Bruno Norcio

Crisi ed Emergenza in Psichiatria

Corso di Formazione

Cagliari - 3 Luglio 2008

APPROCCIO STORICO

DEFINIZIONI

TIPOLOGIE DI CRISI E CLASSIFICAZIONE

MODELLI GESTIONALI IN TEMA DI CRISI ED EMERGENZA

ALCUNI DATI RICERCA PROGRES-ACUTI

CRISI ED EMERGENZA NEL DSM DI TRIESTE

ALCUNI DATI DI ATTIVITA' DELL'SPDC DI TRIESTE

CONCLUSIONI

APPROCCIO STORICO

- ***RICOVERO MANICOMIALE PRIMA DEL 1968 (LEGGE 1904)*** =

  SEMPRE D'EMERGENZA (COATTIVITA' E PERICOLOSITA' . QUESTIONE PREMINENTE DIFESA SOCIALE

- ***RICOVERO MANICOMIALE POST 1968 (LEGGE MARIOTTI)*** =

  RIDUZIONE DELL'EMERGENZA CON POSSIBILITA' RICOVERO VOLONTARIO MA IL CONCETTO DELLA PERICOLOSITA' NON VIENE INTACCATO E L'EMERGENZA CONTINUA A PREVALERE NETTAMENTE

APPROCCIO STORICO

RICOVERO NEGLI SPDC O CSM POST LEGGE 1978 (LEGGI 180 e 833)

- **VIENE ANNULLATO IL CONCETTO DELLA PERICOLOSITA' COME MOTIVAZIONE DEL RICOVERO IN TSO .**

- **VIENE RIBADITO IL CONCETTO CHE IL RICOVERO IN OSPEDALE DEVE AVVENIRE SOLO QUANDO NON VI SIANO LE CONDIZIONI DI UN TRATTAMENTO EXTRA-OSPEDALIERO**

APPROCCIO STORICO

- **SUL PIANO TEORICO E PROGRAMMATICO (VEDI PROGETTO OBIETTIVO 1998-2000) LO SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI DOVREBBE QUINDI RIDURRE ULTERIORMENTE L'EMERGENZA ATTRAVERSO LA PREVENZIONE E L'INTERVENTO PRECOCE SULLA CRISI, MA…..VEDREMO COSA ACCADE NELLA REALTA' DI OGGI…**

APPROCCIO STORICO

I PARADIGMI DI RIFERIMENTO :

Il paradigma positivistico o veterobiologistico

Il paradigma psicologico

Il paradigma sociale

Il paradigma bio-psico-sociale

Un "nuovo" paradigma contemporaneo neo-biologistico….?

Ciascuno di questi paradigmi ha fornito una propria lettura interpretativa della condizione cosiddetta di “ crisi “ nei vari quadri clinici e psico-sociali.

In questo senso il paradigma oggi più accettato “ bio-psico-sociale”, ascrive quasi pleonasticamente a tutti i fattori contenuti nel titolo le possibilità di insorgenza di “ crisi”, ma ricordiamoci che, per l’emergenza, il paradigma culturale di riferimento rischia di essere sempre ispirato al vecchio modello repressivo e custodialistico!

DEFINIZIONI

Urgenza

Situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato. Determinanti nelle richieste di urgenza psichiatrica anche i criteri di *contesto* e della sua tolleranza, quindi delle variabili sociali oltre che individuali

(DAL TRATTATO ITALIANO DI PSICHIATRIA)

DEFINIZIONI

Emergenza

Concetto con maggiore enfasi su disagio e disadattamento psico- sociale, sulla rottura dell'equilibrio con l'ambiente, ma più o meno sovrapponibile all'urgenza nei criteri operativi.

(DAL TRATTATO ITALIANO DI PSICHIATRIA)

DEFINIZIONI

Crisi

Stato che si verifica quando una persona si trova a fronteggiare un ostacolo che le impedisce il raggiungimento di importanti obiettivi vitali. Questo è per un certo lasso di tempo insormontabile tramite l'utilizzazione di metodi abituali di risoluzione dei problemi. Ne consegue un periodo di disorganizzazione, di sconvolgimento, durante il quale vengono fatti molti tentativi verso la soluzione del problema che però abortiscono. Alla fine viene raggiunta una qualche forma di adattamento, che può rivelarsi o meno come la soluzione più utile per la persona e per chi le sta vicino (Caplan, 1964).

DEFINIZIONI

Fattori di Rischio

- **Momenti critici del ciclo vitale**
- **Momenti critici di passaggio della vita familiare**
- **Eventi di vita stressanti**
- **Disagio sociale**
- **Assenza o malfunzionamento del servizio sanitario**

DEFINIZIONI

Fattori di Protezione

- **Presenza della rete sociale**
- **Figure familiari di riferimento**
- **Accesso all'istruzione**
- **Sistema sanitario funzionante**
- **Capacità individuali di risposta allo stress**

TIPOLOGIE DI CRISI

- Fasi Evolutive (adolescenza,pensione,etc.
- Situazionali (separazioni, lavoro,etc.
- Post-traumatiche (disastri, violenze,etc.
- Disturbi psichiatrici gravi

(Rosen, 1997)

CRISI ASSOCIATE A DISTURBO MENTALE

- **Il D.M. grave può aumentare sia il numero delle crisi che una persona sperimenta, che la sua sensibilità ad una crisi**
- **Reciprocamente, lo stress delle crisi può precipitare episodi di D.M. in soggetti già vulnerabili**
- **Quindi, in conclusione, una riacutizzazione può essere precipitata da una crisi o causare essa stessa una crisi situazionale**

(Rosen)

Quando la crisi per un D.M.richiede interventi urgenti essa può del tutto sovrapporsi in termini concettuali ed operativi (cioè di risposta del Servizio di salute mentale) ai concetti di urgenza/emergenza.

Classificazione delle crisi/urgenze/emergenze

- **Urgenze miste** **(combinaz. Disturbi somatici e psichici)**
- **Urgenze pseudo-psichiatriche** **(patol. Somatica con disturbi psichici)**
- **Urgenze pseudo-somatiche** **(patol psichiatrica con disturbi somatici)**
- **Urgenze psichiatriche propriamente dette** **(stretta pertinenza psichiatrica, come crisi deliranti o allucinatorie acute, crisi d'ansia, eccitamento maniacale, stati depressivi acuti, etc.)**

(da Trattato italiano di Psichiatria)

Classificazione delle crisi/urgenze/emergenze

- **Urgenze che necessitano di risposta psichiatrica**
-
- **Urgenze che necessitano di risposta somatica**
-
- **Urgenze che necessitano di risposta socio-ambientale**
- **Urgenze che necessitano di risposta di tipo giudiziario**

(da Trattato italiano di Psichiatria)

Il problema della fenomenologia della crisi/urgenza/emergenza è non solo funzione dei fattori individuali e di contesto, ma funzione della organizzazione complessiva del sistema dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale

Progetto obiettivo naz. 1998-200

Sul tema dell'Emergenza, i DSM devono adottare :

- ***Modalità per assicurare gli interventi di Emergenza / Urgenza 24 ore su 24 ogni giorno dell'anno***
- ***Criteri di decisione e modalità di effettuazione dei TSO***
- ***Reazioni del servizio alla segnalazione di disturbo grave in persona che rifiuti l'intervento***
- ***Reazioni del Servizio a mancata presentazione agli appuntamenti o ad abbandono da parte di paziente grave***

Modelli gestionali in tema di emergenza nei DSM

A) Modello Ospedaliero : SPDC per la gestione crisi/emergenza e Servizi territoriali non 24 ore

B)Modello territoriale : SPDC filtro e CSM 24 ore

C)Modello “tenda” al posto dell’SPDC

- Equipes psichiatriche mobili sul territorio 24 ore su 24 (compatibili con qualsiasi modello)
- Di gran lunga dominanti i modelli A e B

Questioni poste dall'emergenza (al di là della modellistica istituzionale) :

- **Si risponde alla sofferenza di una persona e di un contesto, o solo a un problema di controllo sociale?**
- **Quanto incide il concetto di pericolosità nelle risposte date all'emergenza sia sul territorio, che in ospedale?**
- **Quanto è cambiata la visione del disturbo mentale rispetto al passato (manicomiale)?**

Questioni poste dall'emergenza (al di là della modellistica istituzionale) :

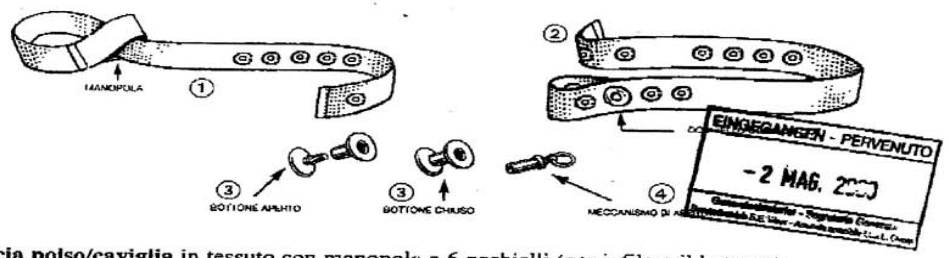
- **Come è possibile conciliare difesa dei diritti e pratiche di emergenza e TSO?**
- **Quali sono oggi le linee-guida per ridurre il più possibile il lavoro in emergenza ed ampliare il lavoro di prevenzione del disturbo e della crisi?**
- **Quali sono in definitiva i valori di riferimento delle pratiche terapeutiche anche nell'emergenza?**

40125 BOLOGNA
VIA CADUTI DI CEFALONIA, 5
☎ 051 231418 - FAX 051 263757

COTONIERA FACCHINI s.r.l.

FORNITURE OSPEDALIE
internet: http://www.cotonierafacch
e-mail: infoclienti@cotonierafacch

AUSILI PER L'ASSISTENZA MENTALE



① **Fascia polso/caviglia** in tessuto con manopola e 6 occhielli (per infilare il bottone), **rinforzati antistrappo**, lunghezza cm. 94, larghezza cm. 5 (necessita di 1 bottone ed almeno 1 meccanismo di apertura) £. 43.000

② **Fascia polso/caviglia** in tessuto (senza manopola), con 12 occhielli, **rinforzati antistrappo**, lunghezza cm. 100, larghezza cm. 5 (necessita di 2 bottoni ed almeno 1 meccanismo di apertura) £. 49.000

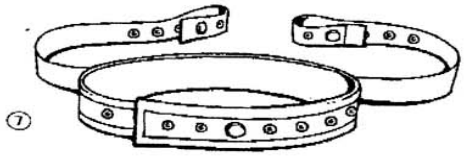
③ **Bottone** a molla in ottone cromato, da infilare negli occhielli (brevettato) £. 36.000

④ **Meccanismo** di apertura in ottone cromato (brevettato) £. 10.000

Modelli felpati

⑤ **Fascia polso felpato**, con occhielli **rinforzati antistrappo** (necessita di 2 bottoni ed almeno 1 meccanismo di apertura) £. 68.000

⑥ **Set fasce caviglie felpate** con occhielli **rinforzati antistrappo** (necessita di 5 bottoni ed almeno 1 meccanismo di apertura) £. 167.000



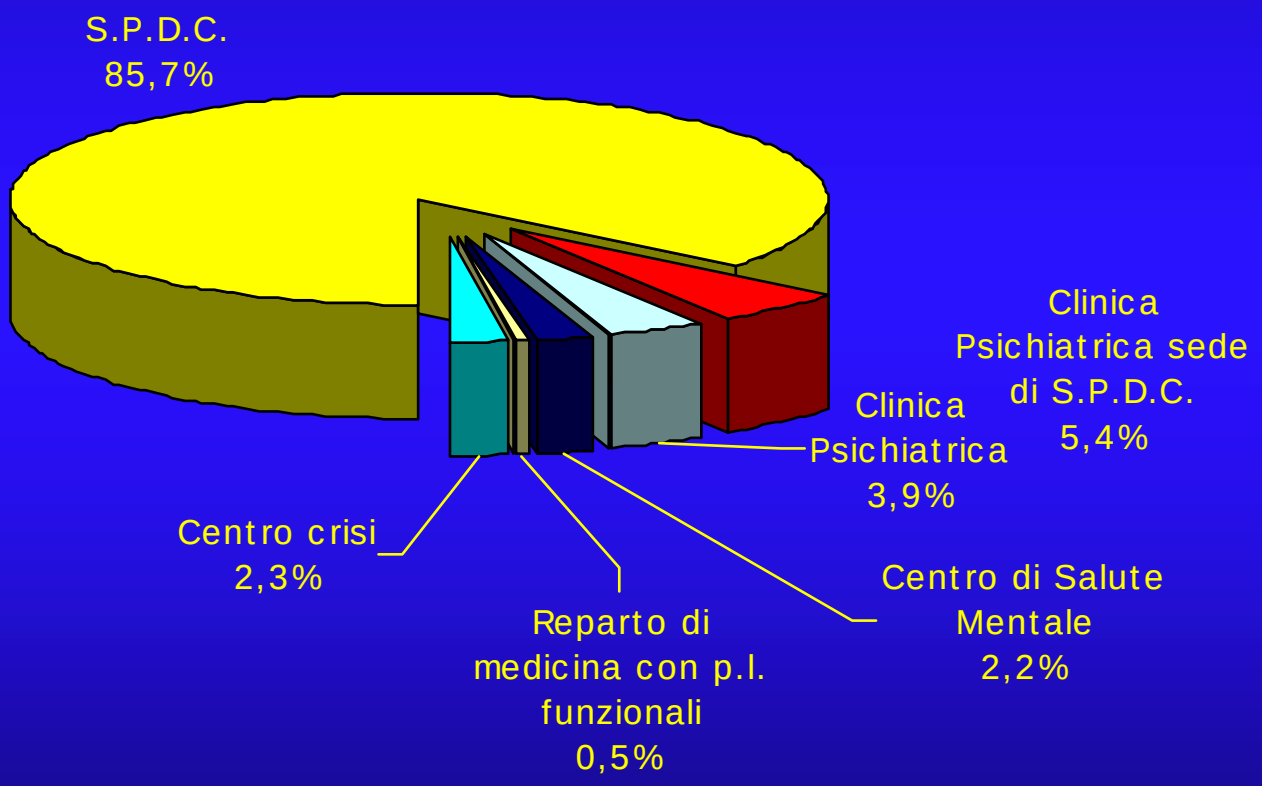
⑦ **Fascia a vita felpata** per letto, altezza cm. 7, con occhielli (comprende 3 bottoni e 2 meccanismi di apertura) £. 190.000

Set completo fascia a vita felpata per letto, altezza cm. 18 (comprende: 2 fasce polso, 2 fasce caviglie, 1 reggispalle, 10 bottoni tipo calamitato e 2 chiavi). £. 1.240.000

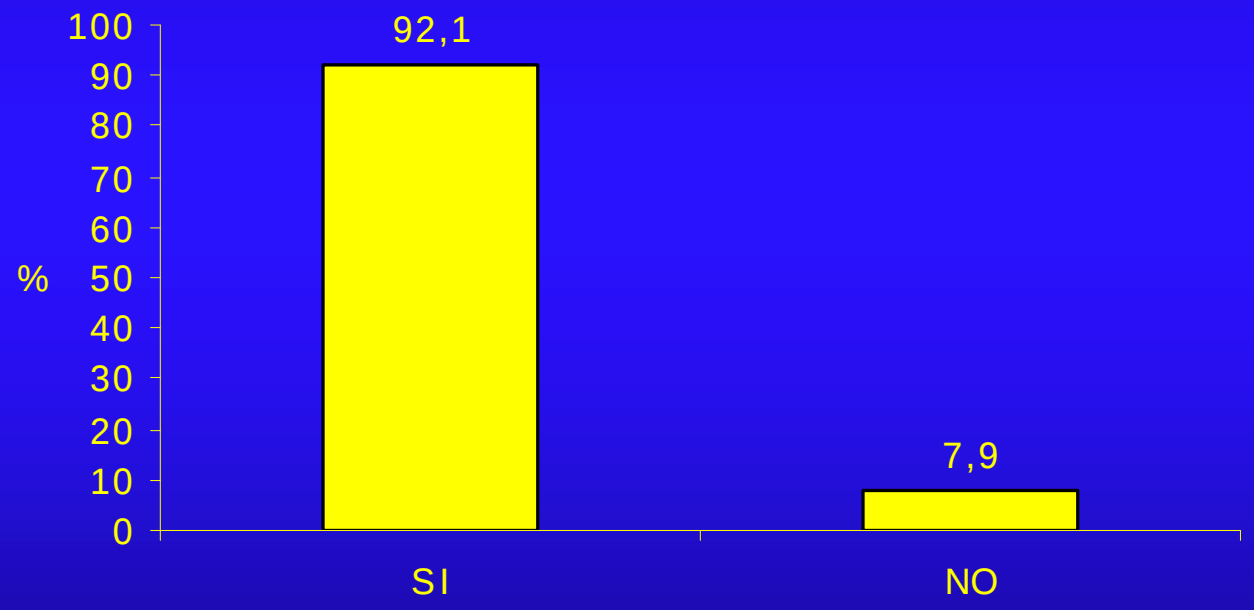
Siamo disponibili all'invio di una **campionatura in visione** da rendere a Vostre spese entro 15 giorni. I prezzi non comprendono spese di trasporto ed IVA 20%. Condizioni di fornitura come da catalogo generale Hospital Validità al 31/08/2001

ALCUNI DATI SULL'EMERGENZA DAL PROGETTO PROG-RES ACUTI

Distribuzione dei p.l. nelle strutture pubbliche



Strutture pubbliche che accolgono le persone sottoposte a T.S.O.



Strutture pubbliche che non accolgono le persone sottoposte a T.S.O.

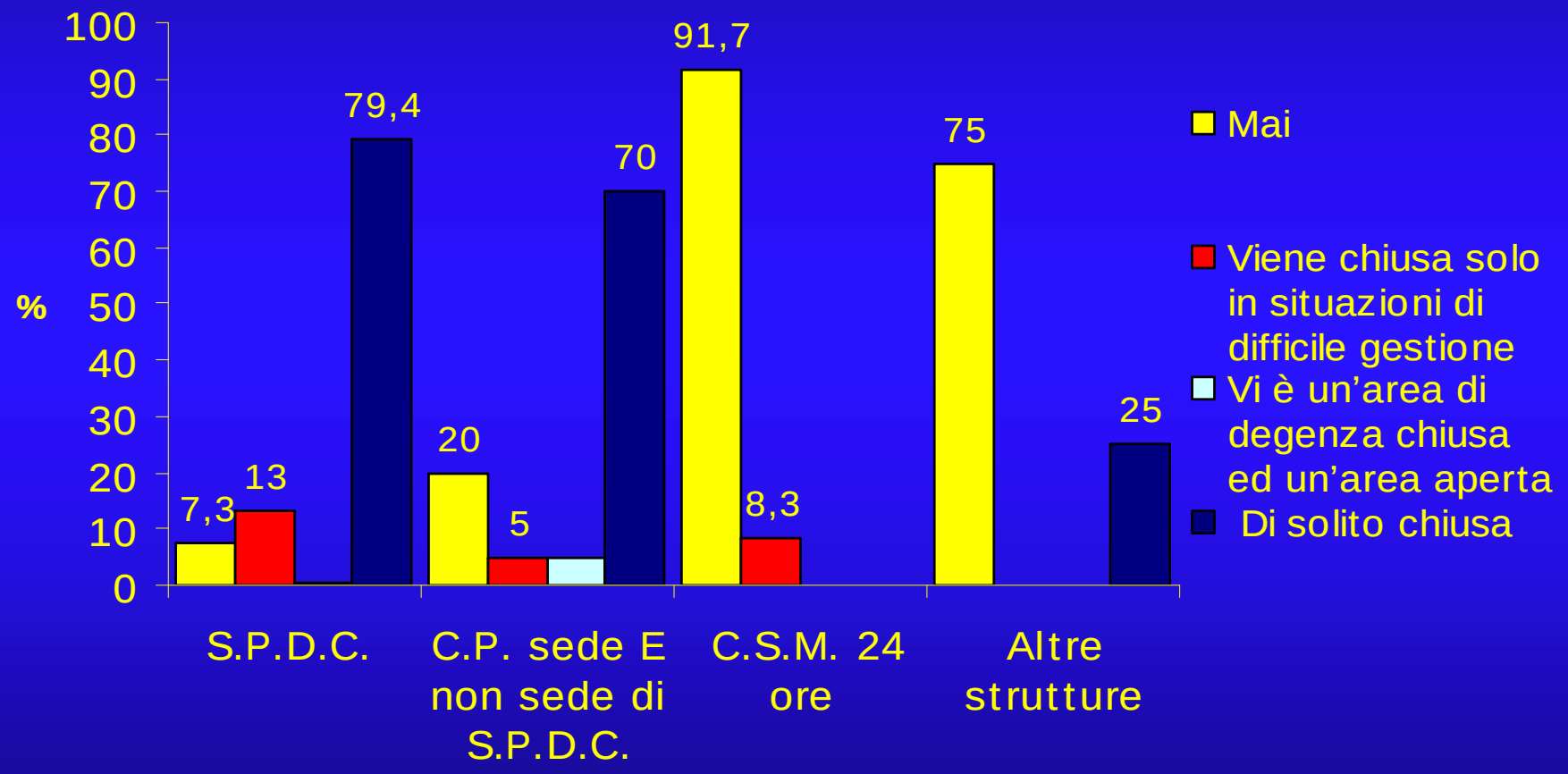
- **2 S.P.D.C.**
- **1 Clinica Psichiatrica sede di S.P.D.C.**
- **7 Cliniche Psichiatriche**
- **5 C.S.M.**
- **4 Reparti di medicina con letti funzionali attivabili al bisogno in Toscana**
- **4 Centri crisi: strutture a breve – medio degenza in Emilia Romagna**

Tasso ricoveri annui in T.S.O./10.000 ab.

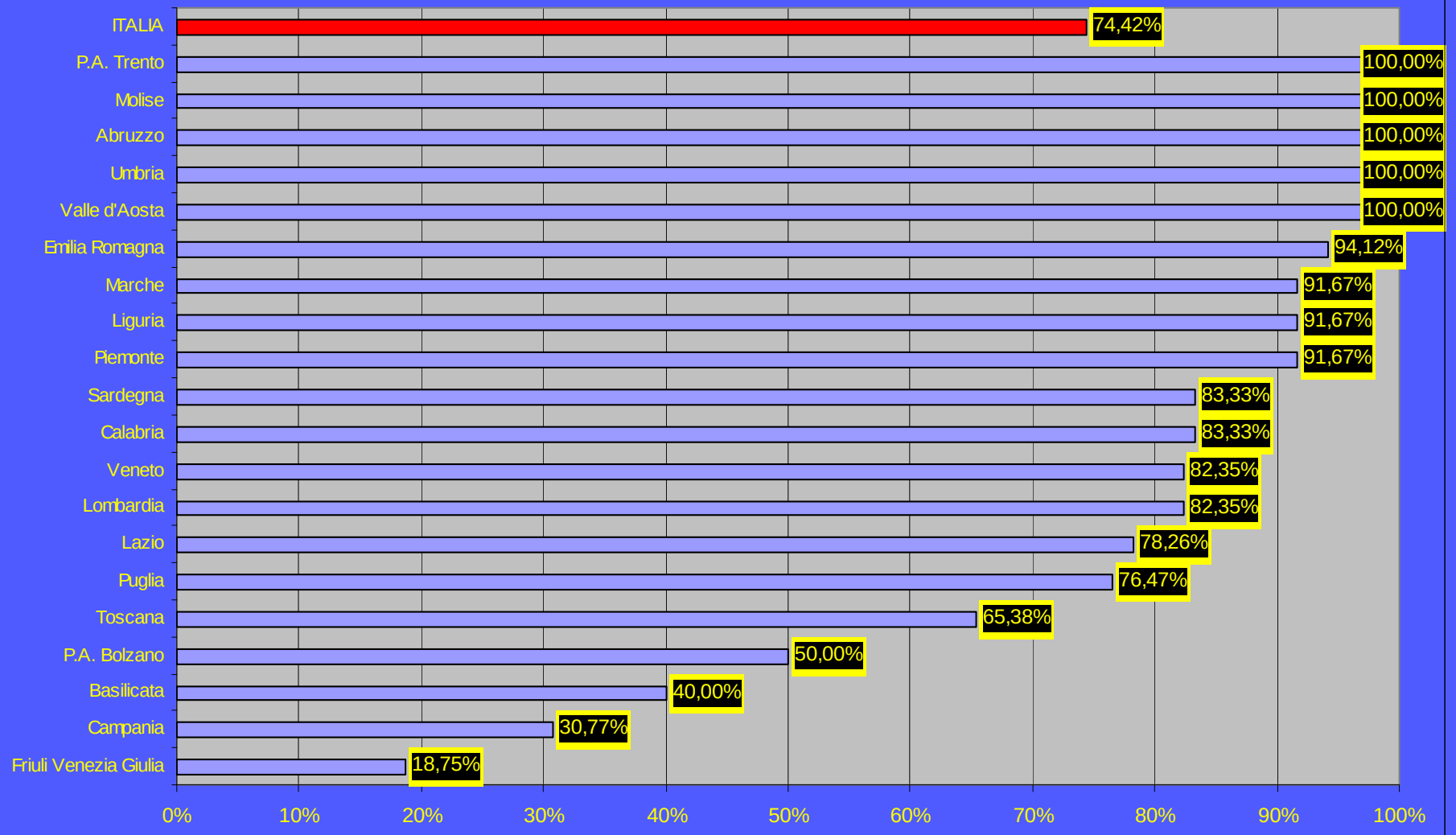
- ≤ 2,0
- ≥ 2,1; ≤ 2,9
- ≥ 3,0

Media : 2,4

Chiusura della porta d'ingresso dell'area di degenza nelle ore diurne



Strutture con la porta abitualmente chiusa

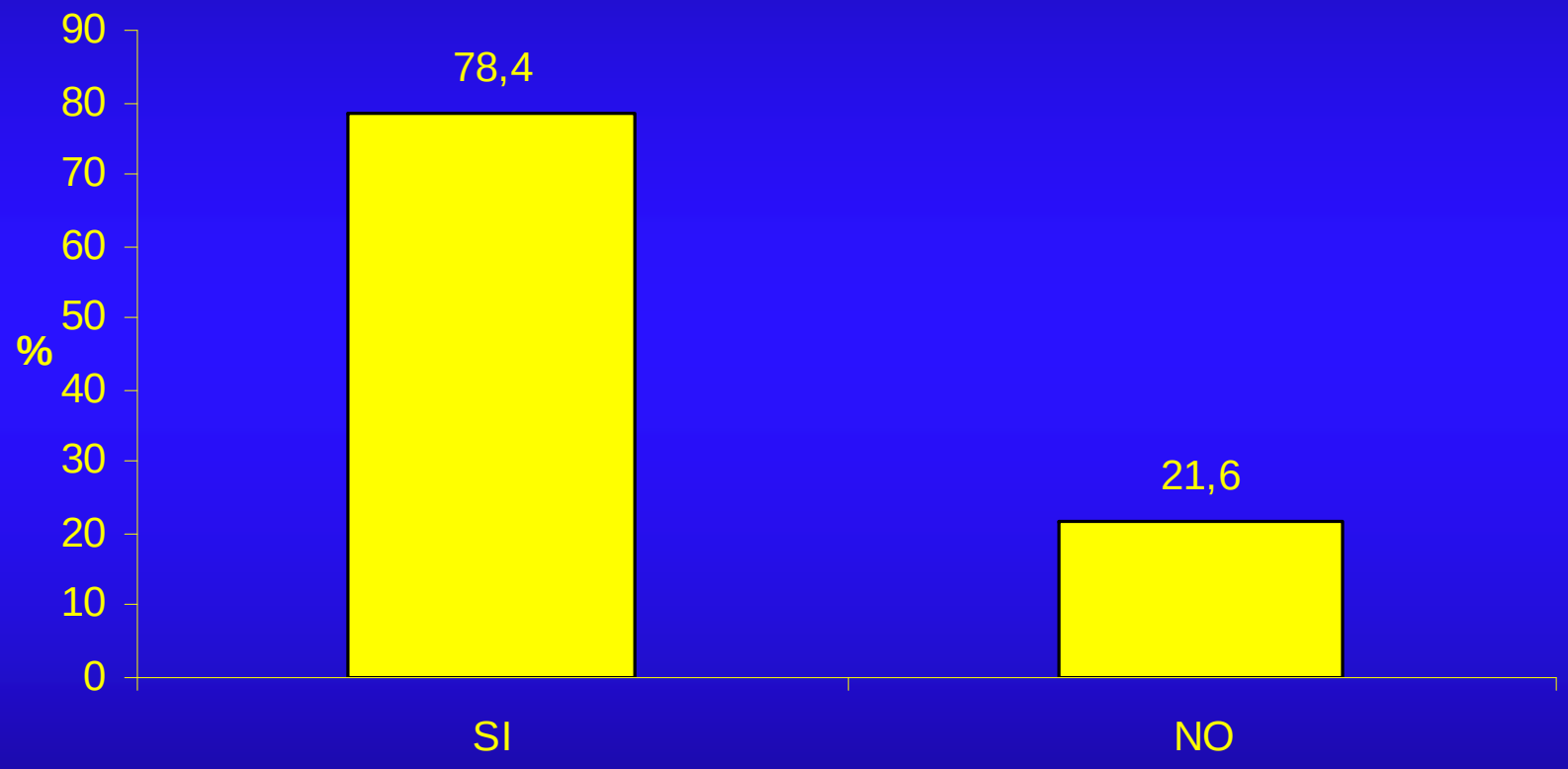


Porta chiusa su rilevazione fase2

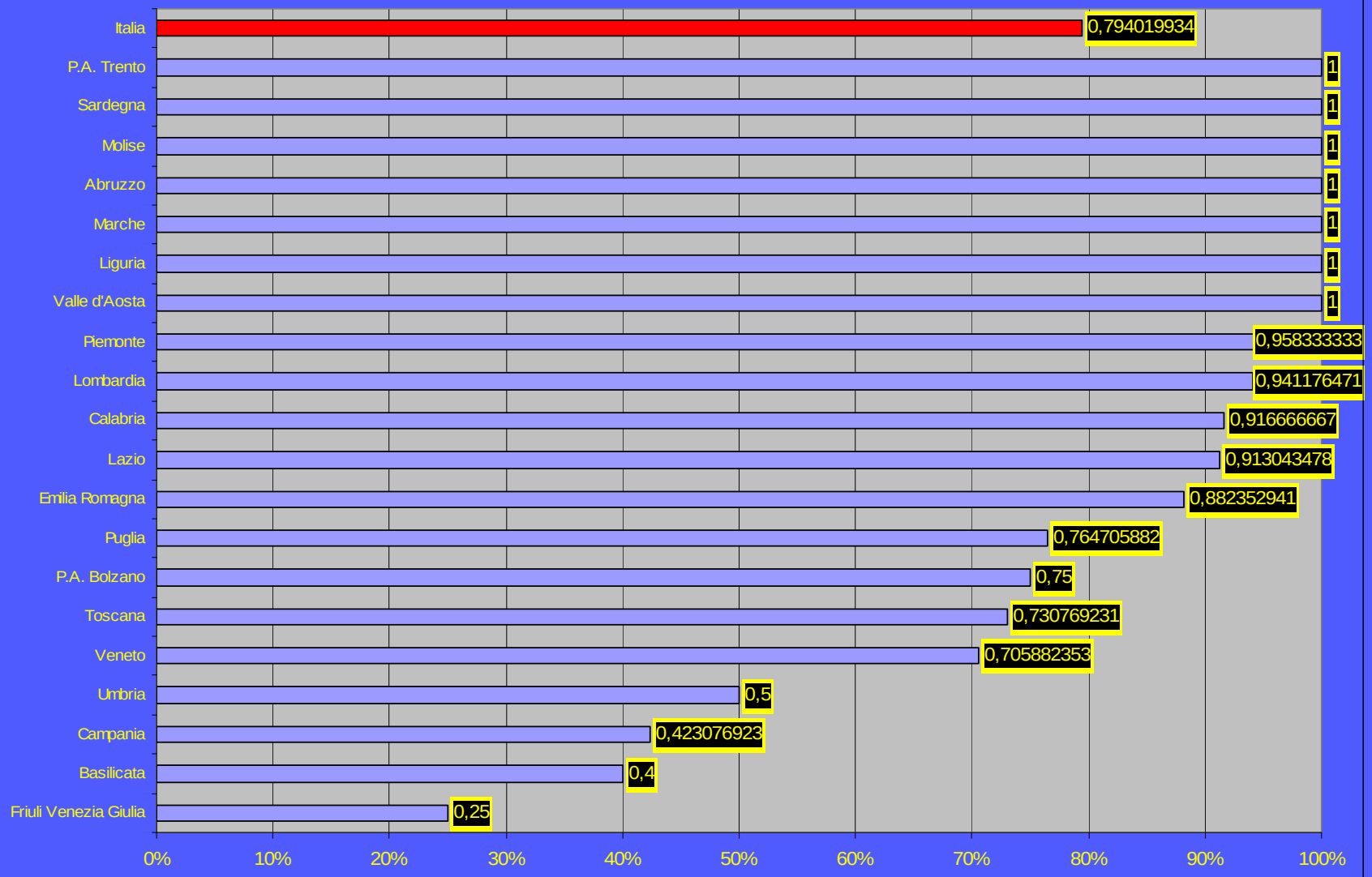
- Porta chiusa
- Meno di 1 su 4 aperta
- Meno di 2 su 4 aperta
- 2 su 4 aperta
- Più di 3 su 4 aperta

Valore medio italiano meno di 2 su 4 porta aperta

Presenza di mezzi di contenzione

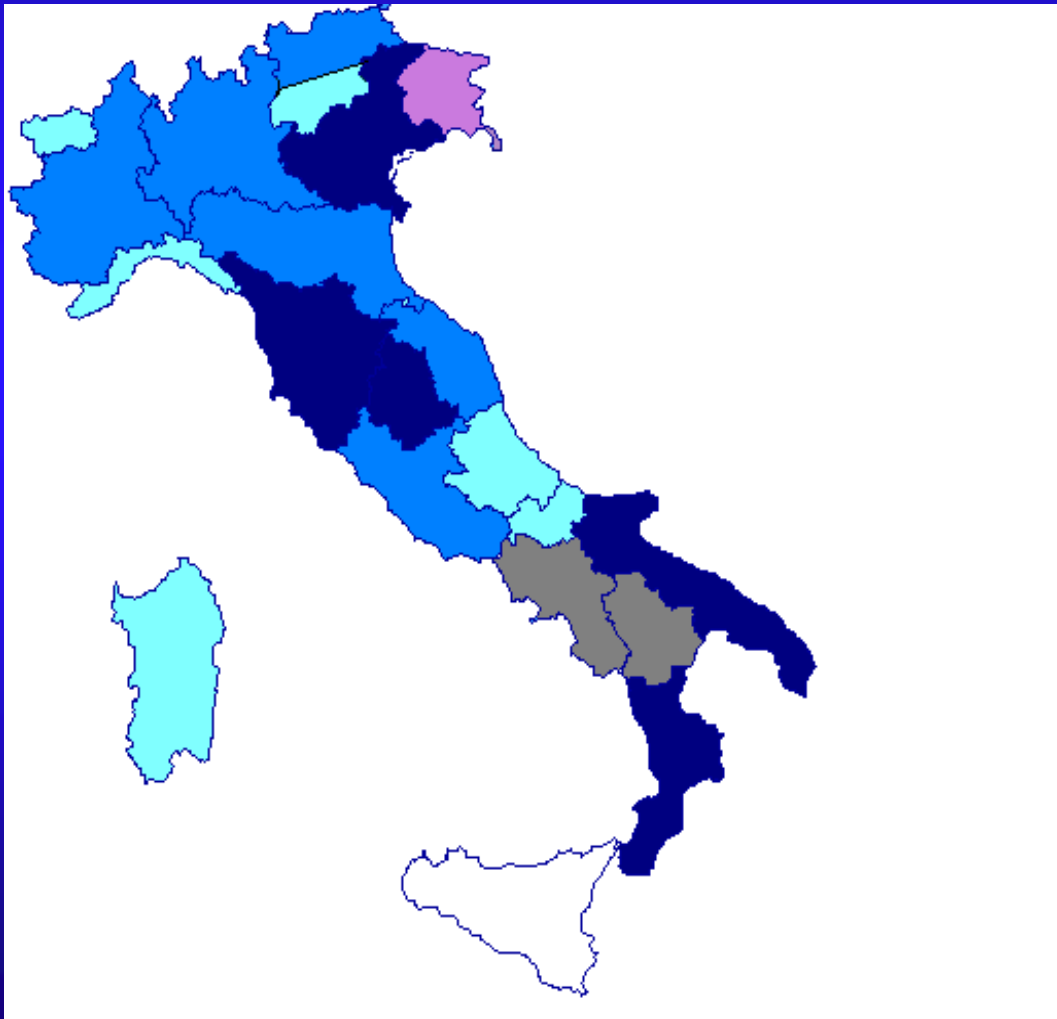


Disponibilità di mezzi di contenzione meccanica

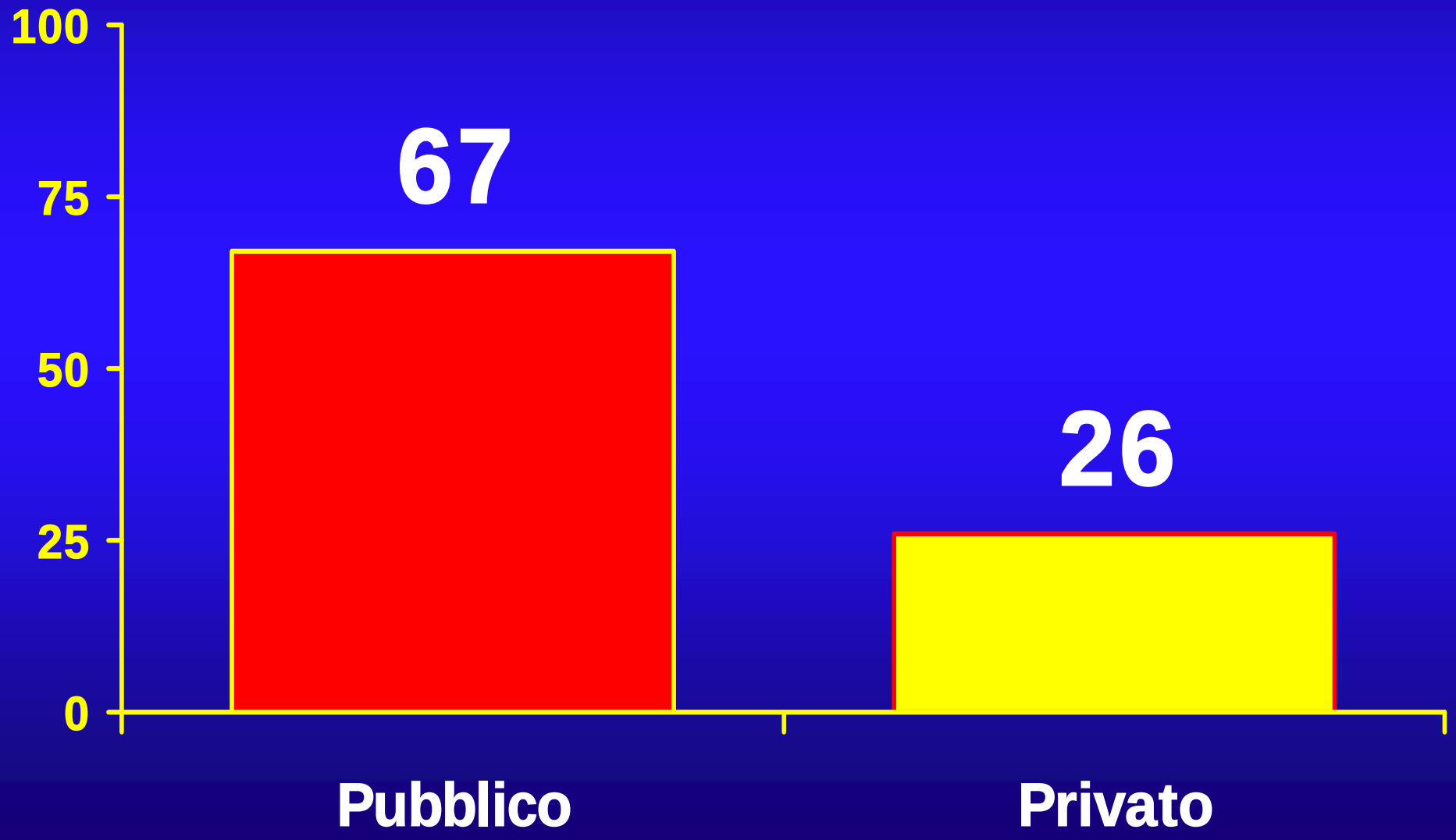


Percentuale di strutture che usano la contenzione

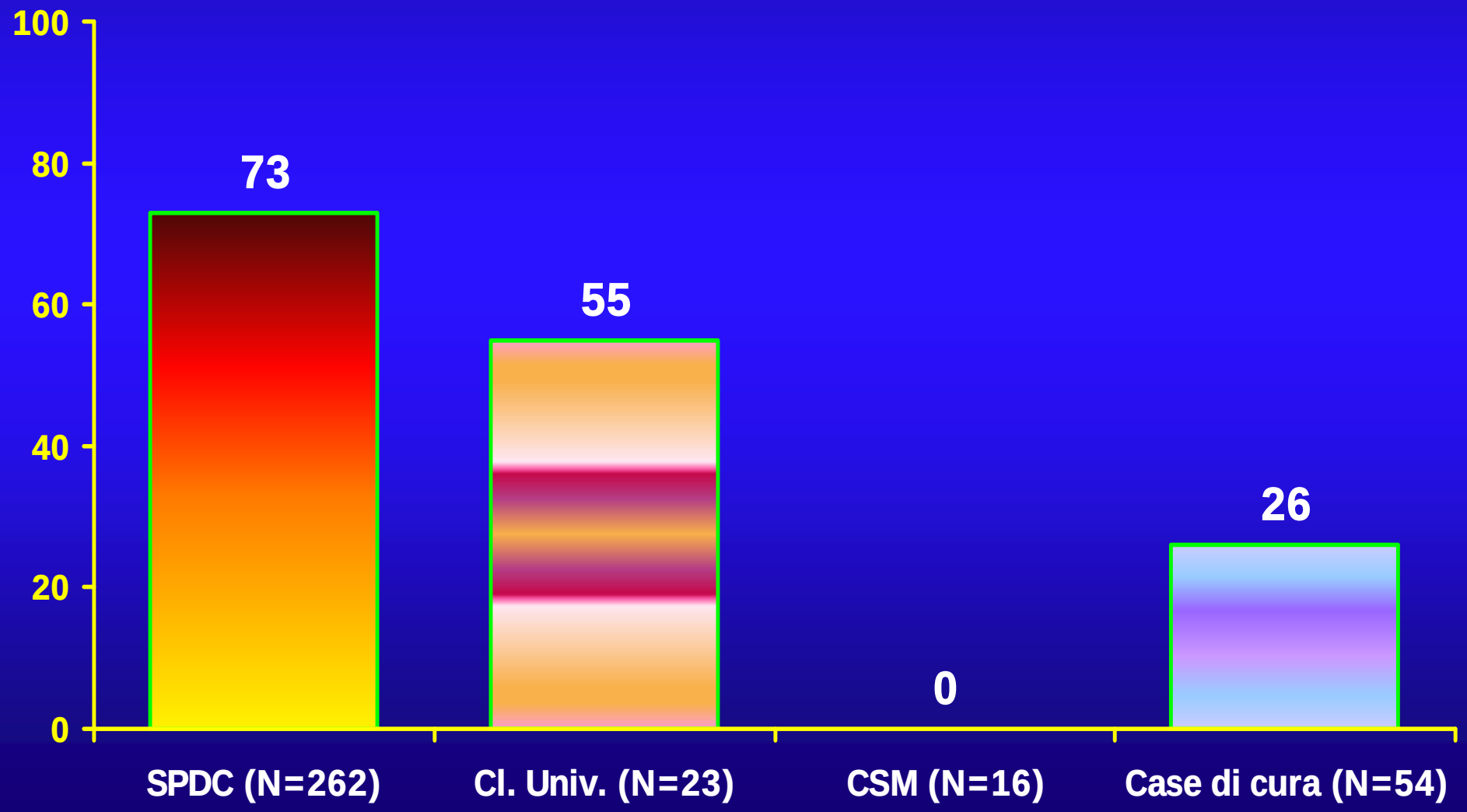
- **Tutte**
- **3 su 4**
- **2 su 4**
- **1 su 4**
- **Meno di 1 su 4**



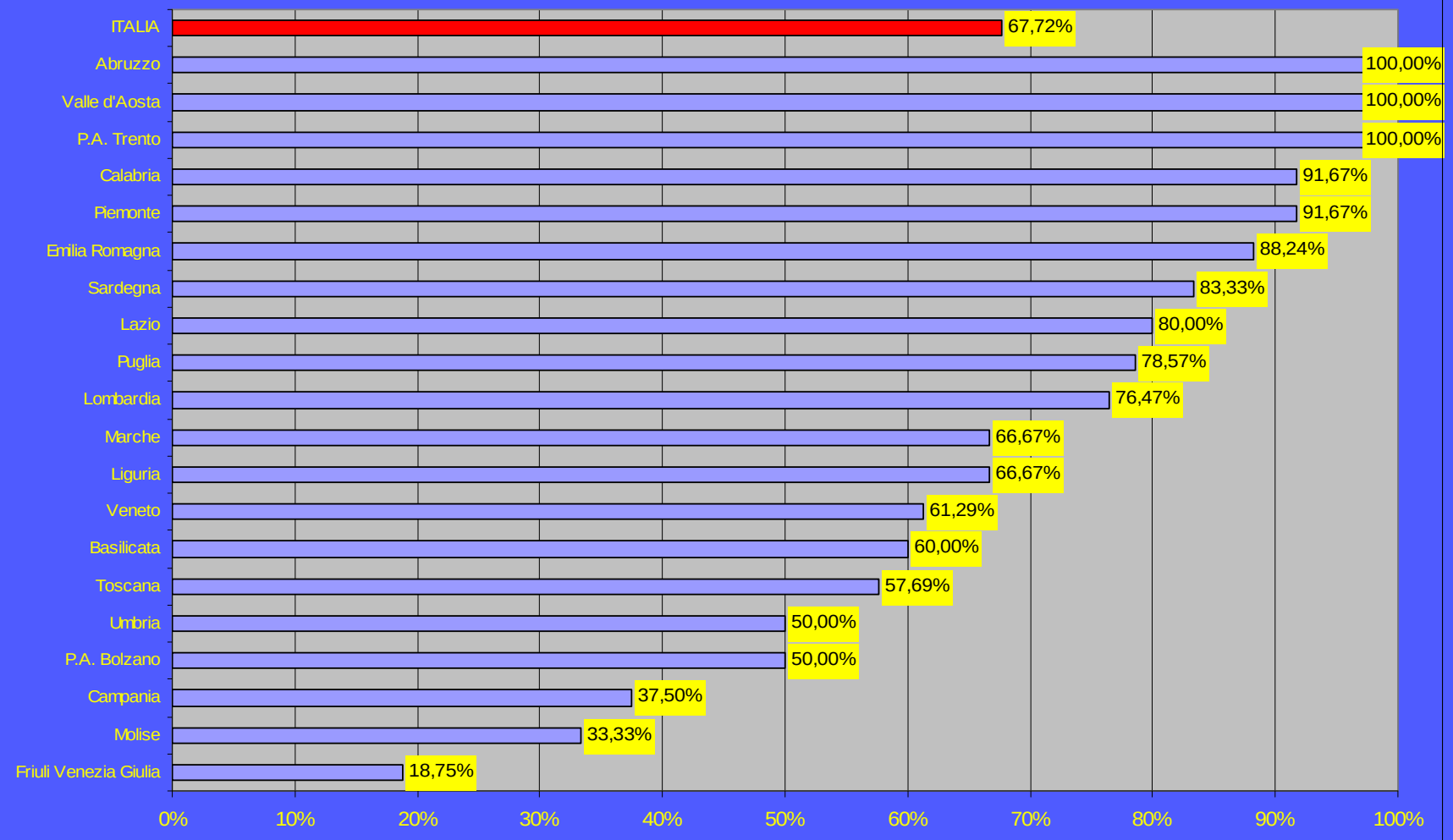
% DI STRUTTURE CHE HA FATTO CONTENZIONI NEGLI ULTIMI 12 MESI



Impiego della contenzione negli ultimi 12 mesi (%)



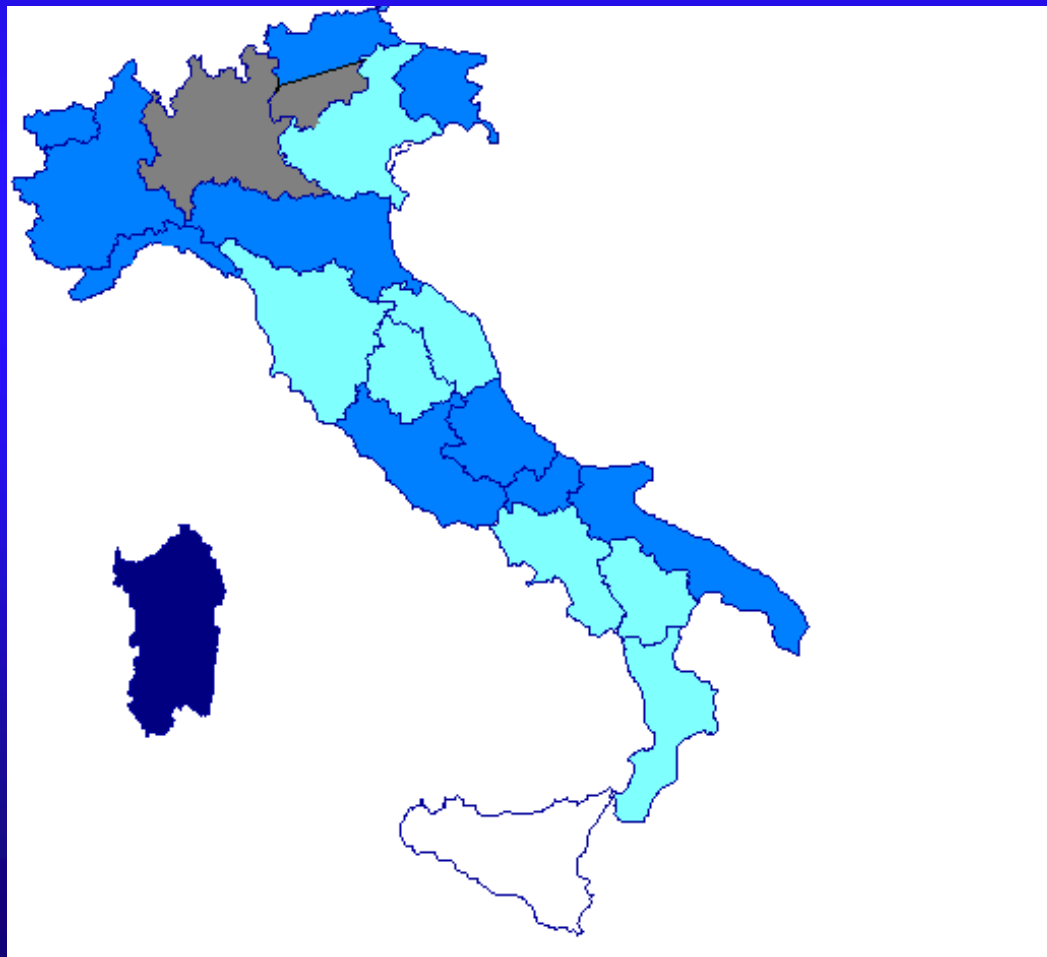
Contenimento affidato a mezzi meccanici negli ultimi dodici mesi



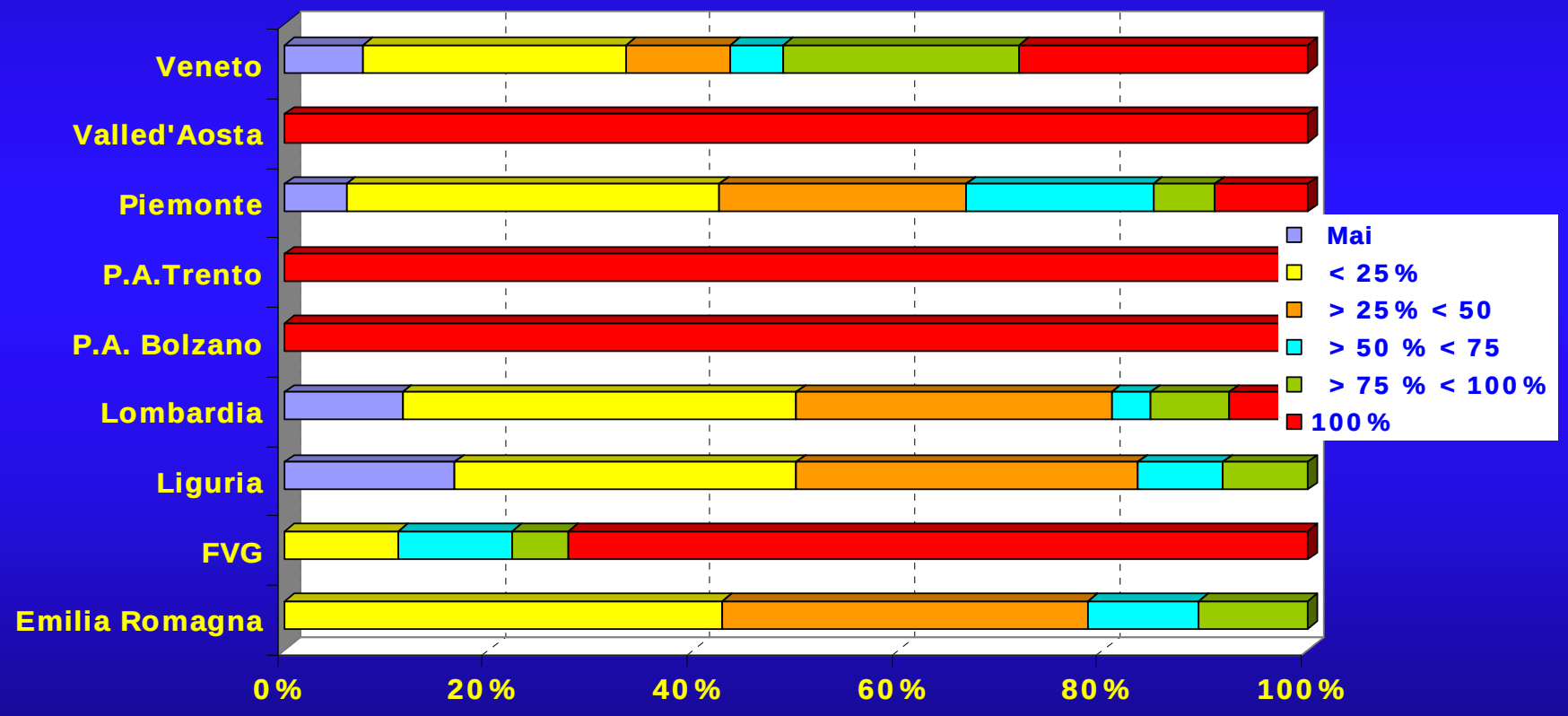
Percentuale di persone contenute nel campione di dimessi di fase 2

- ≤ 5
- > 5 ≤ 10
- > 10 ≤ 15
- > 15 ≤ 20

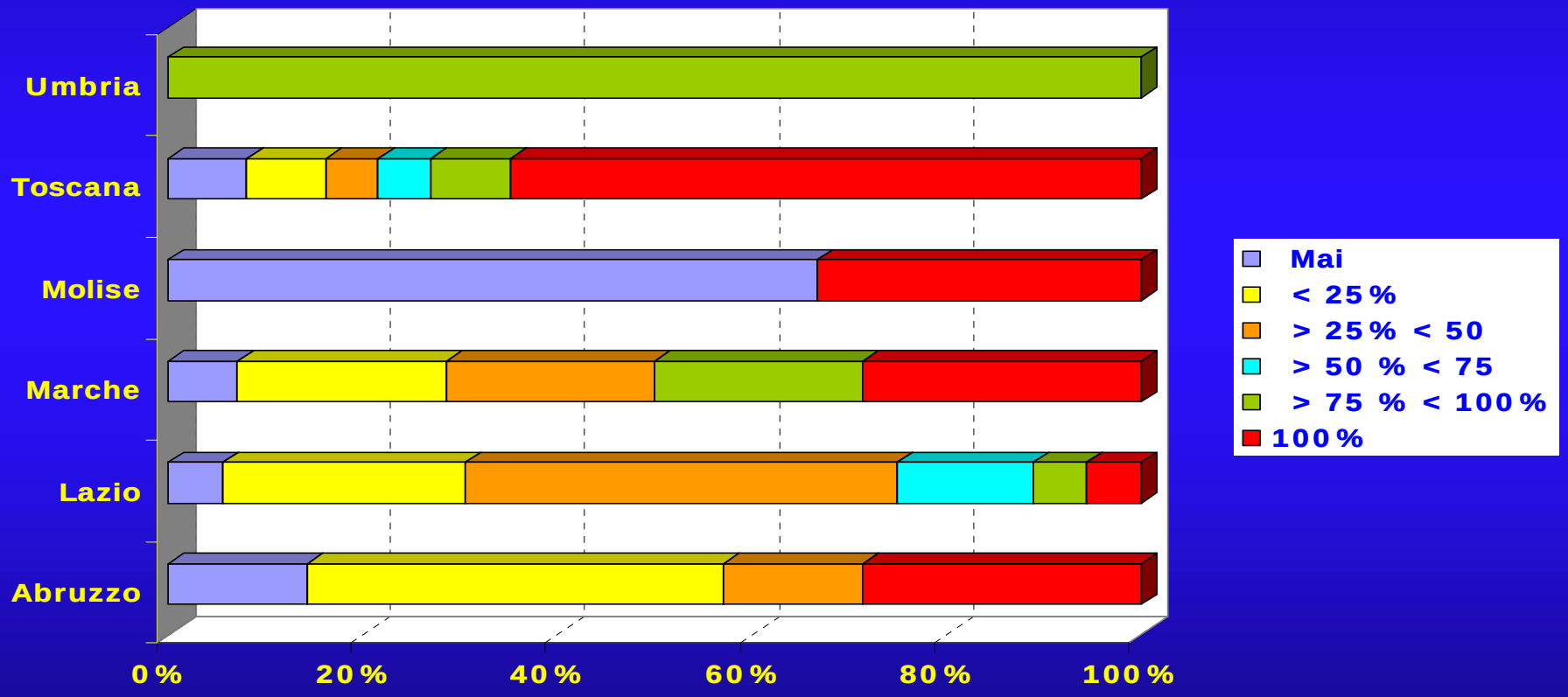
Valore medio italiano 7%



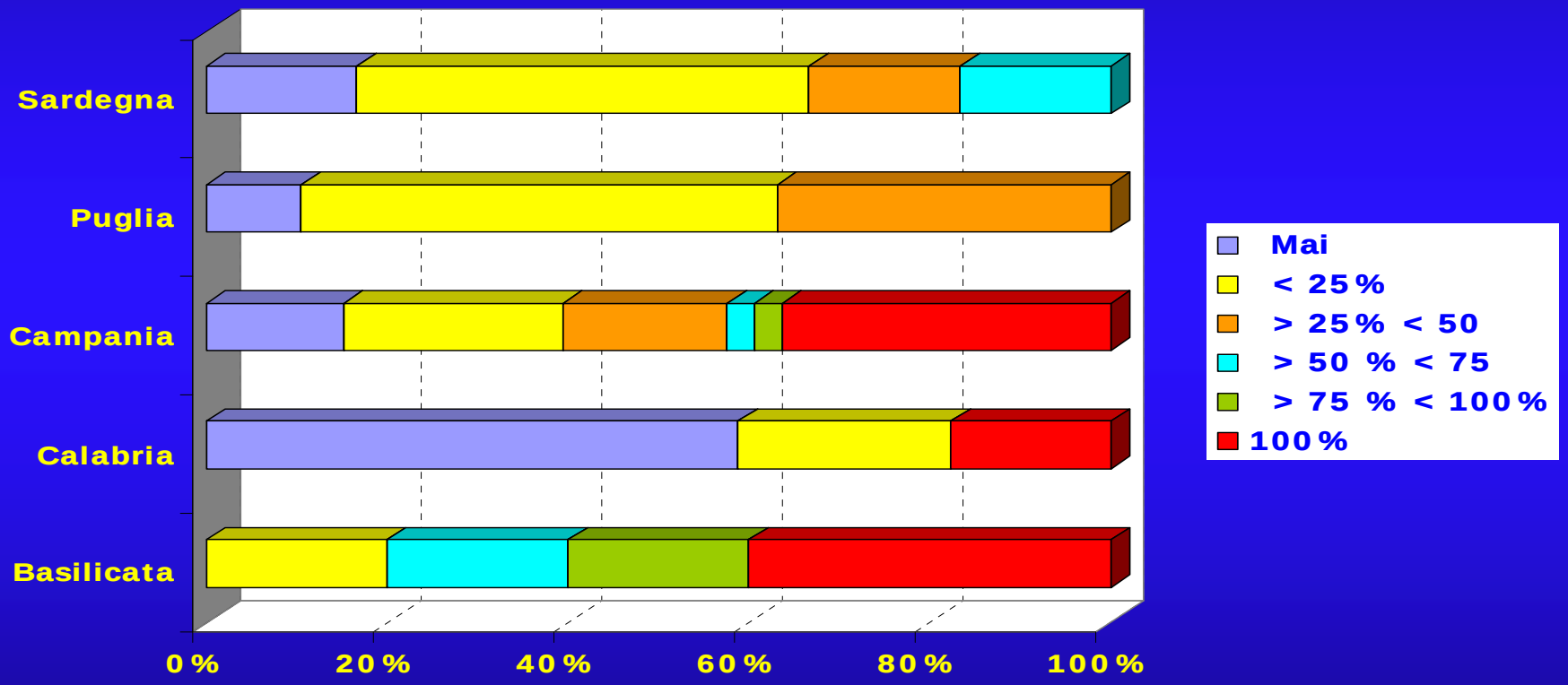
Integrazione con i servizi territoriali per regione (visita operatori SPT/CSM)



Integrazione con i servizi territoriali per regione (visita operatori SPT/CSM)



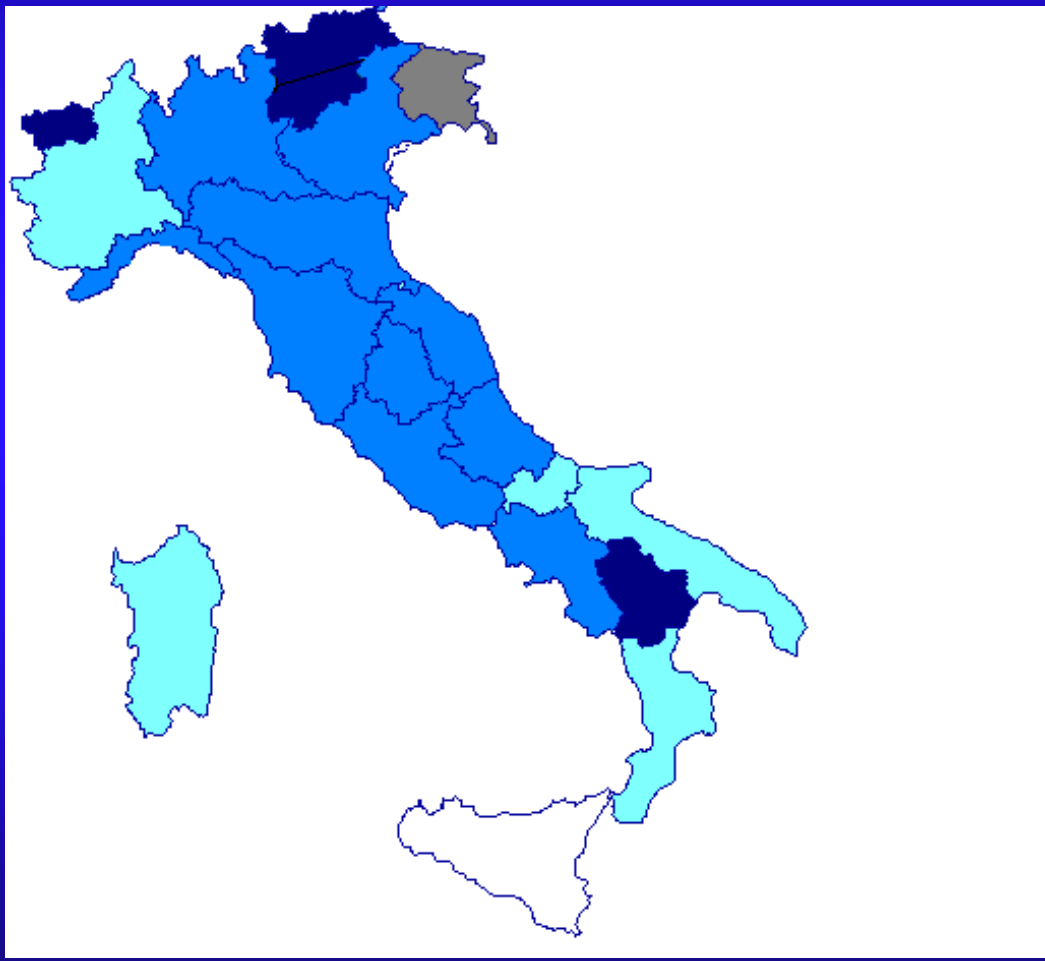
Integrazione con i servizi territoriali per regione (visita operatori SPT/CSM)



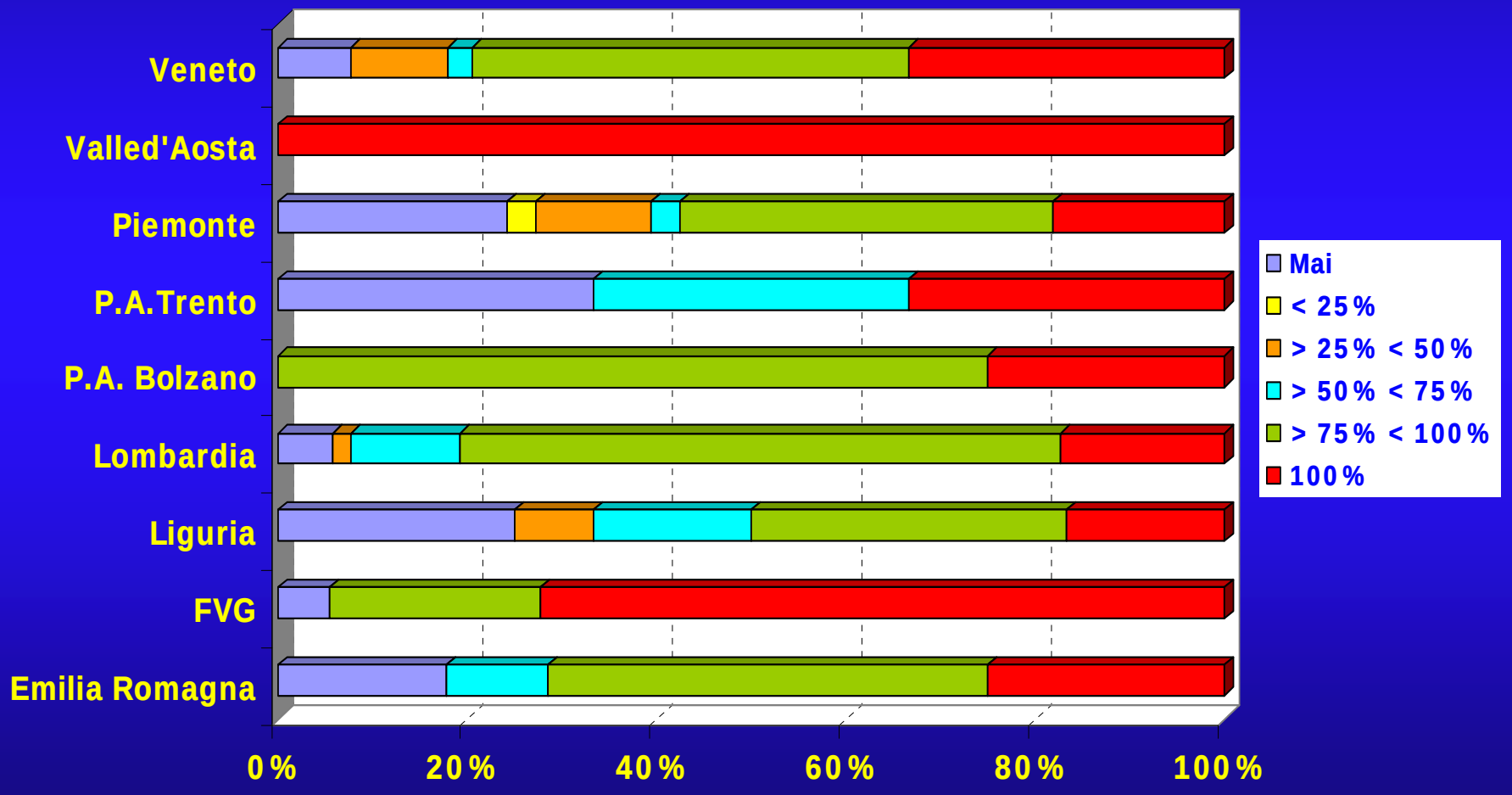
Persone visitate dagli operatori SPT/CSM (fase 2)

- **Meno di 1 su 4**
- **Più di 1 su 4**
- **Più di 2 su 4**
- **Più di 3 su 4**

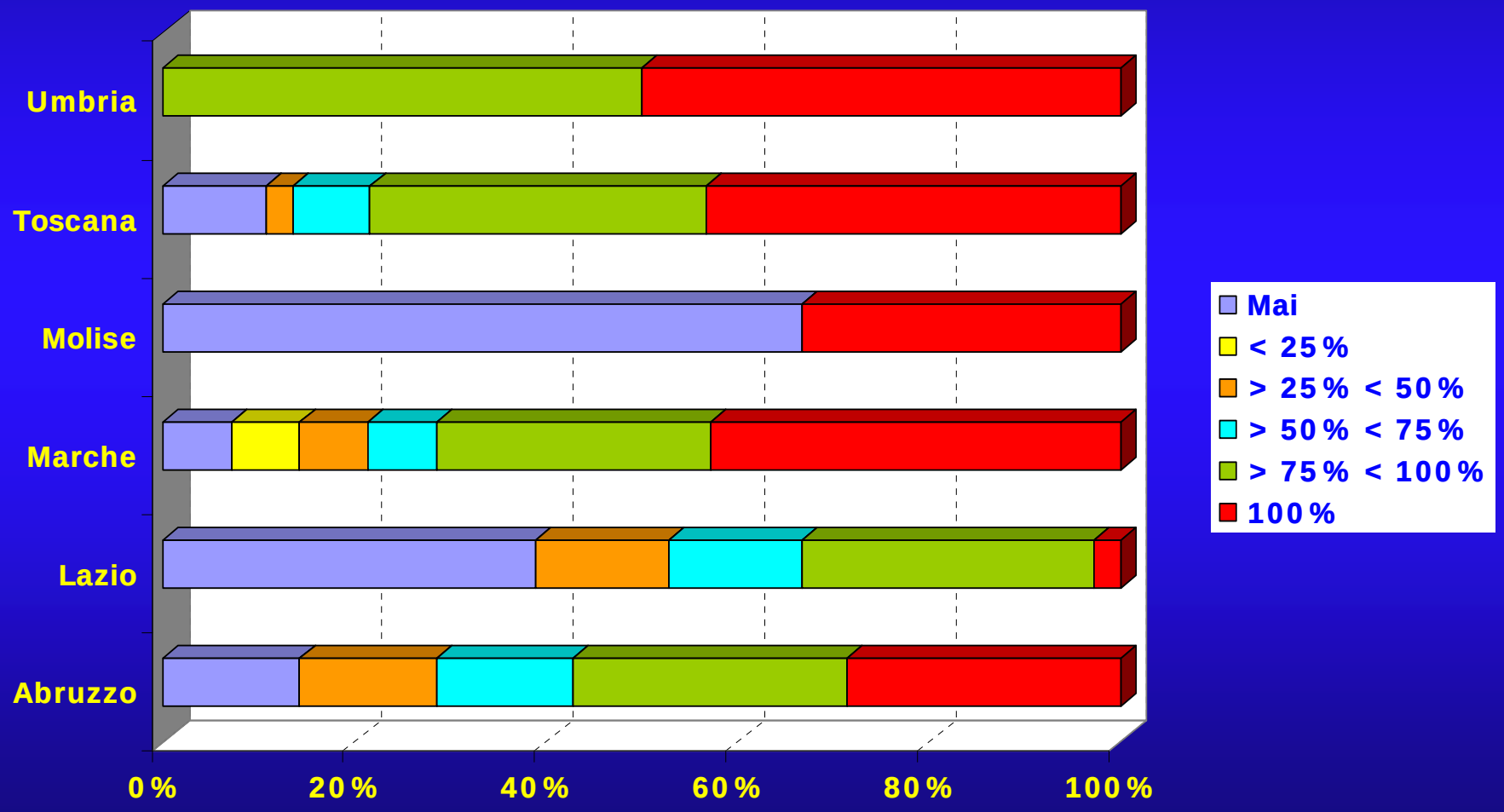
Valore medio italiano più di 1 su 4



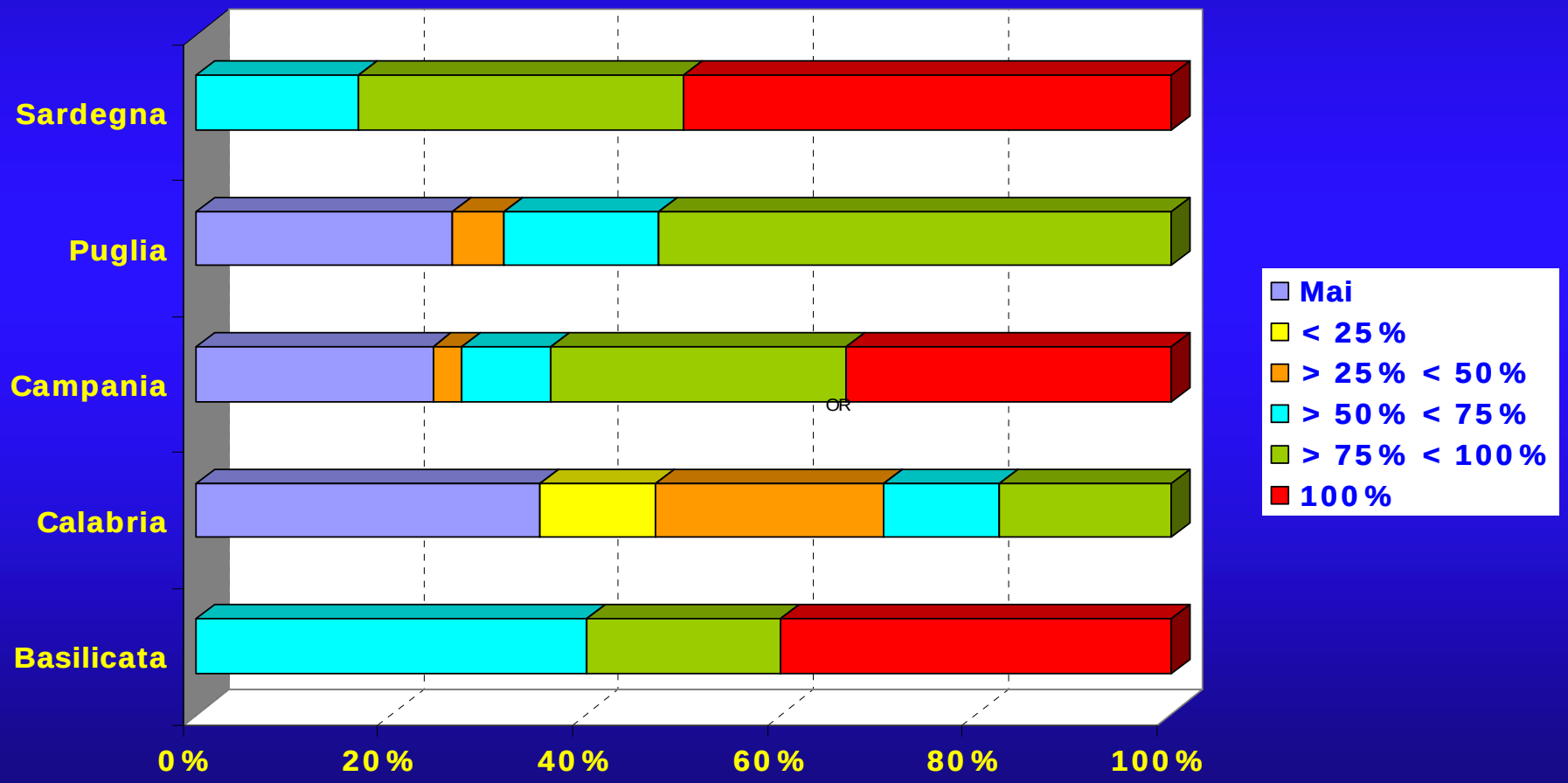
Prosecuzione trattamento nei servizi territoriali (dichiarazioni responsabili struttura fase 1)



Prosecuzione trattamento nei servizi territoriali (dichiarazioni responsabili struttura fase 1)



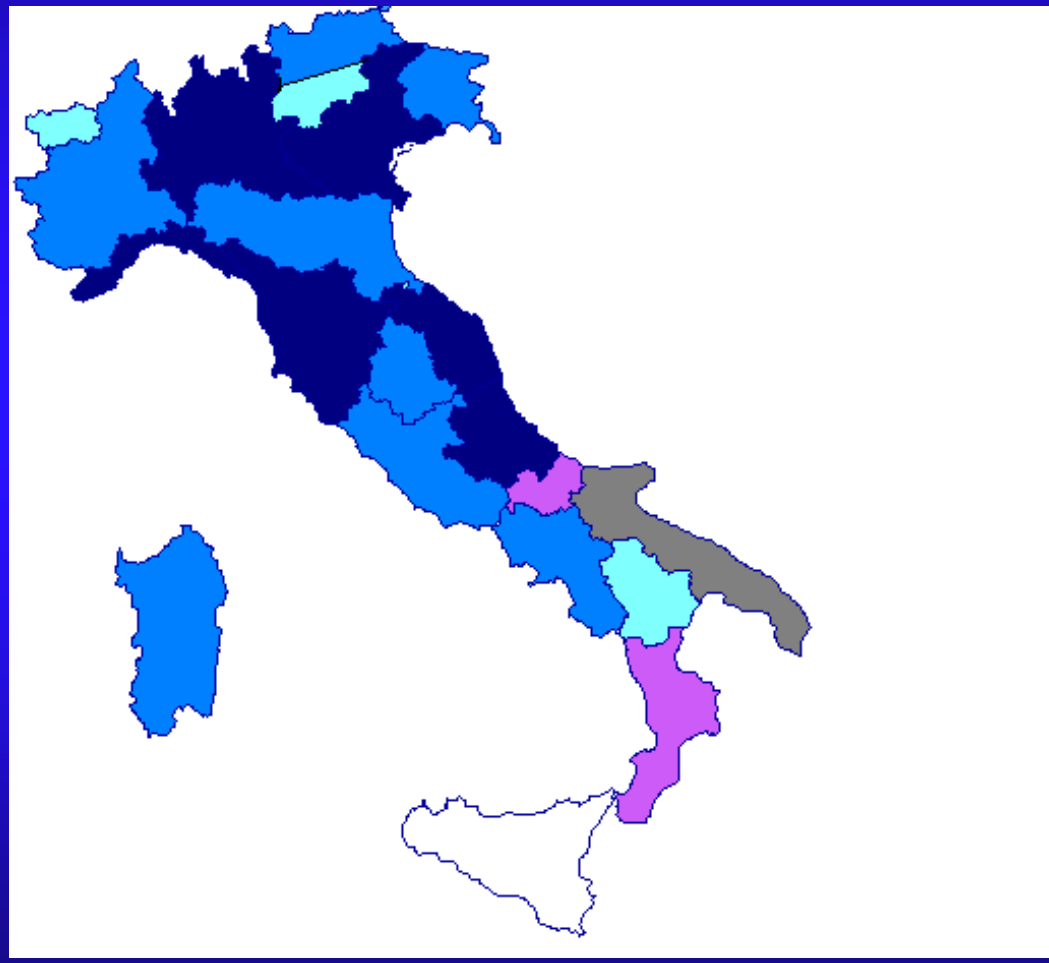
Prosecuzione trattamento nei servizi territoriali (dichiarazioni responsabili struttura fase 1)



Dimissioni concordate con SPT (Campione di fase 2)

- Sempre
- 3 su 4
- 2 su 4
- Meno di 2 su 4
- Meno di 3 su 4

Valore medio italiano 2 su 4



Le emergenze nel DSM di Trieste

A) **Cenni storici**

B) **Emergenza e CSM territoriali**

C) **SPDC ed emergenza**

Cenni storici : rapporto tra Ospedale enerale e O.P. a Trieste prima del 1978

- **Procedura “automatica” per il ricovero coatto in O.P. presso il Pronto Soccorso dell’O.G.**
- **Il ricovero coatto rappresentava la grande maggioranza dei ricoveri in O.P.**
- **Nel 1977 sciopero del personale che rifiutò di accompagnare i pazienti in O.P..**
- **Alla fine del 1977 attivazione di un servizio di reperibilità sulle 24 ore presso il P.S. dell’O.G. (una piccola “task force” di due infermieri e un medico)**
- **Visibile e significativa riduzione dei ricoveri coatti e prefigurazione organizzativa del ruolo e delle funzioni dell’ SPDC**

Cenni storici : legge 180 / 1978 a Trieste

- **Centralità posta sui servizi territoriali (CSM) già esistenti fin dal 1975, anche per la gestione delle emergenze e dei ricoveri in TSO**
- **Istituzione di un piccolo reparto ospedaliero che svolgesse solo funzione di "filtro" ai ricoveri e che funzionasse con estrema coerenza con il resto della rete territoriale**
- **Principi coerenti con la deistituzionalizzaizone dell'open door e del no restraint, attenzione massima al problema del consenso e al rispetto dei diritti (negoziazione delle terapie farmacologiche, comunicazione con avvocati e fiduciari, massima collaborazione con familiari e persone della rete sociale di appartenenza**
- **Quotidiano contatto con gli operatori dei CSM e programmi concordati**
- **In generale turnover molto rapido**

Trieste : Emergenze e CSM territoriali

- **Centralità del servizio territoriale perché così si valorizza non solo la dimensione individuale, ma la dimensione di**

contesto

che, come già accennato, nell'emergenza risulta particolarmente sinificativa

Trieste : Emergenze e CSM territoriali

(da “ Rispondere alla crisi ”, ricerca del 1987,Dell’Acqua,Mezzina)

- **“ Il servizio deve poter leggere i passaggi che da una crisi muta, senza possibilità di ascolto, conducono al comportamento trasgressivo o allarmante, come segnale di sofferenza, fino allo scattare dei sistemi sociali dell’emergenza; e deve poter organizzare differenti modalità di contatto, accorciare i tempi di latenza della crisi, rendere precoce l’intervento. In tal modo si sviluppa una operatività che connette la crisi a tutte le altre domande psichiatriche che si esprimono in modi diversi dal’emergenza ’’**

Trieste : Emergenze e CSM territoriali

Dalla ricerca (1987) :

- ***Focus*** **sui casi gravi di crisi / emergenza**
- ***Domanda diretta*** **al CSM nel 74% dei casi(casi provenienti dall' SPDC solo un terzo)**
- ***Diagnosi*** **(su un totale di 108 casi) di**

Psicosi acuta (31,8%), Tentati suicidi (21,3%),Stati confusionali di natura psicorganica (12,9%), Stati di eccitamento maniacale (10,1%), Disturbi del comportamento (9,2%), Disturbi depressivi gravi (7,4%), Stati di angoscia grave non psicotica (7,4%)

Trieste: Emergenze nei CSM territoriali

Criteri di intervento e trattamento (dalla ricerca):

- Luoghi dell'incontro con il paziente grave molteplici
- Flessibilità del servizio
- Nei casi di ostinato rifiuto, moltiplicazione delle strategie di avvicinamento
- Non esclusione di un contatto fisico ravvicinato
- Presa in carico a partire dalla responsabilità territoriale

Trieste: Emergenze nei CSM territoriali

Criteri di intervento e trattamento (dalla ricerca):

- Mantenimento rapporti con rete familiare/sociale
- Attivazione di relazioni formali/informali nello spazio-centro
- Nello spazio-centro uso del tempo come valore
- Personalizzazione delle forme di maggiore tutela e controllo ove assolutamente necessario
- Articolato programma terapeutico del servizio
- Lavoro di gruppo sul servizio

SPDC ed Emergenze

- **In Italia fino al 2001 sono stati aperti 321 SPDC , vi è stata una completa chiusura degli ospedali psichiatrici e uno sviluppo di servizi territoriali, ma in molti casi, come confermato dalla ricerca PROGRES :**

- **Molti SPDC non sono integrati con i servizi territoriali (anche Aziende diverse)**

- **Molti SPDC lavorano ancora con uno stile cosiddetto "manicomiale" : porte chiuse, contenzione fisica,terapie di shock, uso intensivo e massiccio dei farmaci**

- **I diritti dei pazienti non sempre sono rispettati**

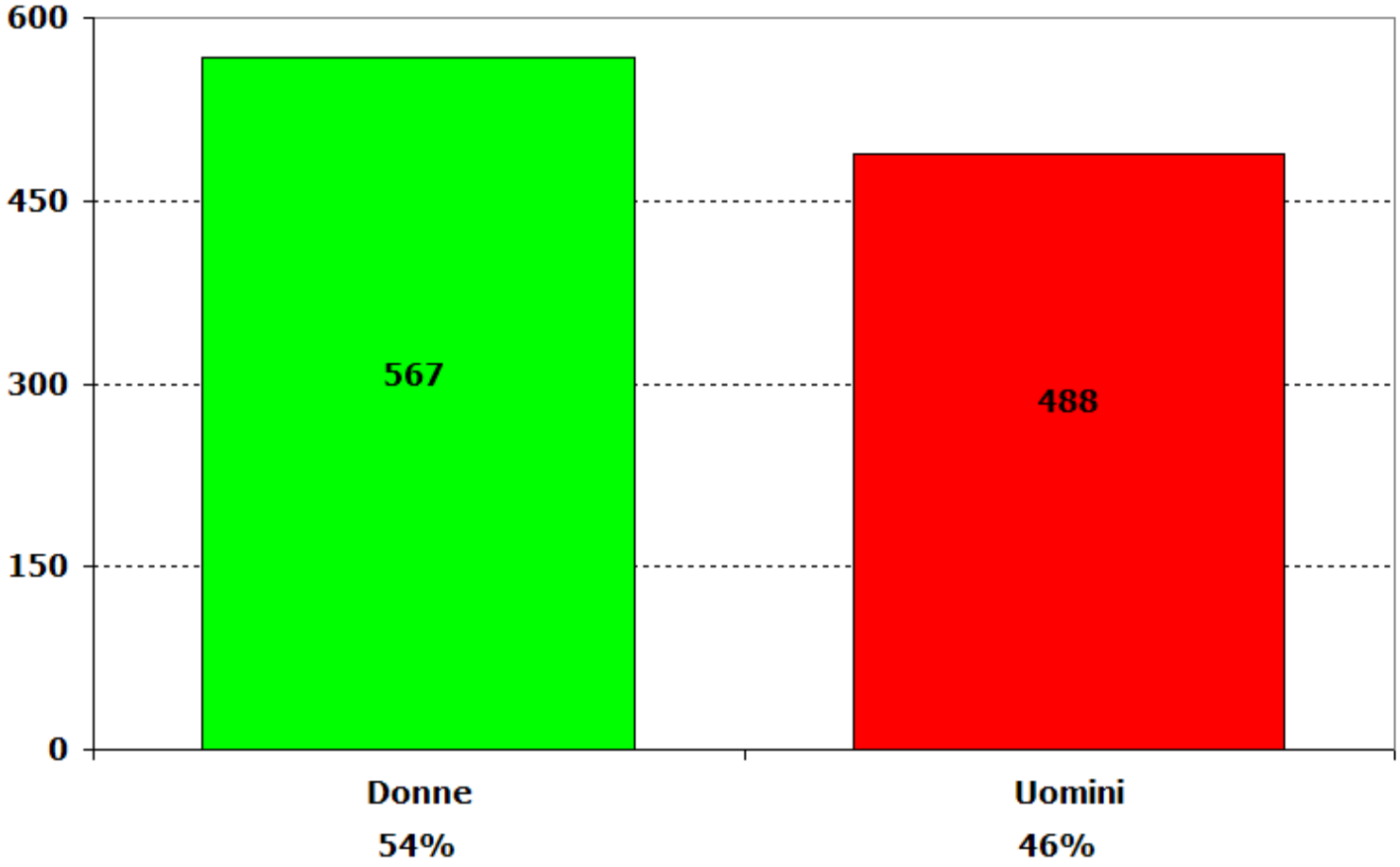
- **In molti casi non vi è adeguato collegamento e cogestione tra SPDC e Servizi territoriali.**

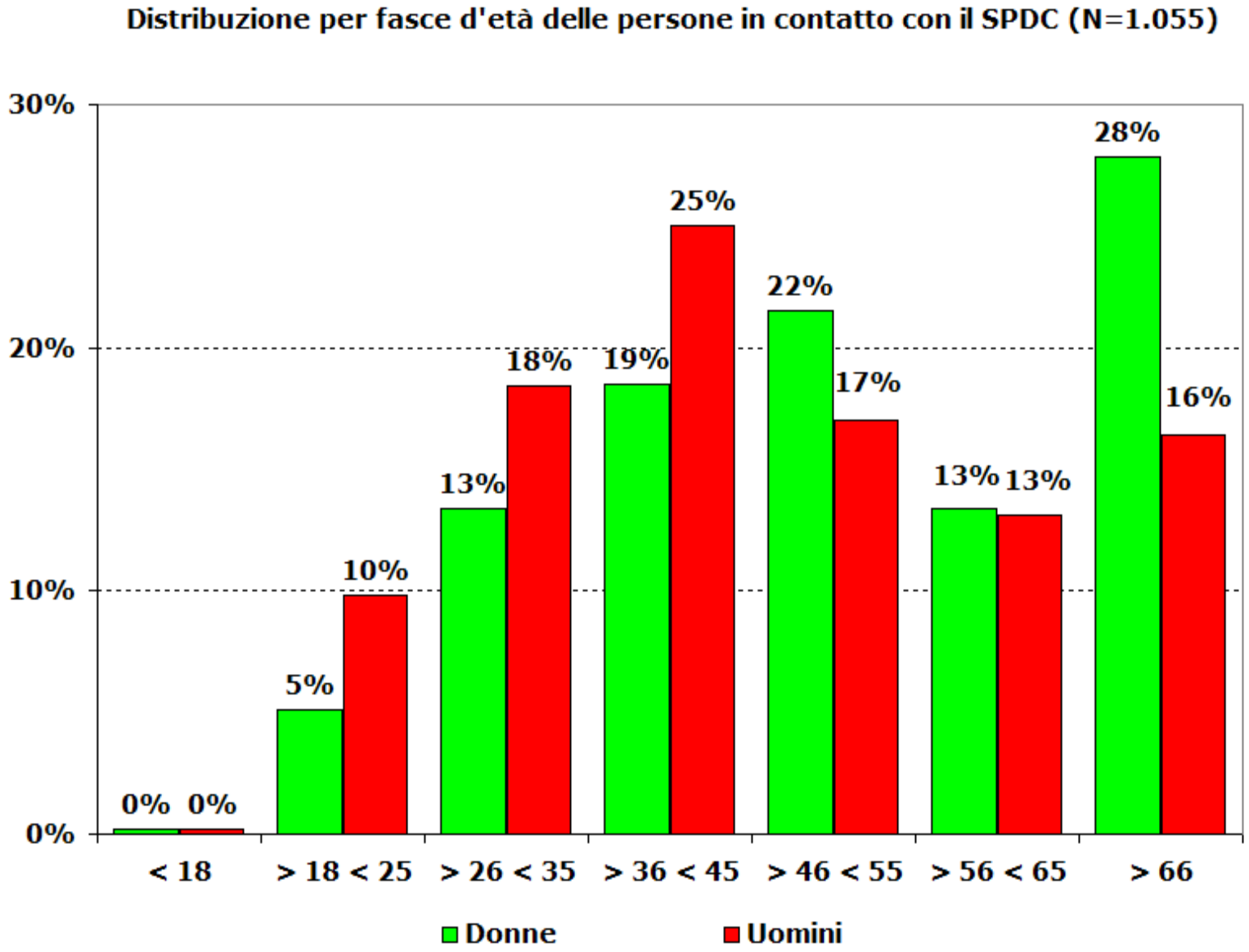
Nel Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, l' SPDC è :

- ***Storicamente -*** **la proiezione di una fase del processo di deistituzionalizzazione**
- ***Strutturalmente -*** **integrato e coordinato in maniera forte con i Servizi territoriali : i Centri di Salute Mentale 24 ore**
- ***Funzionalmente -*** **un luogo il cui compito è la prima valutazione solo per le persone che arrivano in Ospedale Generale**
- ***Filosoficamente -*** **un luogo importante per osservare e farsi carico della questione del " sociale" all'interno della medicina" (Basaglia)**
- ***Ultimo, ma non meno importante*****, un luogo e delle procedure su cui continuiamo ad interrogarci**

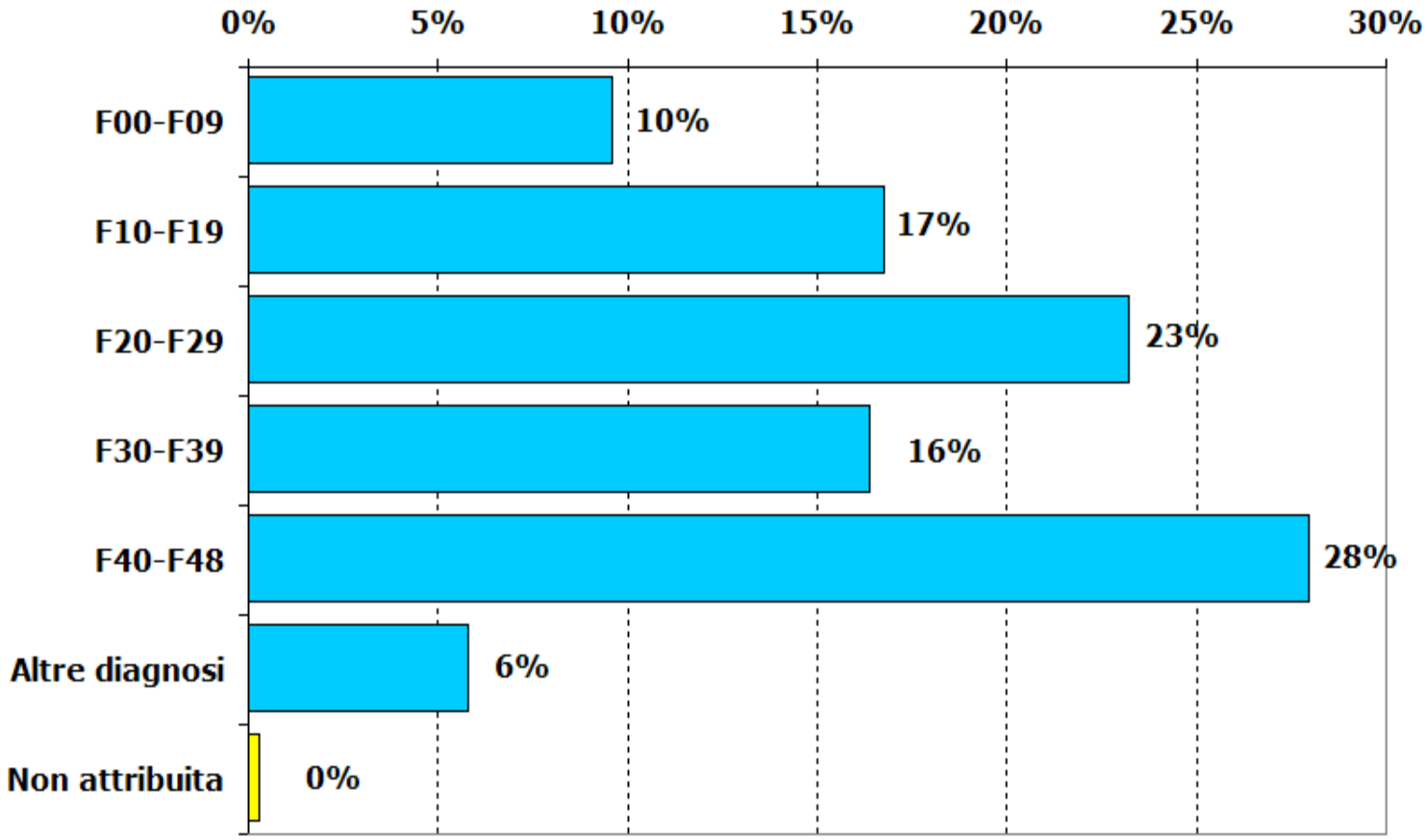
L’attività del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di Trieste

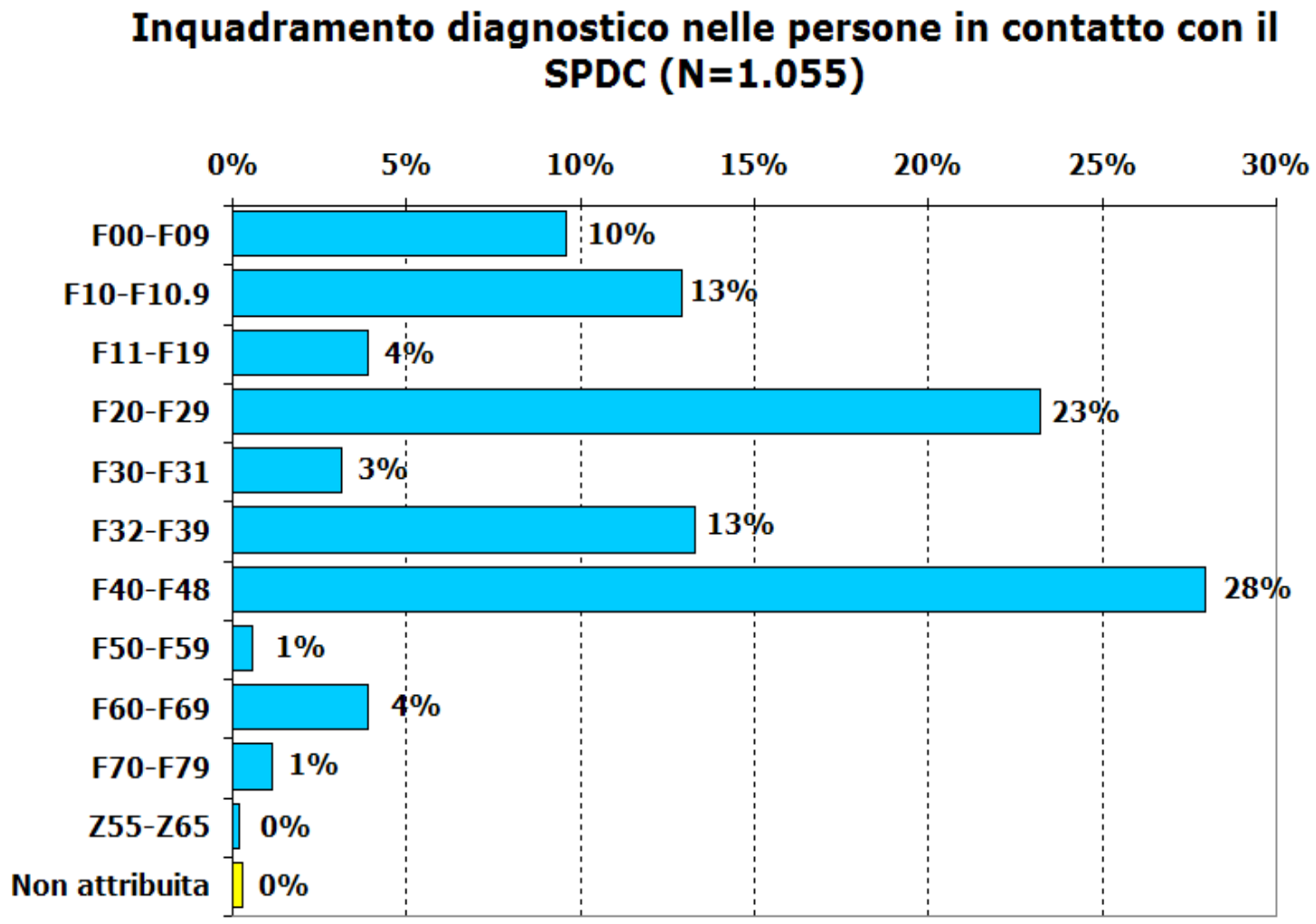
Distribuzione di genere delle persone in contatto con il SPDC (N=1.055)




Distribuzione per fasce d'età delle persone in contatto con il SPDC (N=1.055)
30%
20%
10%
0%
0% 0%
5%
10%
13%
18%
19%
25%
22%
17%
13% 13%
28%
16%
< 18
> 18 < 25
> 26 < 35
> 36 < 45
> 46 < 55
> 56 < 65
> 66
Donne
Uomini

Inquadramento diagnostico nelle persone in contatto con il SPDC (N=1.055)

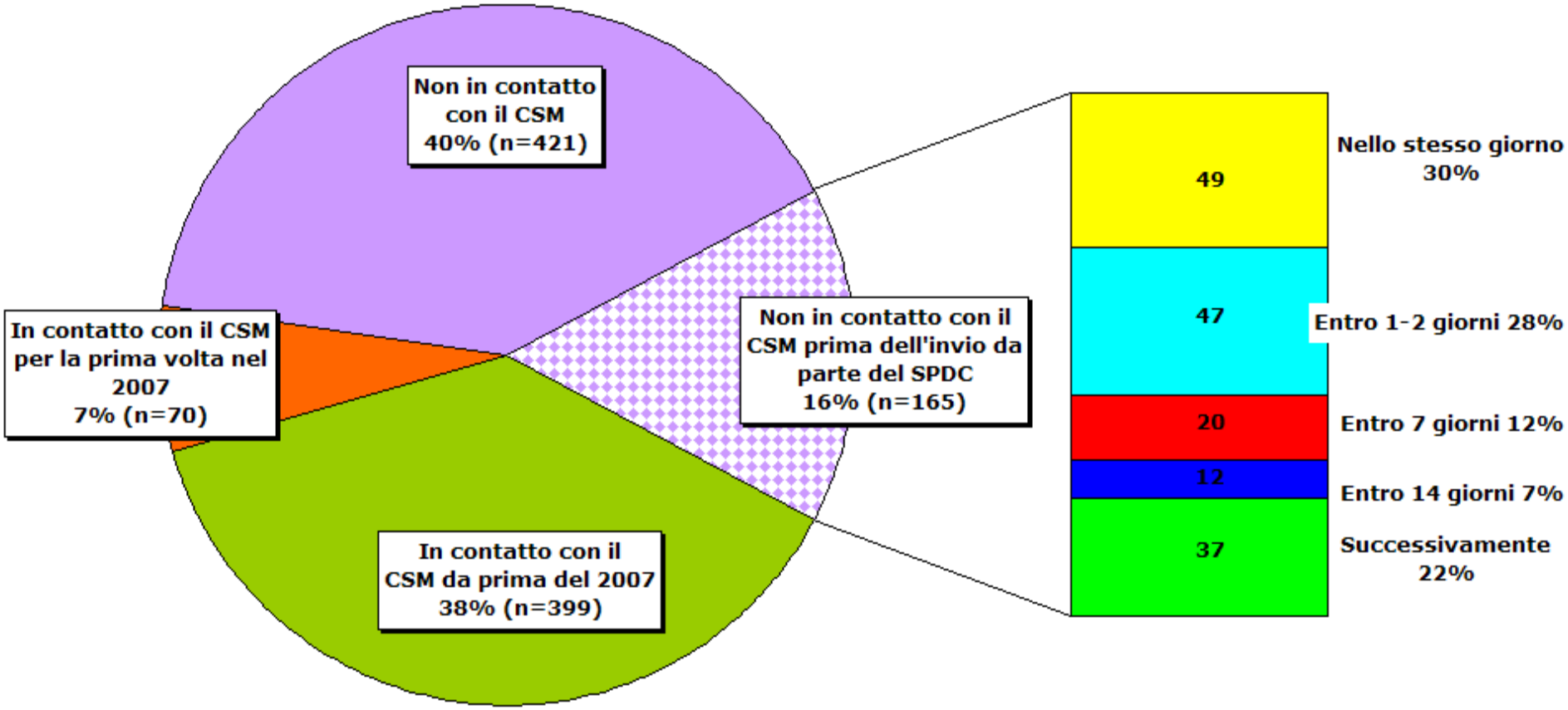




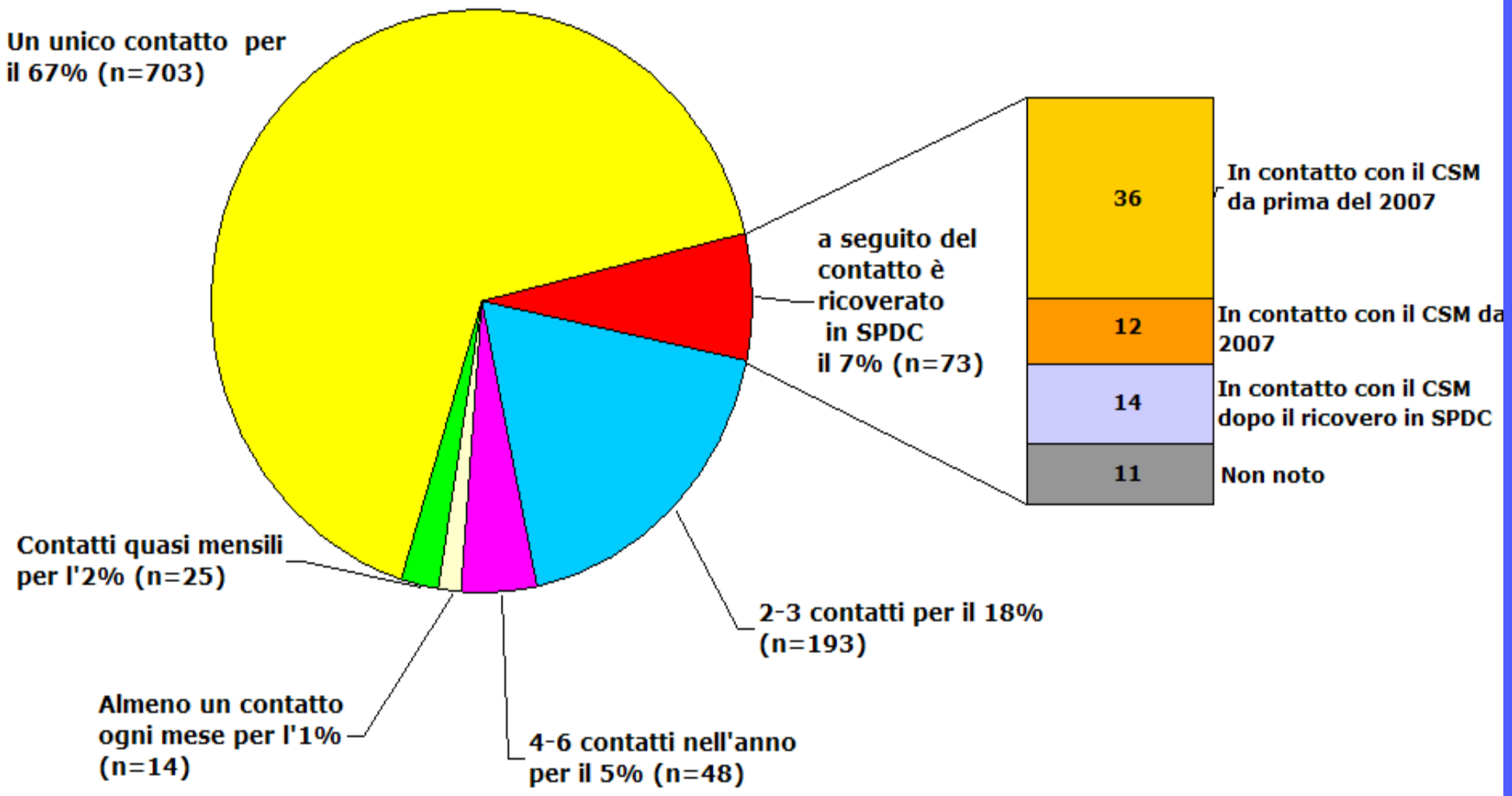
L'inquadramento diagnostico è disaggregato nell'area F10-F19 per evidenziare le persone che nel momento del contatto con il SPDC presentavano sintomi di intossicazione e/o abuso alcolico (F10-F10.9).

Sono disaggregati anche i codici F30-F39 per evidenziare le persone con disturbo bipolare (F30-F31) rispetto alle persone con disturbo depressivo (F32-F39)

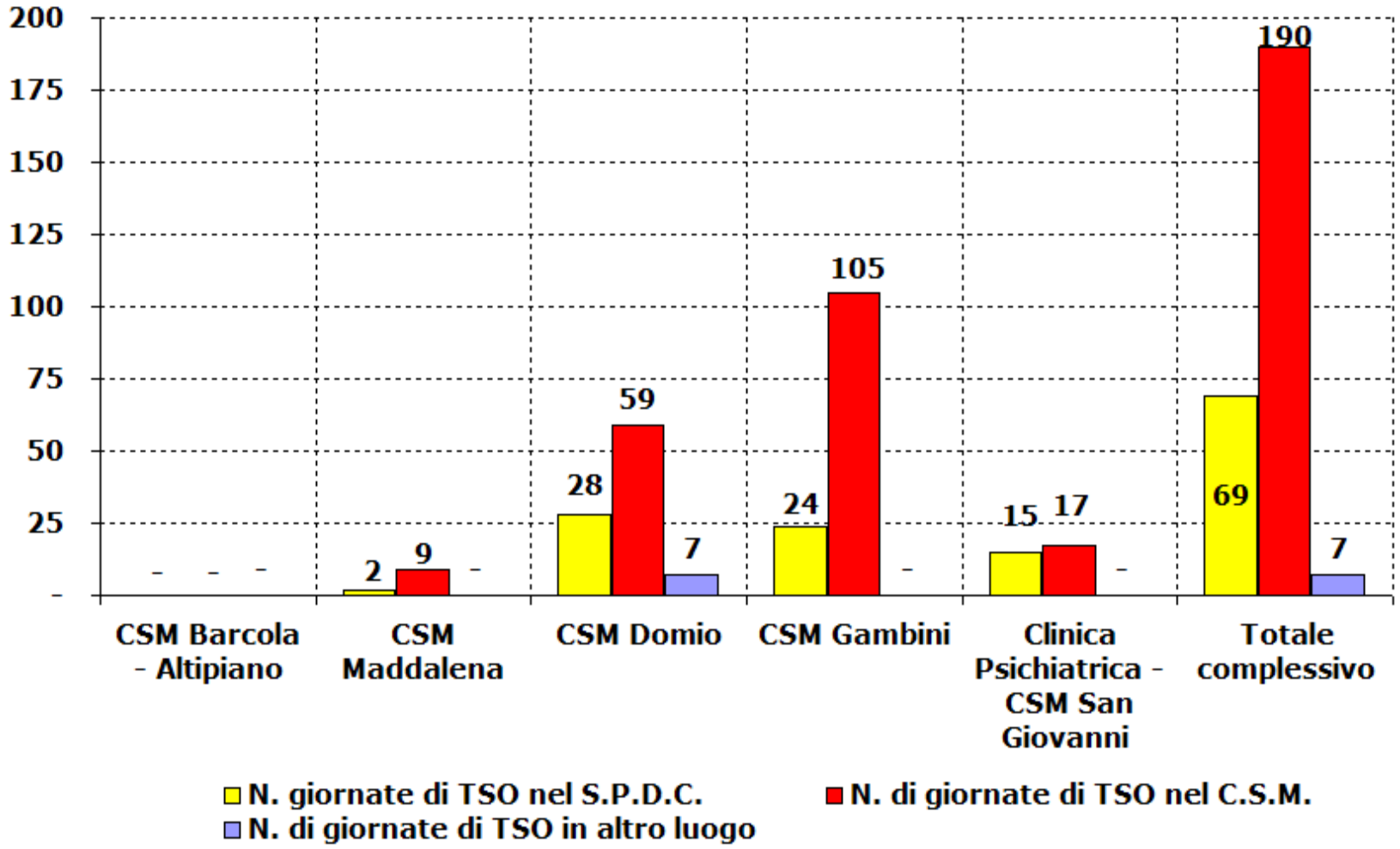
Le persone in contatto con il SPDC e l'invio ai Centri di Salute Mentale (N=1.055)

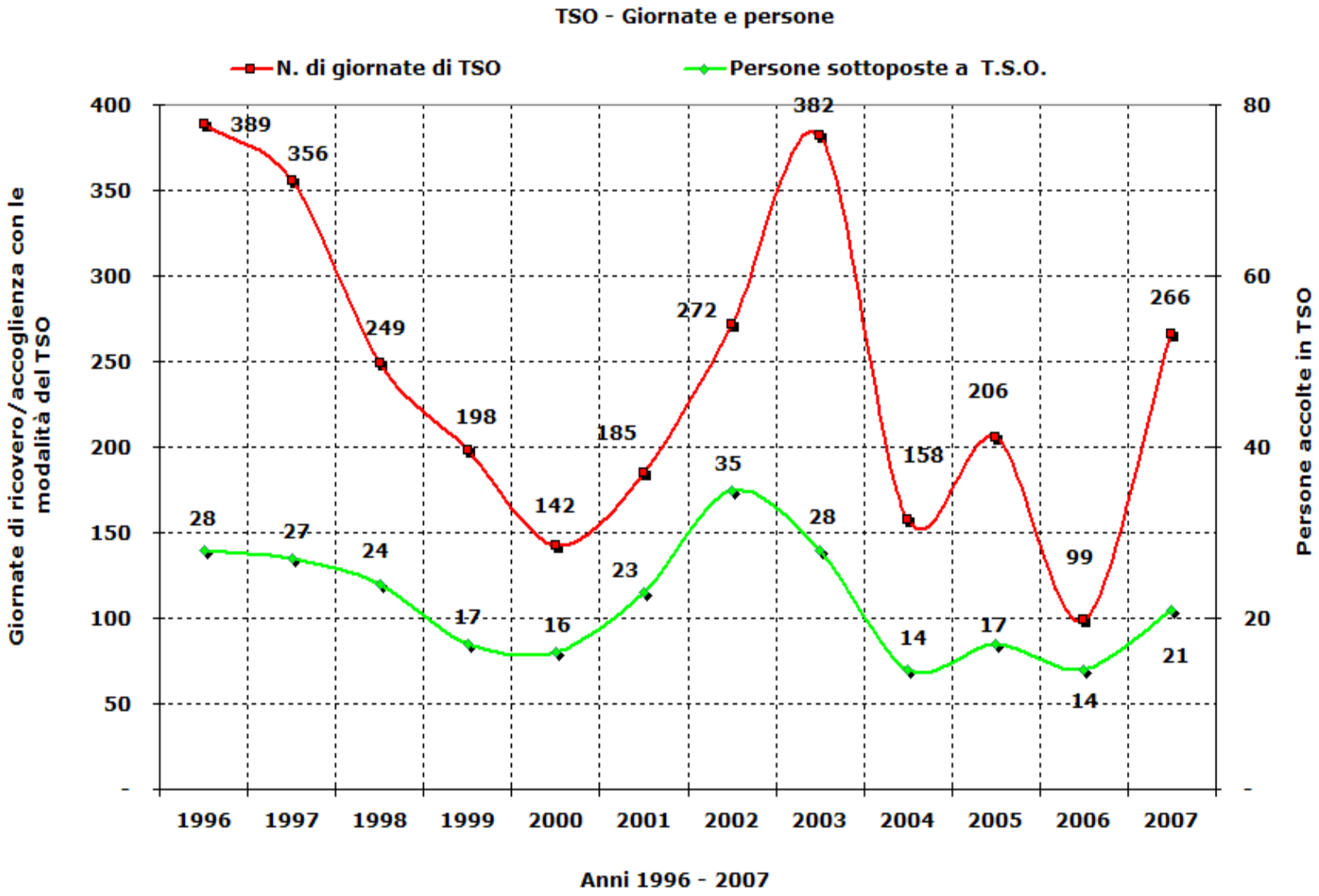


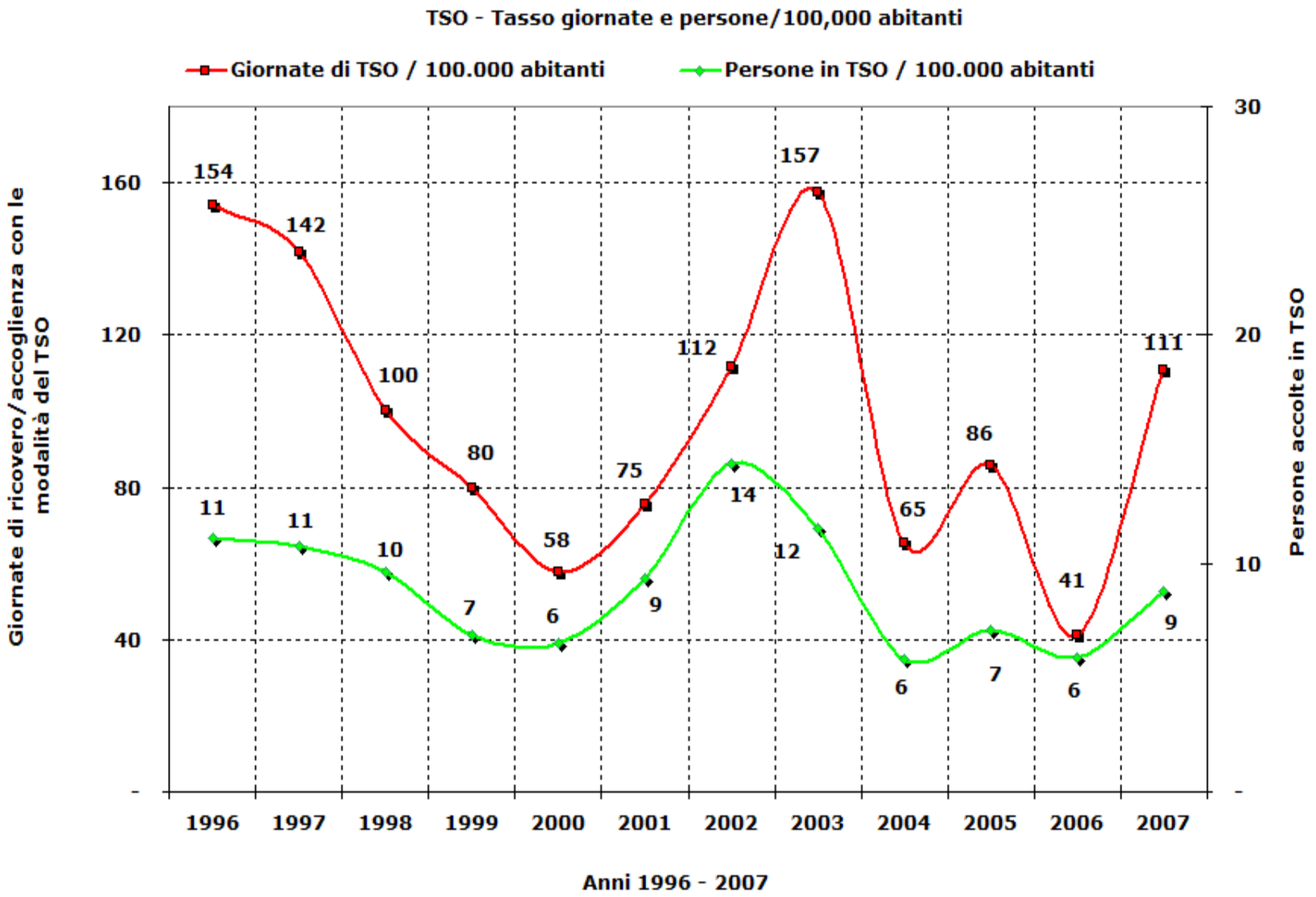
La frequenza dei passaggi ed i ricoveri delle persone che si rivolgono al SPDC (N=1055)

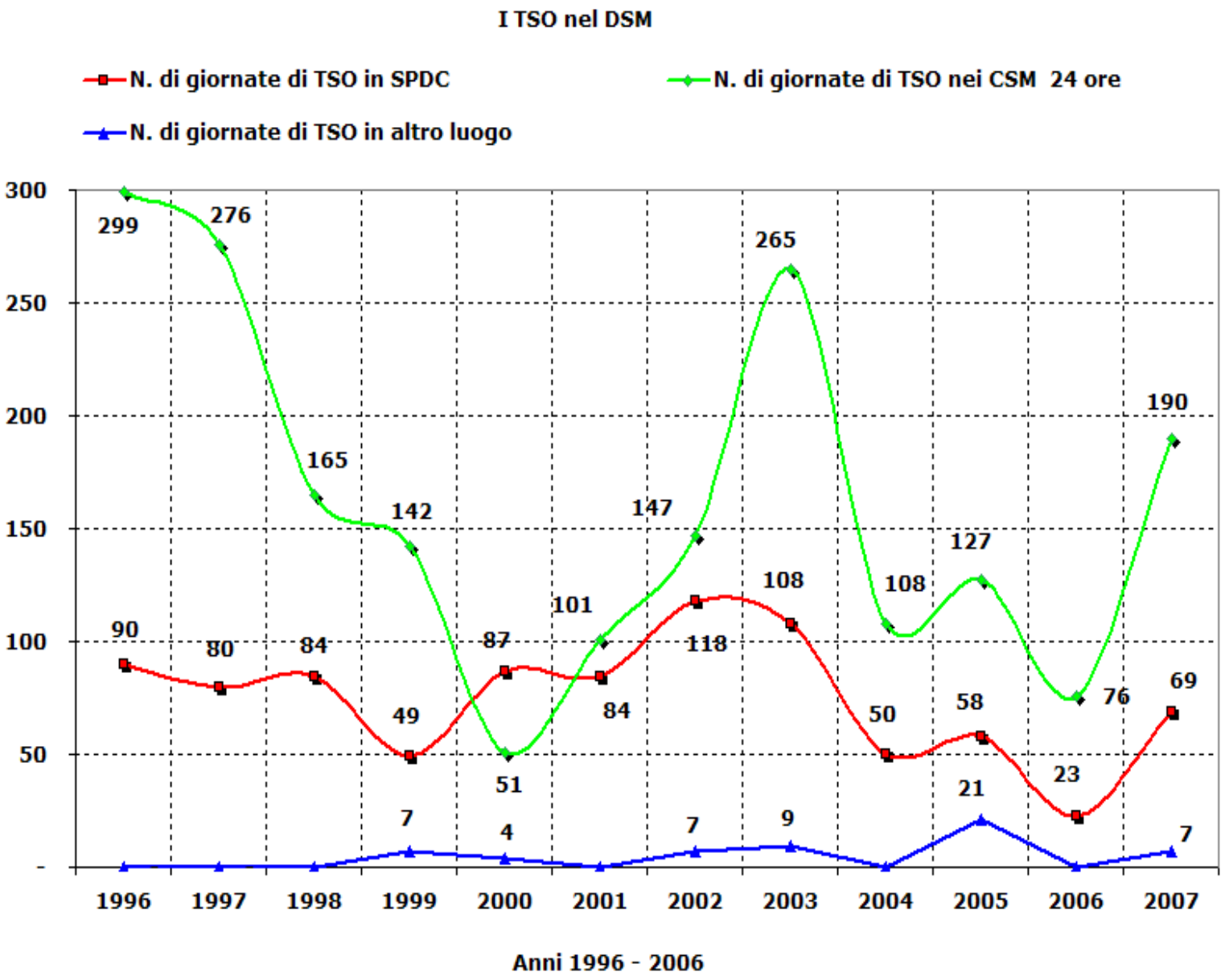


Le giornate di ricovero con le modalità del TSO nel DSM di Trieste nel 2007




TSO - Giornate e persone
N. di giornate di TSO
Persone sottoposte a T.S.O.
Giornate di ricovero/accoglienza con le modalità del TSO
Persone accolte in TSO
Anni 1996 - 2007
400
350
300
250
200
150
100
50
-
80
60
40
20
-
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
389
356
249
198
142
185
272
382
158
206
99
266
28
27
24
17
16
23
35
28
14
17
14
21


TSO - Tasso giornate e persone/100,000 abitanti
Giornate di TSO / 100.000 abitanti
Persone in TSO / 100.000 abitanti
Giornate di ricovero/accoglienza con le modalità del TSO
Persone accolte in TSO
Anni 1996 - 2007
160
120
80
40
-
30
20
10
-
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
154
142
100
80
58
75
112
157
65
86
41
111
11
11
10
7
6
9
14
12
6
7
6
9


I TSO nel DSM
N. di giornate di TSO in SPDC
N. di giornate di TSO nei CSM 24 ore
N. di giornate di TSO in altro luogo
300
250
200
150
100
50
-
299
276
165
142
51
101
147
265
108
127
190
90
80
84
49
87
84
118
108
50
58
23
69
7
4
7
9
21
7
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
Anni 1996 - 2006

SPDC in Trieste - Stile di lavoro

- **Porta sempre ‘aperta’**
- **Nessuna contenzione fisica**
- **Se necessario, nei pochi casi di comportamento particolarmente aggressivo, la polizia può essere chiamata ed intervenire rapidamente.**
- **Livello di permeabilità più alto possibie. Familiari, amici, conoscenti, o chiunque altro desideri vedere il paziente e <u>sia da lui accettato</u> può essere in grado di farlo a qualsiasi ora del giorno.**

Tre temi importanti da discutere nella pratica del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e dei CSM

- **Porta aperta**
- **‘Holding’ vs. ‘ Restraint’**
- **Trattamento sanitario obbligatorio**

Porta Aperta

- Deriva dalla tradizione della Deistituzionalizzazione quando la porta chiusa esprimeva chiaramente la funzione di custodia del manicomio

- Lavorare con la porta aperta non significa solamente dare un messaggio di libertà al paziente e al suo entourage, ma anche capire e far capire quando è possibile uscire ed entrare in modo sensato

- Significa responsabilità da parte degli operatori, vicinanza ai pazienti e coinvolgimento nei loro problemi, spiegazione continua dei motivi dell'accoglienza in S.P.D.C. o nei C.S.M., negoziazione, possibilità di offrire alternative

- Significa anche non accettare le richieste del paziente di uscire quando ciò non è possibile e stare con lui

Holding vs. Restraint

Perché 'holding' e non contenzione fisica?

(da Toresini,1995)

Vi è una sostanziale differenza tra un contenimento fisico che è parte di una relazione interumana forte, o cosiddetta "holding", che ha l'effettivo valore di abbraccio fisico fino al punto da assumere quasi un valore materno/paterno e la pura e semplice contenzione fisica (con mezzi meccanici), il cosiddetto " restraint".

Il restraint ha un significato manicomiale, non diverso dalla camicia di forza, il superamento del quale trova le sue radici nel movimento filantropico inglese della metà del 19° secolo, e ancor prima, nell'illuminismo.

Holding vs. Restraint

Restraint : **rappresenta un pericolo addizionale per il paziente, per la sua :**

a) ***Salute fisica*** **(si ricordi l' allarme delle commissioni di vigilanza americane)**

b) ***Integrità mentale*** **favorendo un senso di abbandono in un momento di fragilità dell'Ego e perciò facilitando l'instaurarsi di uno stato di confusione**

Holding vs. Restraint

Holding:

È una procedura di contenimento in cui :

un corpo fronteggia un altro corpo

ci si mette in discussione come persone contro persone

rappresenta una forma di comunicazione

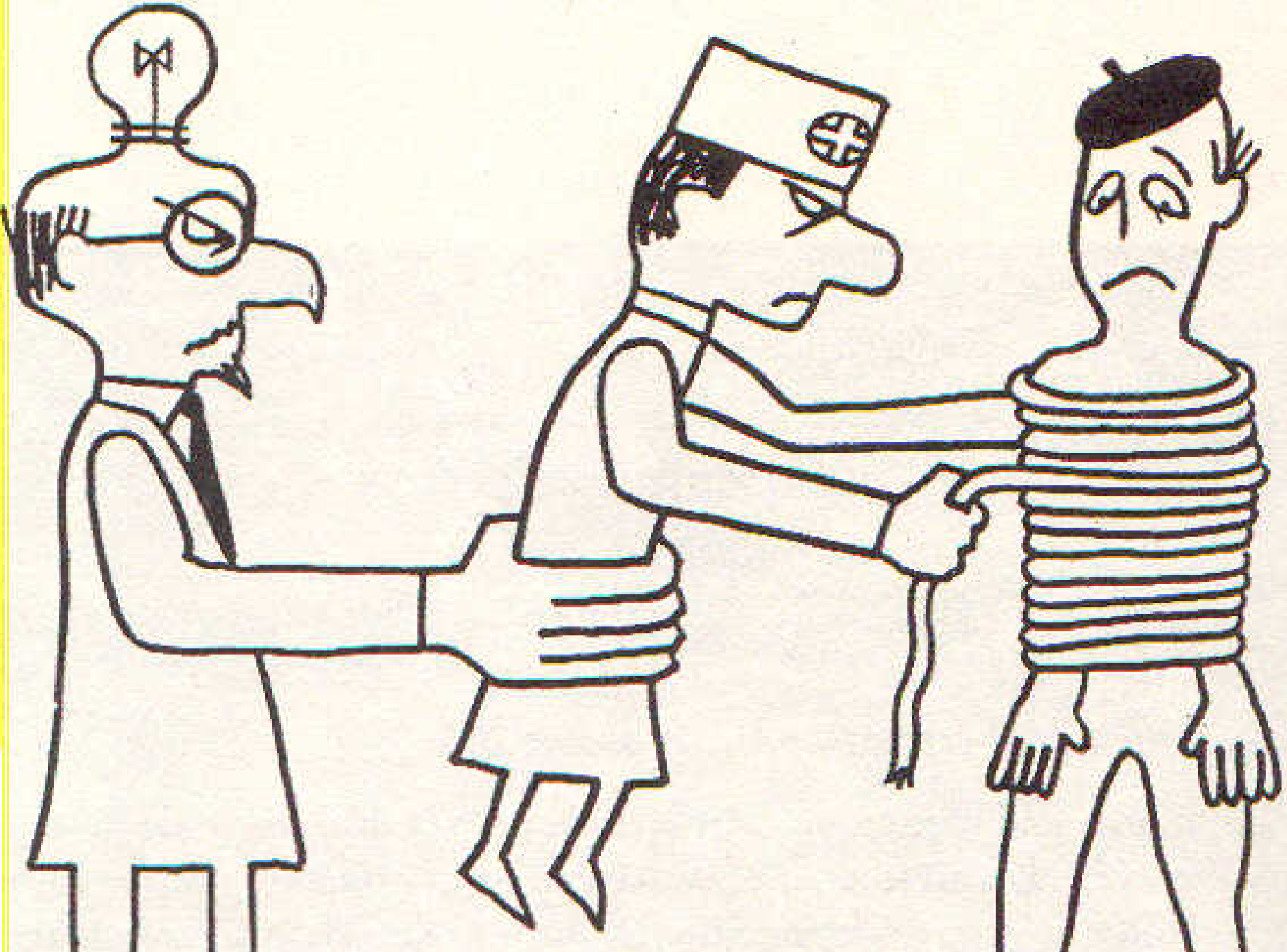
Holding vs. Restraint

Nella procedura di ***Holding*** :

1) Devono essere coinvolte più persone per evitare il rischio di danneggiare ed essere danneggiati

2) L'intervento deve essere condotto con la necessaria fermezza , ma all'insegna della calma e della metacomunicazione al paziente dell'intento terapeutico e del *prendersi cura*

In definitiva, nell'approccio con il paziente difficile ed agitato il terapeuta in urgenza non può esimersi dal mettersi in discussione, talvolta anche fisicamente



Coordinate del lavoro in un SPDC aperto integrato con CSM 24 ore

- A) relative alla struttura :

- piccola dimensione
- porta aperta (assunzione di responsabilità)
- non contenzione meccanica (holding)
- rapporto elevato operatori/utenti
- massima de-medicalizzazione
- approccio all'utente allargato (famiglie, amici,rete sociale)
- tutela dell'integrità fisica dei ricoverati (protocolli e procedure con Pronto soccorso ed altri reparti ospedalieri d'urgenza)
- rispetto delle garanzie e dei diritti della persona in corso di TSO

Coordinate del lavoro in un SPDC aperto integrato con CSM 24 ore

- B) relative al DSM:

- collegamento strutturale ad un sistema territoriale
- riduzione del tempo ospedaliero della crisi (ospitalità neiCSM 24 ore)
- riduzione quantitativa dell'emergenza e dei TSO (lavoro di prevenzione dei CSM)
- continuità terapeutica (dipartimento strutturale)
- protocolli con le forze dell'ordine, 118 (riduzione massima di invii impropri)
- convenzione con il carcere (possibilità di misure alternative)
- collaborazione e azioni sinergiche con Distretti Sanitari, SerT, Servizi sociali comunali

Conclusioni

- **Il problema dell'emergenza psichiatrica va affrontato nel contesto del DSM, come *una funzione che attraversa la sua intera organizzazione* e, in particolare, i servizi territoriali.**

- **Se vi è una delega prevalente o totale ai reparti ospedalieri con un rinforzo del binomio emergenza/ospedalizzazione, il rischio è la riproposizione - anche se a livello diverso -dello stile manicomiale di trattamento e di vanificare la chiusura degli O.P. decisa dalla legge.**

- **Come afferma il Progetto obiettivo nazionale per la Salute mentale 1998-2000, solo una ricca e articolata organizzazione del DSM può ragionevolmente sperare di ridurre e gestire le emergenze in un modo diverso, garantendo per le persone sofferenti i diritti di cittadinanza**