico con la famiglia



- Incontri con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi.

LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

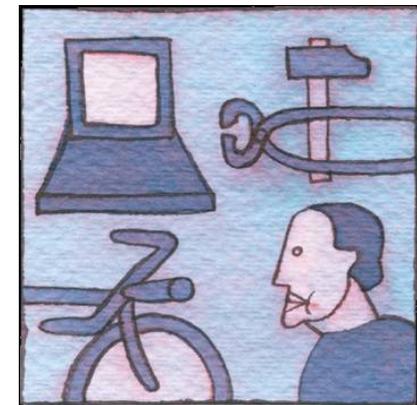
Attività in/di gruppo



- Incontri in cui lo scambio di informazioni su problemi comuni rafforza la capacità di conoscersi reciprocamente.
- Ha soprattutto lo scopo di attivare la rete sociale.

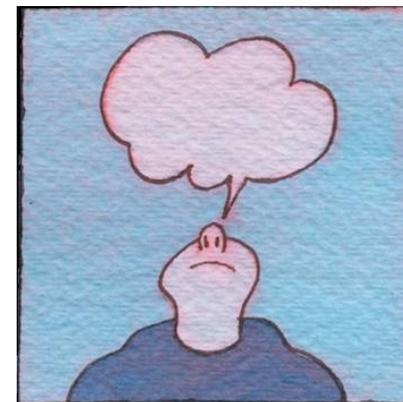
Interventi di abilitazione e prevenzione

- Iniziative per avviare percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo.

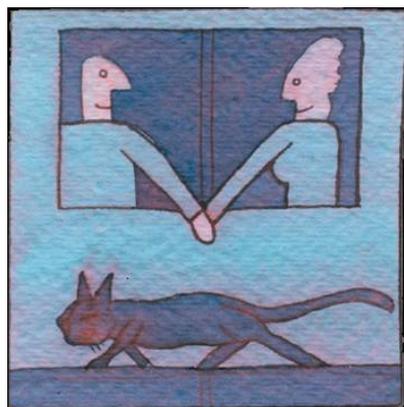


LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

Sostegni per l'accesso a
diritti e opportunità sociali



Sostegni all'abitare



- Programmi svolti a domicilio per sostenere le capacità di vita quotidiana e preservare o ri-apprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo.
- Sostegno alle attività residenziali

LE RISPOSTE DEL CENTRO di Salute Mentale

Attività di consulenza



- Interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri, presso il carcere, sedi distrettuali e case di riposo pubbliche e private

Telefono

- Segnalazioni, consigli, appuntamenti, verifiche
- Urgenze





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL MATTINO DALLE 8.00 alle 14.00



PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•MULTIDISCIPLINARIETA'•MULTIPROFESSIONALITÀ•FLESSIBILITA'•CSM SOVRADETERMINA SPDC•PRESENZA ATTIVA•ACCESSIBILITA'	<ul style="list-style-type: none">•BREAFING Dalle 8.00alle8.30 •PUNTO DI ACCOGLIENZA Dalle 8.00alle14.00	4-6op+2-3dir Resp. med. e inf. 1 op.	<ul style="list-style-type: none">•Come va?•Revisione agenda di servizio•Programmare la giornata •Coordinamento delle attività•Accoglienza telefonica•Accoglienza della domanda urg. e non•Coord. con SPDC•Coord. con equipe territoriale•Contatto con altre agenzie•No lista d'attesa•No ticket





CSM 24 ORE IN PRATICA

IL MATTINO ...



PRINCIPI	ORGANIZZAZIONE FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•MULTIPROFESSIONALITA'•EQUIPE•CENTRALITA' CRISI IN CSM•ACCOGLIENZA•DIMENS. COMUNITARIA	<ul style="list-style-type: none">•ACCOGLIENZA INTERNA	1 op+1dir	<ul style="list-style-type: none">•Gestione della crisi•Attenzione alle persone accolte e in DH, nuovi acc., dim.•Colloqui•PTI•Habitat•Attenzione al clima interno/comunitario: gruppo del mattino, leggiamo il giornale, beviamo un caffè?•È ora di pranzo...•Ter. Farm.





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL MATTINO continua...



PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•FUNZIONE COMUNITARIA•MULTIDISCIPLINARIETA'•DIMENSIONE TERRITORIALE•RESPONSABILITA' TERRITORIALE•MOBILITA' VERSO LA DOMANDA•PRESENZA ATTIVA•PROATTIVITA'•PERSONALIZZAZIONE• PRESA IN CARICO GLOBALE•CONTINUITA' TER.• RESIDENZIALITA'•ABILITAZIONE	<ul style="list-style-type: none">•ATTIVITA' TERRITORIALE	1op+1dir 1op+ 1dir 2op	<ul style="list-style-type: none">•Agenda programmata•Accompagnamenti DH•Accompagnamenti crisi•Visite domiciliari•Continuità delle cure•Alta priorità e PTI•Interventi non programmabili urg e non•Consulenze•Continuità con SPDC•Abitare sostenuto•Inserimento lavorativo•Incontri con altre realtà del territorio•Terapie Long Acting





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL MATTINO continua...



PRINCIPI	ORGANIZZAZIONE FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">• LOTTA A STIGMA E PREGIUDIZI• DEISTITUZIONALIZZAZIONE• ATTRAVERSABILITA'• APERTURA COMUNITARIA• PROATTIVITA'• SGUARDI DIVERSI• VALENZA TERAPEUTICA EXTRACLINICO• MULTIDISCIPLINARIETA'• USO MOLTEPLICE DEGLI SPAZI• ...	<ul style="list-style-type: none">• ATTIVITA' INTERNE PROGRAMMATE 	A seconda del programma	<ul style="list-style-type: none">• Attività a carattere culturale, ricreativo, di socializzazione, autoaiuto, formativo, educativo, integrazione• Associazionismo, protagonismo• In/formazione famigliari• ...• Mostre, balli, letture, film, musica, formazione...incontri!



IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL MATTINO continua...



PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•DIMENSIONE TERRITORIALE•INTEGRAZIONE•MULTIDISCIPLINARIETA'•RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	<ul style="list-style-type: none">•ATTIVITA' ESTERNE PROGRAMMATE	Dipende dal programma	<ul style="list-style-type: none">•Agenda programmata•Incontri di indirizzo e programmazione dipartimentale: CTC, OB,...•Continuità con agenzie territoriali: distretto, comune, ater, cooperative, MMG, carcere, comunità di accoglienza, RSA, case di riposo...•Abitare sostenuto•Interventi a carattere sociosanitario•Incontri con agenzie informali: parrocchie, ass. di volontariato, luoghi di lavoro...





LA RIUNIONE dalle 14.00 alle 15.00

- Snodo organizzativo insostituibile, strategico ed efficace
- Equipe, intervisione, coordinamento, sguardi diversi
- Responsabilità d'equipe
- Responsabilità individuali
- Attività pomeridiane da ri-focalizzare
- Narrazione: i progetti di cura personalizzati
- Continuità delle cure
- Integrazione del lavoro non professionale e volontario
- Formazione continua sul campo
- Informazione: circolarità, condivisione
- Comunicazione, adesione, coinvolgimento
- Coordinamento dipartimentale allargato





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL POMERIGGIO DALLE 15.00 ALLE 20.00

...DOPO LA RIUNIONE!

PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI? ORARIO	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•MULTIDISCIPLINARIETA'•ACCOGLIENZA	<ul style="list-style-type: none">•PUNTO DI ACCOGLIENZA	<p>4-6op+1-2dir</p> <p>Dalle14alle20 1 op.</p>	<ul style="list-style-type: none">•Coordinamento delle attività•Accoglienza telefonica•Accoglienza della domanda urg. e non•Coord. con SPDC•Coord. con equipe territoriale•Contatto con altre agenzie•No lista d'attesa•No ticket





CSM 24 ORE IN PRATICA

IL POMERIGGIO DALLE 15.00 ALLE 20.00

...DOPO LA RIUNIONE!

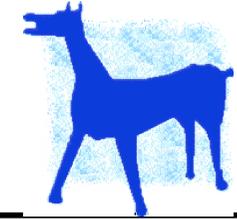
PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•MULTIDISCIPLINARIETA'•ACCOGLIENZA•DIMENS. COMUNITARIA	<ul style="list-style-type: none">•ACCOGLIENZA INTERNA	1 op+1 dir	<ul style="list-style-type: none">•Attenzione alle persone accolte•PTI•Habitat•Attenzione al clima interno/comunitario•È l'ora del thè•Quattro chiacchiere?•Qualche lettura?•È ora di cena•Somm. Ter. Farm.





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL POMERIGGIO continua...



PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•MULTIDISCIPLINARIETA'•DIMENSIONE TERRITORIALE•MOBILITA' VERSO LA DOMANDA•RESPONSABILITA' TERRITORIALE•PROATTIVITA'•PERSONALIZZAZIONE• PRESA IN CARICO GLOBALE•CONTINUITA' TER.• RESIDENZIALITA'•ABILITAZIONE•...	•ATTIVITA' TERRITORIALE	2 op+1dir 2op+ 1dir	<ul style="list-style-type: none">•Agenda programmata•Concretizzare quanto deciso in riunione•Interventi non programmabili urg e non•Consulenze•Continuità con SPDC•Visite domiciliari•Continuità delle cure•PTI•Abitare sostenuto•Inserimento lavorativo•Terapie serali•Accompagnamenti...



IL POMERIGGIO continua...

IL CSM 24 ORE IN PRATICA

PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none"> • LOTTA A STIGMA E PREGIUDIZI • DEISTITUZIONALIZZAZIONE • ATTRAVERSABILITA' • APERTURA COMUNITARIA • PROATTIVITA' • SGUARDI DIVERSI • VALENZA TERAPEUTICA EXTRACLINICO • MULTIDISCIPLINARIETA' • USO MOLTEPLICE DEGLI SPAZI • ... 	<p>• ATTIVITA' INTERNE PROGRAMMATE</p>	<p>A seconda del programma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attività a carattere culturale, ricreativo, di socializzazione, autoaiuto, formativo, educativo, integrazione, ... • Mostre, balli, letture, film, musica...incontri!





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

IL POMERIGGIO continua...

PRINCIPI	FUNZIONI	CHI? QUANTI?	PRATICHE
<ul style="list-style-type: none">•DIMENSIONE TERRITORIALE•INTEGRAZIONE•MULTIDISCIPLINARIETA'•RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE	<ul style="list-style-type: none">•ATTIVITA' ESTERNE PROGRAMMATE	Dipende dal programma	<ul style="list-style-type: none">•Agenda programmata•Incontri di indirizzo e programmazione dipartimentale: CTC, OB,...•Continuità con agenzie territoriali: distretto, comune, ater, cooperative, MMG, carcere, comunità di accoglienza, RSA, case di riposo...•Abitare sostenuto•Interventi a carattere sociosanitario•Incontri con agenzie informali: parrocchie, ass. di volontariato, luoghi di lavoro...





IL CSM 24 ORE IN PRATICA

LA NOTTE...



- Accoglienza
- Crisi
- Comunità
- Clima interno
- Bassa soglia
- Flessibilità
- Telefonate
- Ospiti inattesi
- Nuovi ospiti

CHI C'È?

- 2 infermieri oppure
- 1 infermiere e 1 OSS e poi...
- 1 infermiere reperibile
- 1 medico reperibile DSM





Le presenze



Turno	Cognome Nome	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
1		M/N	LN	L	L	P	M	P
2		P	M/N	LN	L	L	P	M
3		M	P	M/N	LN	L	L	P
4		P	M	P	M/N	LN	L	L
jolly								
5		L	P	M	P	M/N	LN	L
6		L	L	M	P	P	M/N	LN
7		L	L	P	M	M	P	N
jolly		LN						
	REPERIBILITA'							
A		M/N	LN	L	L	P	P	M
B		P	M/N	LN	L	L	P	M
C		P	M	M/N	LN	L	L	P
D		M	P	P	M/N	LN	L	L
E		L	P	P	M	M/N	LN	L
F		L	L	P	P	M	M/N	LN
G		L	L	M	P	P	M	N
Jolly		LN						
FT								
FT								
FT								
FT								
ASV								
AS								
ferie								

Presenze medie

Mattina

- 4 turnisti
- 2 f. turno
- 1 tec riab
- 1-2 ass soc
- 1 resp inf
- 2 psich
- 1 psic

Pomeriggio

- 4 turnisti
- 2 f.turno
- 1 tec.riab.
- 1 ass. soc.
- 2 psich
- 1 psic







