

ATTO DI FONDAZIONE

ASSOCIAZIONE

“CLUB S.P.D.C. APERTI NO RESTRAINT”

Il 21 Settembre 2006 alle ore 15,00, nella sede del Palazzo “Pace Gravina” sito in Caltagirone Via Vittorio Emanuele n.8, in occasione del Convegno Nazionale “Il miglioramento continuo della qualità nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura”, sono presenti i seguenti servizi:

1. Dipartimento di Salute Mentale di Aversa,
2. Modulo Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone-Palagonia,
3. Dipartimento di Salute Mentale di Caltanissetta,
4. Dipartimento di Salute Mentale di Enna,
5. Dipartimento di Salute Mentale di Mantova,
6. Dipartimento di Salute Mentale di Matera,
7. Dipartimento di Salute Mentale di Merano,
8. Dipartimento di Salute Mentale di Napoli,
9. Dipartimento di Salute Mentale di Novara,
10. Dipartimento di Salute Mentale di Perugia,
11. Dipartimento di Salute Mentale di Roma C,
12. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste,
13. Dipartimento di Salute Mentale di Verona Sud.

I S.P.D.C. dei servizi suddetti operano senza ricorrere alla contenzione meccanica, dimostrando, ormai da tempo, che è possibile una prassi operativa del trattamento del paziente in fase acuta senza ricorrere alla violenza.

In considerazione dei dati emersi dalle statistiche nazionali secondo cui nel 70% degli S.P.D.C. e cliniche psichiatriche italiane si ricorre all’uso della contenzione meccanica e all’aumentato ricorso alla pratica del T.S.O., al fine di poter incidere e modificare questo dato molto preoccupante, non rispettoso dei diritti e della dignità degli ammalati, i suddetti Dipartimenti di Salute Mentale decidono di fondare l’associazione denominata “ **CLUB S.P.D.C. APERTI NO RESTRAINT** ”.

A questa Associazione hanno inoltre dato la propria adesione i seguenti DSM che non sono presenti al Convegno:

14. DSM Venezia
15. Portogruaro
16. Treviso

Si ritiene di proporre una classificazione degli SPDC secondo una scala di valori che qui indicheremo:

- A non contenzione e porta aperta
- B non contenzione e porta chiusa
- C contenzione e porta chiusa

I **principi ispiratori** dell'Associazione sono i seguenti:

1. **rispetto della dignità della persona**, anche nella fase acuta di sofferenza, riconoscendolo come latore di diritti, così come previsto dalla Costituzione e dalle leggi sanitarie;
2. **abolire qualsiasi pratica di violenza** che non può trovare alcuna giustificazione terapeutica;
3. **diffondere le prassi operative ed organizzative di buona qualità** dei servizi che operano senza mai ricorrere alla contenzione meccanica e tenendo la porta del SPDC aperta, che più avanti vengono descritte;
4. sostenere e implementare le prassi operative di qualità adottandole come **obiettivi di incentivazione economica per il personale**
5. Gli SPDC verranno sottoposte a **valutazione di qualità** con verifiche periodiche sulla base di un punteggio che verrà rilasciato a seconda del fatto che operi con contenzioni meccaniche e con le porte chiuse o meno.

Tali principi a sua volta si basano sulle seguenti **motivazioni**:

- terapeutiche**
- di buon governo**
- di sicurezza**
- della dialettica dei percorsi**
- della prevenzione**
- determinazione della cultura del “servizi”**
- etico**
- uso del farmaco ai fini terapeutici e non come controllo (uso contenitivo).**

Descrizione delle motivazioni su cui si fonda l'associazione:

- ❖ **terapeutiche**, con esso si intende la costruzione di una relazione empatica con il paziente anche nelle situazioni di crisi acute e in quest'ultimo caso, specie nella fase iniziale, il tempo da dedicare al paziente diventa una risorsa importante e non subordinato ad altre esigenze di tipo organizzativo (cambio turno, ecc.);
- ❖ **buon governo**, con esso si intende la creazione di un clima di maggiore serenità e tranquillità che si riflette anche sul personale i cui interventi producono più facilmente salute facilitando la remissione della crisi del paziente;
- ❖ **sicurezza**, i comportamenti di tipo coercitivo e violento vengono emulati dai pazienti che li subiscono, ciò determina un circolo di “violenza” che produce insicurezza e non fiducia, che si ripercuote negativamente sulla risoluzione della crisi perché antiterapeutico; da quanto espresso prima ne discende che bisogna creare un clima ispirato alla comprensione, alla tolleranza e all'elasticità nella relazione col paziente in crisi, ciò garantisce la sicurezza;
- ❖ **dialettica dei percorsi**, l'assistenza ai pazienti deve essere personalizzata in maniera tale da assorbire il controllo nell'assistenza. In tal modo si consente un margine di trasgressività che si coniuga con tolleranza. Ciò anche nello sforzo di rendere il paziente protagonista della sua cura;
- ❖ **prevenzione**, dimostrare come una gestione non violenta e non coercitiva negli S.P.D.C. assume una connotazione terapeutica e preventiva, dove il luogo e le strutture consentono di intervenire sulla cultura della malattia mentale diminuendo lo stigma; invece un S.P.D.C. chiuso dove si esercita coercizione e violenza produce inquinamento ideologico contribuendo a dare al paziente una connotazione di persona pericolosa e da rinchiudere;
- ❖ **determinazione della cultura dei “servizi”**, se all'interno di ogni servizio non esistono luoghi dove i pazienti possono essere rinchiusi si determina una diversa

cultura negli operatori di tutto il servizio e si mettono in moto meccanismi diversi di approccio ai pazienti anche se in fase acuta; non si ha più una madre “buona” che accoglie (le strutture territoriali) e un padre “severo” che punisce rinchiudendo (S.P.D.C.) ma si è tutti accoglienti nella stessa cultura alla base degli interventi che vengono effettuati;

- ❖ **etiche**, il considerare il paziente anche in fase acuta come cittadino latore di diritti sanciti dalla nostra costituzione deve rimanere sempre a fondamento dell’etica professionale dei sanitari che devono esercitare un ruolo terapeutico e non coercitivo. Questa considerazione permette di mettere necessariamente in atto comportamenti terapeutici che sono istituzionalmente assegnati ai sanitari; senza la ricerca, partecipazione e condivisione del paziente nessun intervento può definirsi terapeutico. Il sanitario deve cercare, in tutto i modi, di costruire un’alleanza terapeutica col paziente anche in fase acuta; la coercizione ha sempre valenza antiterapeutica;
- ❖ **uso del farmaco** ai fini terapeutici e non come controllo. Non è etico utilizzare il farmaco non a fini terapeutici ma a fini contenitivi alla stregua di una camicia di forza farmacologia; i farmaci hanno un’ottima valenza terapeutica se utilizzati all’interno di un progetto condiviso col paziente e se lui è informato, come prevede la legge, degli effetti dei farmaci, anche di quelli collaterali.

La gestione dei SPDC secondo i principi e le motivazioni sopra elencati viene resa possibile se si realizzano **gli aspetti organizzativi e le prassi o accorgimenti operativi** seguenti:

1. **in una prima fase prevedere che un operatore stia vicino alla porta d’ingresso, che rimane aperta, pronto a dialogare con i pazienti che chiedono di uscire;**
2. **assistenza con rapporto personalizzato, in una seconda fase;**
3. **spostamento del controllo sulla relazione;**
4. **conoscenza della storia di vita del paziente da parte di tutti gli operatori;**
5. **unitarietà e integrazione nell’organizzazione del dipartimento: continuità tra il dentro e il fuori, il SPDC deve continuare a rimanere uno spazio del territorio;**
6. **creazione di un clima caratterizzato da buona accoglienza, gentilezza, serenità, rilassamento e non separazione dal mondo esterno;**
7. **introduzione della pratica “ holding “, quando necessario;**
8. **limitazione del numero di posti letto;**
9. **servizi di semiresidenzialità e residenzialità territoriale sufficiente e ben integrata con il SPDC e con le altre istituzioni sociali e sanitarie del territorio.**

I servizi fondatori l’associazione **propongono quanto segue:**

sulla base di **criteri ed indicatori condivisi** che consentano di **valutare la qualità del lavoro, le Regioni, le Aziende Sanitarie e i DSM riconoscano** incentivi ai servizi che operano una prassi di buona qualità e cioè:

- senza ricorrere alla violenza della contenzione meccanica;**
- superamento dell’isolamento e “porte aperte” nel SPDC;**
- riduzione del numero di TSO;**
- stretta integrazione ospedale-territorio, gestione unitaria, quanto meno da parte dei sanitari, del servizio ospedaliero e territoriale, presa in carico e continuità terapeutica dei pazienti già nella fase del ricovero;**
- stretta integrazione sociale attraverso progetti d’inserimento sociale, scolastico e lavorativo così come previsto dalle leggi del settore (328, 391, 68, ecc...);**

- **indice di Proiezione territoriale del DSM elevato, con una presenza sul territorio di ambulatori e centri diurni sufficienti e facilmente accessibili;**
- **presenza nel territorio di strutture residenziali di tipo sanitario e sociale, strettamente integrate con i servizi del DSM e le istituzioni sociali. Le strutture residenziali, al fine di non diventare luoghi separati dal DSM e dal territorio, devono essere gestite dal punto di vista sanitario ma non assistenziale, dallo stesso DSM. Le strutture residenziali devono essere sufficienti e almeno nella misura di quanto previsto dal PON 1998-2000 e cioè 1 posto letto ogni 10.000 abitanti.**

Il Club degli SPDC aperti non restraint si fa carico d'inviare ai **Presidenti** e agli **Assessori di tutte le regioni italiane** una copia del presente statuto dell'Associazione insieme ad una **Lettera Aperta**; quest'ultima da inviare anche ai mezzi d'informazione (quotidiani a maggiore diffusione sul territorio nazionale e Televisioni), in cui si stigmatizza la prassi abituale degli SPDC che ancora ricorrono alla contenzione meccanica degli ammalati e che tengono la porta del servizio ospedaliero chiusa, metafora della separazione e ghettizzazione di una diversità che la legge di riforma psichiatra non consente più, e in cui viene richiesto d'intervenire attraverso varie modalità per ridurre tale fenomeno e migliorare la qualità dell'assistenza negli SPDC.

Gli SPDC membri del Club no restraint decidono in assemblea quali verifiche attuare allo scopo di ammettere nuovi soci nel club stesso.