



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA LINEA SOTTILE CHE SEPARA LA  
CONTENZIONE FISICA DALLA  
COSTRIZIONE**

Relatore: Chiar.ma

**Dott.ssa Tiziana Traini**

Tesi di Laurea di:

**Martina Marchionni**

Correlatore: Chiar.ma

**Dott.ssa Simona Cinaglia**

A.A. 2019/2020

*“Se si permette che mani e piedi vengano legati,  
come prassi di ordinaria amministrazione nell’istituto,  
a discrezione dei sorveglianti,  
in breve si riscontrerà nel paziente  
un totale processo di regressione  
e si darà l’avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia “*

John Conolly,

*(“The Treatment of the insane without mechanical restraint”, 1856)*

## INDICE

1.Introduzione.....	1
CAPITOLO I: LA CONTENZIONE .....	3
1.1.Definizione di Contenzione.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2 Modalità e mezzi di contenzione .....	4
1.2.1 Contenzione fisica .....	7
1.3 Codice Deontologico dell’Infermiere (2019) .....	10
1.4 Evoluzione storica: da custode dei “matti” a infermiere di salute mentale.....	17
1.4.1 Excursus legislativo del periodo manicomiale .....	25
1.5 Responsabilità penale e profili etici.....	30
1.5.1 Sentenza Cassazione “Caso Mastrogiovanni” .....	37
1.6 Quando e come utilizzare i mezzi di contenzione .....	42
1.7 Soggetti a rischio .....	48
CAPITOLO II: NURSING PSICHIATRICO .....	53
2.1 Ruolo dell’infermiere in ambito di salute mentale .....	53
2.2 Obiettivi e strumenti della relazione terapeutica .....	58
2.3 Complicanze e Monitoraggio .....	61
2.3.1 Diagnosi infermieristiche .....	66
CAPITOLO III: LA RETE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E FUNZIONI....	86
3.1 Le strutture costitutive del DSM .....	86
3.2 SPDC .....	88
3.3 CSM, SRR, DH .....	89
3.4 TSO e ASO.....	94
CAPITOLO IV: CASE REPORTS .....	102
4.1 Introduzione allo studio .....	120
4.2 Obiettivo dello studio .....	120
4.3 Materiali e metodi: Raccolta dati ed Analisi dei casi clinici .....	123
4.4 Risultati della ricerca .....	122

4.5 Discussione.....	149
4.6 Conclusioni.....	150
CAPITOLO V: CONFRONTO TRA DUE REALTA' .....	152
5.1 Dati epidemiologici AV5 vs ASL CN 1 .....	152
5.2 Protocollo operativo specifico interaziendale (AV5) .....	155
5.3 Strategie di minimizzazione delle contenzioni (ASL CN 1) .....	163
CAPITOLO VI: CONCLUSIONI.....	166
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	171
RINGRAZIAMENTI .....	173
ABSTRACT .....	176

## INTRODUZIONE

Le esperienze di tirocinio, svolte durante il percorso universitario, hanno permesso di giungere ad una piena consapevolezza dell'argomento da trattare. Questo è il punto di partenza, dal quale nascono la scelta e lo stimolo di approfondire il tema della Contenzione fisica, in quanto atto limitante la libertà della persona, ed argomento interessante ma allo stesso tempo delicato, per il quale negli ultimi decenni si sono spesso verificati dibattiti dai toni molto accesi.

La contenzione è vista dalla maggior parte degli operatori sanitari, in molte circostanze, come un atto inevitabile, anche se da questo poi, possono scaturire stati emotivi di frustrazione e sensazione di sconfitta; ma è davvero così? Perché si incorre così spesso nelle pratiche di contenzione, quali sono i fattori che aumentano le probabilità di un paziente di essere sottoposto a tale pratica, esistono percorsi di trattamento alternativi?

Il primo approccio a questo tema così reale, sebbene ancora poco discusso, l'ho avuto proprio all'ultimo anno di corso, quasi al termine delle mie esperienze accademiche. Dal vissuto da tirocinante in reparto di SPDC, ambito richiesto e fortemente voluto, rimasi colpita da un episodio di marcata agitazione psicomotoria, in un soggetto sottoposto a contenzione ai quattro arti, il quale sebbene all'ingresso in reparto, apparve accessibile al colloquio, collaborante e lucido, presentava ideazione delirante a tema persecutorio e contenuti bizzarri di pensiero. Ho assistito e inevitabilmente partecipato al contenimento, al fine di limitare potenziali gravi danni a sé stesso e nei confronti del personale sanitario. Dall'anamnesi patologica remota, risultò essere un paziente affetto da patologia psicotica cronica, già seguito per schizofrenia di tipo paranoide, il quale presentava ideazione delirante con acting-out comportamentali etero aggressivi. Si dispose il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Ricordo il forte impatto emotivo che mi suscitò questo susseguirsi di azioni, ciò mi permise di capire e percepire fortemente il sentimento di umiliazione, paura e sconforto vissuto dal paziente stesso, privato repentinamente della propria libertà, senza avere neppure il tempo di metabolizzare né la consapevolezza stessa della malattia.

È opportuno sottolineare che, oltre al problema della limitazione della libertà dell'individuo, la contenzione può provocare anche altre conseguenze negative sul paziente, come: declino di alcune funzioni fisiche e psichiche, lesioni procuratesi nel tentativo di liberarsi, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolari,

peggioramento dell'osteoporosi, facilitazione alle infezioni nosocomiali, incontinenza urinaria e fecale.

Data la complessità del problema, la contenzione fisica è un atto di prescrizione medica e deve essere limitata a circostanze eccezionali, deve essere cioè l'ultima ratio dopo aver verificato l'inefficacia di interventi terapeutici alternativi e specifici. Parlare di contenzione è un argomento difficile in quanto lede il primo fondamento di una società civile che è rappresentato dal diritto alla libertà individuale salvaguardata dall'ordinamento democratico.

Questo elaborato tesi ha come obiettivo quello di valorizzare la gestione infermieristica del paziente in ambito psichiatrico, con i limiti della contenzione. A tal fine è stato necessario poter ricavare e elaborare informazioni clinico-assistenziali dei pazienti sottoposti a contenzione per rilevarne il percorso di cura utile nella costruzione di un caso clinico standard.

Per quanto concerne la struttura dell'elaborato, nella prima parte verrà fornita una visione d'insieme sulla contenzione, dall'evoluzione storica che la caratterizza, inclusi gli aspetti giuridici e le responsabilità infermieristiche, fino ad arrivare al quando e come utilizzarla identificando i soggetti più a rischio. A seguire, verrà approfondito il nursing psichiatrico e il ruolo dell'infermiere in ambito di salute mentale, con le complicanze e il monitoraggio del soggetto coercito. La linea logica sequenziale che ha guidato nella stesura del lavoro porta all'attenzione le strutture costitutive del DSM, ossia la rete dei servizi e le relative funzioni.

Il quarto capitolo, da definirsi il "cuore" da cui prende forma essenzialmente il protocollo di ricerca, è incentrato sulla raccolta di informazioni degli strumenti di contenzione adottati nella diagnosi d'ingresso, previo accertamento infermieristico. Un'analisi delle cartelle cliniche nel periodo corrispondente al tirocinio clinico, un confronto non del singolo "caso", bensì di situazioni e storie simili, che ha permesso di rifinire lo studio osservazionale retrospettivo. La struttura, riconduce alla discussione del case report.

Concludendo, si arriverà ad una comparazione della singolare metodologia, tramite un confronto tra le linee guida osservate in due realtà operative opposte, al fine di elaborare un accostamento consapevole tra le modalità vigenti nei due diversi setting assistenziali,

volto alla ricerca del miglioramento della qualità di vita nelle persone con salute  
mentale compromessa.

# 1 CAPITOLO: LA CONTENZIONE

## 1.1 Definizione di contenzione

In ambito medico-psichiatrico la contenzione può essere definita come un particolare atto sanitario-assistenziale di natura eccezionale, basato su specifici protocolli, effettuato attraverso mezzi che possono essere fisici, chimici, ambientali o relazionali (de-scalation) utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante; L'obiettivo in qualche modo è quello di limitare la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri. L'evoluzione culturale che si sta tentando di portare avanti, è di tipo semantico poiché non si parlerà più di contenzione, ma di protezione, termine più vicino al DNA dei professionisti sanitari.

Ad inizio del ventesimo secolo in Italia, in occasione del primo congresso della Società freniatria italiana, si ribadì la necessità di escludere tutti i mezzi di contenzione dalla pratica manicomiale: “Essi possono, e quindi devono, essere sostituiti dalla sorveglianza continuata di personale idoneo ed in numero sufficiente”.

Alcuni decenni dopo, in occasione della sua prima visita al manicomio di Gorizia, Franco Basaglia afferma: “No, io non lo firmo il registro della contenzione”. Probabilmente quel no è stata la prima disobbedienza che ha portato alla legge 180 e all'abolizione dei manicomi in Italia.

A seguito di questa sua affermazione, qualche anno dopo Basaglia, consapevole degli ostacoli che si stavano presentando dopo la chiusura dei manicomi, ridimensiona il suo ottimismo post legge 180: “Abbiamo chiuso i manicomi, va bè, ma tanto, fatta la legge, in Italia si trova l'inganno, perché c'è un altro manicomio che è più manicomio di quelli che noi altri siamo riusciti a chiudere che si chiama medicina, che si chiama ospedale”.

Il ricorso a mezzi di coercizione sembrerebbe sempre motivato dalla necessità di tenere al riparo il paziente da pregiudizi alla propria salute, prevenire gesti autolesivi, etero aggressivi e garantire la continuità terapeutica e la protezione dalla rimozione di eventuali presidi medicali quali Cateteri Venosi Centrali, erogatori di ossigeno, tubi endotracheali, Sondini Naso Gastrici, Cateteri Venosi, Aghi Cannula, Butterfly.

Tali necessità giustificano e autorizzano il ricorso ad atti coercitivi prevalendo sul consenso informato non rilasciato?



È paradossale che ci si debba interrogare sul ricorso alle contenzioni quando esse avvengano senza il consenso informato e addirittura contro il consenso del paziente che spesso oppone resistenza non solo mentale ma fisica.

È opportuno che il concorso della componente infermieristica alla pratica delle contenzioni possa essere sempre contrattato e valutato di caso in caso, assegnando una valenza determinante sia alla corretta applicazione delle procedure diagnostiche terapeutiche sia alle prescrizioni mediche e alle direttive ricevute. È bene tenere sempre presente che il consenso informato non deve essere “acquisito” o “estorto” o “rinviato” per giustificare i trattamenti coercitivi quanto, piuttosto, per garantire un minimo di autodeterminazione all’utente nel momento in cui si incide sulla sfera delle sue libertà individuali.

La coercizione nelle sue varie forme è incorporata nell'assistenza sanitaria mentale. C'è pochissima ricerca in questo settore e l'ostacolo più importante consiste proprio nell'assenza di dati raccolti sistematicamente e di routine, nonché per la comprensione della natura della coercizione e dei tentativi di affrontare questo problema.

In particolare, dobbiamo garantire che la pratica clinica non comprometta mai i diritti umani delle persone: “E’ eticamente, clinicamente e legalmente necessario affrontare il problema della coercizione e rendere più consensuale l'assistenza sanitaria mentale” (1).

## **1.2 Modalità e mezzi di contenzione**

Si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o a parti di esso oppure collocati nello spazio circostante la persona, al fine di limitare la libertà dei movimenti volontari dell’intero corpo o di un suo segmento.

La contenzione può avvenire attraverso modalità differenti, poiché ne esistono di diversi tipi, spesso utilizzati in maniera combinata, suddivisibili a loro volta, a seconda del mezzo utilizzato. Possono essere così distinte:

- contenzione fisica, che si ottiene con presidi e/o mezzi applicati sulla persona, o usati come barriera nell’ambiente, che riducono, controllano o bloccano fisicamente i movimenti di un paziente;
- contenzione farmacologica chimica, si tratta di una vera e propria sedazione farmacologica, che si ottiene con alti dosaggi di farmaci che modificano il

comportamento, quali tranquillanti e sedativi. La restrizione chimica descrive l'uso deliberato e/o casuale di farmaci per controllare il comportamento riducendo la capacità di vigilanza del paziente e/o limitare la libertà di movimento, ma che non è richiesto per trattare clinicamente una condizione identificata. Questi farmaci possono inoltre essere appositamente somministrati per sedare un paziente come mezzo di convenienza.

In ambito ospedaliero i principi attivi alla base della contenzione farmacologica risultano essere gli psicofarmaci, in particolare i neurolettici e le benzodiazepine. I farmaci antipsicotici, denominati anche tranquillanti maggiori o neurolettici, sono i farmaci utilizzati per il trattamento della schizofrenia e per altre forme di psicosi, i quali diminuiscono i comportamenti istintivi ed aggressivi.

Tra questi sono compresi:

- Aloperidolo (Haldol®), somministrato unicamente I.M.), Promazina & Clorpromazina: di vecchia generazione.
- Risperidone & Olanzapina: di nuova generazione detti “atipici” caratterizzati da una maggiore selettività e minor incidenza di effetti collaterali.

Sono farmaci che vengono assunti per via orale, intramuscolare o endovenosa e la loro emivita può variare dalle 15 alle 30 ore, dal momento che il metabolismo avviene di norma a livello epatico.

Gli effetti collaterali di questi farmaci sono numerosi ed a carico di più organi, infatti possiamo riscontrare:

- disturbi extrapiramidali con spasmi, irrequietezza, movimenti involontari di viso e arti (disturbi che regrediscono alla sospensione del farmaco)
- Iperprolattinemia, con ingrossamento della ghiandola mammaria
- disturbi della visione con aumento della pressione intraoculare
- costipazione
- ritenzione urinaria
- confusione acuta
- convulsioni

- rallentamento della frequenza respiratoria
- riduzione del riflesso della tosse
- alterazioni del ritmo cardiaco

Al contrario, Le benzodiazepine (BZD) sono psicofarmaci ampiamente utilizzati per il trattamento dell'ansia ed esplicano la loro attività attraverso il potenziamento del segnale del GABA.

Tra questi sono inclusi:

- Lorazepam (Tavor®) & Delorazepam (EN®) diluiti E.V. con effetto rapido
- Talofen® fiale, unicamente I.M.
- Risperdal®, somministrato per OS

La contenzione farmacologica risulta spesso affiliata a quella meccanica, la prima è prescritta per permettere di sopportare la seconda, poiché la contenzione meccanica consiste nel legare i polsi e le caviglie del paziente, attraverso l'uso di quattro fasce generalmente con chiusura metallica, per immobilizzarlo al letto di ospedale (letto di contenzione) limitandone i movimenti.

- contenzione ambientale, che consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita in cui vive il paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti (esempio la segregazione del paziente in ambienti chiusi e sorvegliati, tenere le porte del reparto chiuse a chiave, le sbarre sulle finestre e la limitazione di visite da parte dei familiari).
- contenzione psicologica, relazionale o emotiva, con la quale l'ascolto e l'osservazione empatica riducono l'aggressività del paziente poiché soddisfano il bisogno di sicurezza e di conseguenza l'ospite si sente rassicurato. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, de-escalation, praticati applicando delle tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di taluni pazienti.

Quella della contenzione è una pratica tuttora applicata ed applicabile, nonostante la letteratura scientifica e giuridica continui a definirla come *extrema ratio* e tralasciando spesso la componente etico-morale insita nella pratica assistenziale.

La contenzione è definita come un provvedimento d'urgenza poiché i mezzi di contenzione vanno usati solo se strettamente necessari per prevenire rischi gravi per il soggetto in cura e/o per chi lo assiste. L'uso di questi, va interrotto non appena

decadono le condizioni che ne hanno determinato la necessità di utilizzo. Quando si ricorre a mezzi di contenzione bisogna sempre garantire il comfort e la sicurezza del soggetto.

### **1.2.1 Contenzione fisica**

Una classificazione possibile per quel che riguarda i mezzi di contenzione fisica è la seguente:

1. Mezzi applicati all'utente a letto (fasce, cinture)
2. Spondine di protezione a letto (se non espressamente richiesti dal paziente)
3. Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona (corpetto)
4. Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere, polsiere)
5. Mezzi di contenzione per una postura obbligata (cuscini anatomici)
6. Altri sistemi utilizzati a scopo di contenzione (cintura pelvica, divaricatore inguinale, carrozzine frenate contro un tavolo, poltrone molto basse)

Tra questi, i più utilizzati sono:

- fascia pelvica: fascia di cotone ancorata con fibbie alla sedia o carrozzina. Usata negli stati di compromessa capacità psicomotoria in cui si ha la necessità di prevenire posizioni scorrette e il rischio di scivolamento in avanti.
- fascia per carrozzina: costituita da un cuscino lungo circa 60 centimetri e largo 15 ancorato alla carrozzina tramite lunghe cinghie, utilizzato nelle persone a rischio caduta ne è sconsigliato l'utilizzo sulle sedie normali dal momento che il loro peso scarso non impedisce alla persona di alzarsi trascinando la sedia con sé.
- fasce di sicurezza al letto: sono costituite da una fascia imbottita che circonda in vita il paziente e si fissa al letto con le cinghie. Usate in pazienti confusi e agitati non in grado di deambulare autonomamente.



Figura 1. fascia pelvica

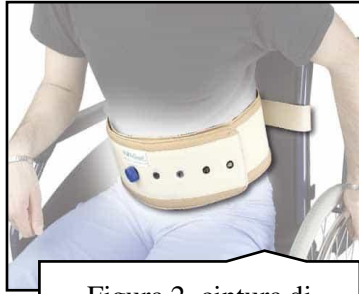


Figura 2. cintura di contenimento



Figura 3. fascia di sicurezza al letto

- bracciali di immobilizzazione: costituiti di gommapiuma o poliuretano con un rivestimento in materiale morbido. Usati in coloro che necessitano di trattamenti sanitari urgenti o che assumono atteggiamenti aggressivi per sé stessi o per gli altri.



Figura 4. Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere)

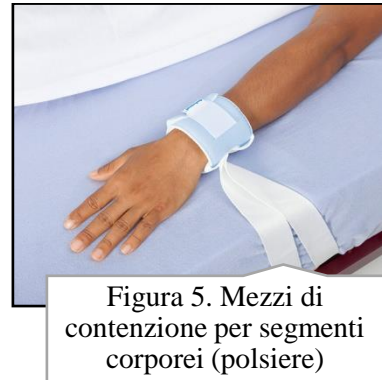


Figura 5. Mezzi di contenzione per segmenti corporei (polsiere)

- sponde per il letto: sono barriere che si fissano ai lati del letto. Indicati per coloro che sono sotto sedazione, controindicate nei soggetti in grado di scavalcarle.



Figura 6. spondine di protezione a letto

A volte è lecito domandarsi: “*E’ vero che le spondine del letto sono considerate mezzo di contenzione?*”; Le spondine applicate o corredate al letto, sono strumenti di sicurezza

utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il soggetto dalla caduta accidentale dal letto, o se usate per i pazienti immobilizzati. Se invece sono usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione. Tuttavia le spondine in genere non circondano completamente il letto cosicché non potrebbero impedire di trattenere il paziente a letto contro la sua volontà.

Caratteristiche della contenzione fisica:

1. Durata massima 24 ore, monitorare paziente ogni 30 minuti, ogni 2 ore rilasciare per almeno 10 minuti
2. 24 ore di contenzione se >4 episodi aggressivi in una settimana
3. Rivalutare gli interventi contenitivi

Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione fisica occorre informare familiari e operatori sanitari sui rischi e i problemi associati all'uso dei mezzi di contenzione e valutare con cura ogni singolo caso e personalizzare il più possibile gli interventi assistenziali.

In particolare a seconda delle caratteristiche dei soggetti bisognerebbe procedere con interventi alternativi specifici per esempio:

- soggetti a rischio di caduta: gli studi hanno dimostrato che per prevenire le cadute occorre avere un approccio multidisciplinare. Si consiglia quindi di illuminare bene la stanza, predisporre un pavimento non scivoloso, utilizzare scarpe con suola antiscivolo, preferire un materasso concavo e sistemare alcune coperte arrotolate ai bordi del letto;
- soggetti che vagano: occorre evitare l'allettamento forzato tutelando però la sicurezza del soggetto, a tal fine bisognerebbe organizzare l'ambiente in modo tale che questi soggetti abbiano uno spazio sicuro dove poter vagare liberamente. Occorre inoltre bloccare l'accesso a luoghi non sicuri, impedire che lascino la struttura, disporre percorsi privi di ostacoli. I familiari possono aiutare gli operatori sanitari controllando a turno il soggetto e proponendogli attività distraenti (per esempio ascolto della musica);
- soggetti in terapia farmacologica: si è visto che i farmaci, soprattutto se psicofarmaci, possono causare come effetto avverso episodi di disorientamento, agitazione e confusione, eventi che possono indurre a utilizzare mezzi di

contenzione: è bene quindi tenere sotto controllo questi soggetti segnalando al medico comportamenti anomali.

Il ruolo dei familiari è importante in quanto chi assiste e conosce il soggetto in cura può collaborare con gli operatori sanitari proponendo intrattenimenti come l'ascolto della musica, passeggiate per distrarre il soggetto da comportamenti a rischio. Non sempre, tuttavia, l'atteggiamento collaborativo dei familiari è sufficiente a tranquillizzare il soggetto. I soggetti con disturbo d'ansia trovano grande beneficio da un atteggiamento positivo e di apertura da parte degli operatori sanitari e/o dei familiari. L'ascolto, il conforto, il contatto fisico e il tenere compagnia sono tutti interventi che possono evitare o allontanare l'uso della contenzione.

Gli studi hanno dimostrato che una maggiore formazione e consapevolezza del personale sanitario associato alla possibilità di richiedere consulenze specifiche in materia può ridurre l'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero di cadute o di lesioni gravi nei soggetti ricoverati in strutture residenziali.

Ridurre al minimo l'uso della moderazione richiede un approccio multimodale per mirare a fattori sia organizzativi che individuali. Le "Six Core Strategies" sviluppate in America, sostenute da principi di prevenzione e di informazione sui traumi, sono uno di questi approcci (2).

### **1.3 Codice Deontologico dell'infermiere (2019)**

Focalizzando l'attenzione sul tema della contenzione, d'acchito potrebbe destare perplessità il dettato dell'articolo 35, nonché la sua mera presenza, ripensando al percorso attraverso il quale ci si è arrivati: nel luglio 2016 la Federazione Ispasvi aveva pubblicamente assunto una posizione molto chiara attraverso la relazione della presidentessa Mangiacavalli in Senato (presso la Commissione Diritti Umani), in cui venne esposta la politica federativa per la riduzione dell'utilizzo della contenzione meccanica, ammettendolo solo nei casi in cui si presentasse un evidente pericolo di suicidio o di eterolesionismo, nonché per la salvaguardia dei presidi salvavita.

Tale manifestazione giunse appena dopo la rimozione del termine "contenzione" dal testo di progetto del nuovo codice, in un quadro di ripudio che nulla meglio del silenzio

può rappresentare: la pratica contenitiva non era più nominata. Il naturale incipit che ne derivò fu che per la professione infermieristica tale atto, sanitario o meno che lo si volesse intendere, non poteva più esistere.

E poi la marcia indietro. A distanza di circa due anni la contenzione riappare, in un articolo testualmente più articolato di quanto lo fosse nella versione del 2009:

## CODICE DEONTOLOGICO, 2019- CAPO VI, ORGANIZZAZIONE

### Art 35 – Contenzione

“L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’*équipe* o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.” (3)

Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l’interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

Il codice deontologico dell’infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi IPASVI riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009, recita:

Art.3: “La responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”

Art.8: “L’infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l’incolumità e la vita dell’assistito”.



La Deontologia sempre riguardo la responsabilità dell'infermiere introduce l'Art.30: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"

Art.33: "L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente".

Da questi articoli però, possiamo dedurre che nell'atto terapeutico, sia incluso anche il consenso informato (ad esclusione del T.S.O.). Nei casi in cui sussista quindi la necessità di utilizzare mezzi di contenzione fisica in soggetti che hanno subito un danno neurologico midollare, ad esempio, il consenso informato è obbligatorio in quanto sussiste il principio dell'autodeterminazione. In questo caso, la contenzione non è un atto terapeutico puro, ma è più un atto assistenziale proattivo, dove il consenso informato ha un valore assoluto.

Anche in situazioni in cui l'assistito non è in grado di autodeterminarsi, quindi, la contenzione non è propriamente un atto terapeutico e proprio nell'articolo 30 del Codice Deontologico dell'Infermiere, si rileva un elemento di fondamentale importanza ai fini della possibilità di utilizzo della contenzione, ovvero che essa sia un evento straordinario. Nell'evento straordinario possiamo ritrovare i concetti dell'emergenza e dell'urgenza. Nelle situazioni emergenti sono necessari interventi rapidi e non rinviabili in quanto l'assistito rischia un danno grave o potrebbe mettere a repentaglio la propria vita. Nelle situazioni urgenti, le azioni sono prorogabili, anche se per poco tempo e se tali azioni vengono omesse, la vita o il danno grave alla persona è potenzialmente alto.

"L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"

Per la prima volta, l'infermiere viene identificato quale operatore sanitario, vedendo finalmente scomparire il carattere di ausiliarità accostato fino al 1994 alla professione infermieristica.

A seguito del DM 739/94 quindi, l'infermiere diventa un professionista sanitario e come tale acquisisce l'onere della responsabilità giuridica del proprio operato, responsabilità che può essere di natura penale, civile e disciplinare.

Essendo le contenzioni certamente riconducibili a pratiche terapeutiche di cui alla lettera d) art. 1 comma 3 del Profilo Professionale DM739/94, per le responsabilità conseguenti l'infermiere potrà direttamente o in concorso con altri "contenere" solo dietro una prescrizione medica "ex ante", registrata nella cartella clinica e/o integrata, motivata e circostanziata rispetto alla durata del trattamento e al tipo di contenzione e modalità da osservare.

Il comma 5 dell'Art.1 del DM 739/94 individua le cinque aree di formazione post base cui i professionisti infermieri possono accedere, tra cui viene inserita l'area psichiatrica e di salute mentale. Così recita:

"5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatria: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica."

Inoltre viene specificato nel comma 6 che il Ministero della Sanità potrà individuare ulteriori aree specialistiche che prevedano una formazione complementare post base.

Nel nostro ordinamento non c'è nessuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso di mezzi di contenzione.

L'articolo 32 della Costituzione Italiana riconosce che la salute è un diritto importante e fondamentale di ogni individuo e di tutta la società, la cui violazione impone il risarcimento del danno: per questi motivi garantisce le cure gratuite a chi si trova in condizioni di povertà. Quindi, ogni cittadino ha il diritto di essere curato ma nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario, se non è stabilito da una legge: la legge deve sempre rispettare la persona umana.

Tuttavia, non tutti hanno diritto a cure gratuite, destinate esclusivamente agli indigenti, come sotto riportato dal testo completo dell'Art.32, cioè a coloro che non sono in grado di far fronte economicamente alle cure indispensabili per la propria salute:

Parte I, Diritti e doveri dei cittadini; Titolo II, rapporti etico-sociali

Art.32- “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Il diritto alla salute coincide col diritto al rispetto dell'integrità fisica dell'individuo; ma esso comporta anche il diritto all'assistenza sanitaria: infatti, con la riforma sanitaria del 1978, l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha esteso l'obbligo dello Stato di assicurare le prestazioni sanitarie e farmaceutiche non solo agli indigenti, ma anche a tutta la popolazione.

La legislazione italiana fornisce riferimenti giuridici di portata più generale, che riguardano l'insieme dei trattamenti sanitari, tra questi la libertà personale rappresenta il diritto fondamentale più importante, viene espressamente inserito nell'Art. 13 della Costituzione Italiana, il quale recita:

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà”.

Consiste essenzialmente nel diritto della persona a non subire coercizioni, restrizioni fisiche ed arresti. Esso si traduce dunque in primis in una tutela avverso gli abusi dell'Autorità e, specularmente, costituisce l'indispensabile condizione per poter godere dell'autonomia ed indipendenza necessarie per esercitare gli altri diritti fondamentali.

Tuttavia, in casi eccezionali di necessità e d'urgenza, può adottare provvedimenti provvisori in grado di limitare la libertà personale, da sottoporre a convalida dell'autorità entro il termine perentorio di 96 ore, scandito all'interno dal termine di 48 ore per informare l'autorità stessa ed altre 48 ore per ottenere l'eventuale provvedimento di convalida.

Ad ogni modo, l'articolo 13 richiede il rispetto e dignità della personalità, con il divieto assoluto di compiere atti arbitrari di violenza o di coercizione.

La legge n.24/2017 (c.d. "legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" promuove la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e stabilisce che tutto il personale sanitario partecipi alle attività di prevenzione del rischio clinico. Il provvedimento legislativo era atteso da molti anni con l'obiettivo di far fronte a due problematiche principali: la necessità di regolamentare la mole del contenzioso giudiziario per ricercare un nuovo equilibrio nei rapporti tra strutture sanitarie, esercenti la professione sanitaria e pazienti, e la necessità di contrastare il fenomeno della "medicina difensiva", in quanto produttiva di un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità.

Per quanto riguarda i contenuti della riforma espressi in 18 articoli, il testo della riforma si apre con questo importante chiarimento:

Art. 1. La sicurezza delle cure: "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".

Viene, infatti, affermato che il diritto alla salute, nella dimensione personalistica e soggettiva, possa essere inteso anche come diritto alle cure che, seppur condizionato dalla limitatezza delle disponibilità finanziarie, non può negarsi agli individui. Si tratta di un'affermazione interpretativa di principio molto importante, alla quale sono correlate numerose novità introdotte dalla legge e operanti sul piano della prevenzione e gestione del rischio e poste in essere dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private. La qualità e la sicurezza delle cure sono ora componenti imprescindibili nell'erogazione del servizio sanitario.

La riforma della materia medica introdotta dalla legge Gelli, si pone in linea di continuità con il c.d. Decreto Balduzzi (D.L. 13 settembre 2012, n. 158), per quanto riguarda la previsione di un sistema di responsabilità medica, obbligatoriamente assicurata, allo scopo di arginare il fenomeno della medicina difensiva. È inoltre utile, dare atto che rispetto al Decreto Balduzzi, la nuova legge ridisegna in modo più organico gli assetti della nuova responsabilità sanitaria, e risponde ai numerosi dubbi applicativi ed interpretativi lasciati aperti dai precedenti tentativi. Alla nuova riforma si riconosce già il merito di aver predisposto un modello di gestione del rischio clinico

che, agendo in via preventiva, monitora e limita le ipotesi di rischio avverso implementando la ‘sicurezza delle cure’, obiettivo divenuto fondamentale, in quanto parte integrante del diritto alla tutela della salute.

La legge Gelli è un intervento ‘chiarificatore’ molto atteso, poiché pone fine a molti dubbi interpretativi, recependo gli orientamenti giurisprudenziali del decreto Balduzzi. Si pensi, per esempio, che secondo la giurisprudenza post Balduzzi era punibile il sanitario che, per imperizia, avesse rispettato le linee guida anche quando non avrebbe dovuto attenersi a queste ultime in quanto le macroscopiche specificità del caso concreto avrebbero richiesto una scelta contraria a quella indicata nelle linee guida. Il principio è stato recepito dall’art. 6 della legge Gelli.

Altro importante passaggio interpretativo compiuto ad opera della legge Gelli riguarda il valore giuridico da attribuire a buone pratiche e le linee guida rilevanti. Mentre il decreto Balduzzi non forniva ulteriori chiarimenti, la legge Gelli indica espressamente che sono definite tali quelle pubblicate ai sensi di legge ed “elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge” ed inoltre precisa che ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate nel sito internet dell’Istituto superiore di sanità. Sebbene alcuni dubbi ancora rimangano, il nuovo dettato legislativo risponde in maniera più chiara, all’esigenza del sanitario di individuare quali linee guida seguire. Per concludere, considerando che l’intervento legislativo si innesta in un contesto in cui le risorse sono scarse e la gestione delle stesse deve avvenire in modo necessariamente sostenibile e attento, sarà indispensabile osservare ed effettuare ‘bilanci’ periodici relativi all’applicazione del nuovo modello di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

#### **1.4 Evoluzione storica: da custode dei “matti” a infermiere di salute mentale**

Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come la restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto.

Nel 1987 l'omnibus budget reconciliation act (OBRA) - noto anche come legge sulla riforma delle case di cura - ha coniato una prima estensiva definizione del lemma contenzione: metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo.

Qualche anno dopo, (1991) L.K. Evans definisce i mezzi di contenzione fisici e meccanici come quei dispositivi applicati al corpo, o nello spazio circostante la persona, per limitare la libertà dei movimenti volontari.

Infine la Federal Drug Administration designa i suddetti presidi di costrizione come quegli accessori o dispositivi creati per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentire il trattamento, l'esame clinico o la protezione.

Si tratta perciò di mezzi fisici – chimici – ambientali che, in una qualche maniera, limitano la capacità di movimenti volontari dell'individuo.

Queste prime definizioni si limitano però a considerare esclusivamente la variabile materiale: si parla infatti di metodica manuale o fisica, tralasciando quelle che poi diventeranno ulteriori modalità di costrizione nei confronti del malato.

La malattia psichica riguarda un aspetto della persona che apparentemente è meno “visibile” e più “immateriale”, poiché coinvolge la sfera psicologica-cognitiva, relazionale-comportamentale e affettiva di una persona, per questo meno comprensibile e accettabile come “malattia” nel senso tradizionale.

Il modello di comportamento non condiviso e maladattivo comporta la perdita dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana, nelle capacità di soddisfare i propri bisogni, nella capacità che Orem definisce di “autocura” e nel ruolo familiare e sociale. I disturbi psichici incidono sulle capacità della persona di rapportarsi con l'esterno, impattando drammaticamente con la dimensione relazionale e sociale, manifestandosi ai nostri occhi con modalità comportamentali e relazionali “anormali”, intendendo la normalità come adesione e conformità alla struttura culturale e sociale di appartenenza della persona.

L'approccio assistenziale al disagio psichico, da sempre è stato condizionato dalla cultura e dalla filosofia, determinando nei diversi periodi storici, un 'alternanza fra accettazione/cura/rifiuto/segregazione di chi ne era colpito. Spesso la persona coinvolta non riesce quindi a sostenere il proprio ruolo nel contesto sociale, arrivando nei casi più gravi a non essere in grado di occuparsi autonomamente della cura di sé e delle proprie attività di vita. Tali disfunzioni espongono il malato psichiatrico a rischio di emarginazione, stigmatizzazione e cronicizzazione del disturbo.

Nel corso della storia il malato psichiatrico è sempre stato messo da parte ed etichettato come individuo pericoloso per la società. Lo stigma verso queste persone (comportamenti discriminatori ed opinioni preconcepite negative, che si traducono con la riluttanza della popolazione "sana" nei confronti dei pazienti psichiatrici) ha radici profonde nel passato e si è espresso con repressione e allontanamento, motivo per cui l'assistenza psichiatrica nella storia riconosce il disturbo psichico sin dai tempi più remoti.

Nelle civiltà antiche, il disagio psichico era attribuito alla volontà divina. I primi luoghi di cura della follia erano i santuari, la funzione del medico era svolta dai sacerdoti e la terapia consisteva in riti religiosi e nella somministrazione di medicinali a base di erbe.

Nella civiltà greco-romana, al contrario, l'approccio era naturalistico. Con Ippocrate la causa della malattia è riferita a eventi naturali che devono essere osservati, studiati e descritti. La scuola ippocratica dà rilievo alla storia del soggetto e all'ambiente che lo circonda, non trascurando il rapporto che si instaura con chi lo assiste. Tale pensiero influenza anche il mondo romano, interessato all'epoca, unicamente alla conquista di terre, grazie al trasferimento a Roma di alcuni medici greci.

Nel periodo Medioevale si ritorna alla più arcaica concezione magico religiosa interpretando il disturbo come conseguenza di un'offesa nei confronti di Dio, indicando quindi come rimedio l'espiazione del peccato nella sofferenza. Periodo caratterizzato da grandi epidemie e carestie, quindi la persona con disturbi psichici è investita del ruolo di "capro espiatorio". La si riteneva posseduta dal demonio, portatrice del male, per questo rifiutata dalla società ed allontanata nel più tragico dei modi. Moltissime persone vennero messe al rogo con la sola colpa di essere diverse.

Con l'inizio della rivoluzione industriale ci fu un grande processo di urbanizzazione, crescita di grandi agglomerati urbani con concentrazione di persone in condizioni socio-economiche difficili. Si svilupparono problemi di carattere sociale e di ordine pubblico. La società borghese, subentrata al potere della Chiesa, sente la necessità di tutelarsi dal pericolo rappresentato dal "deviante", in questo contesto nascono i primi istituti (carceri) destinati alla segregazione e al confino, con figure addette alla custodia di carattere custodialistico e repressivo, precursore dell'infermiere in salute mentale.

A seguire, il riconoscimento dei diritti universali dell'uomo, prese forma con un movimento politico, sociale, culturale e filosofico che si sviluppò nel XVIII secolo in Europa, l'Illuminismo. Nacque in Inghilterra ma ebbe il suo massimo sviluppo in Francia, poi in tutta Europa e raggiunse anche l'America. La rivoluzione francese fece emergere quelle istanze di liberazione nei confronti dell'umanità oppressa, che nel caso dei folli si tradusse con la "liberazione dalle catene" quando ancora venivano usati metodi di cura repressivi e quando in questo particolare periodo storico, il soggetto veniva internato nei manicomi in cui l'infermiere aveva il ruolo di custode.

Due sono le figure da ricordare, lo psichiatra francese Pinel e l'infermiere Jean Baptist Pussin. Con Pinel inizia l'era della psichiatria come scienza positiva autonoma, propositore di un nuovo metodo di cura delle malattie mentali, che mira alla guarigione puntando sul fattore psicologico e sul rapporto di fiducia da instaurare col paziente.

Con la nascita dei manicomi, nel XIX secolo la psichiatria converge verso Freud, il primo che accetta seriamente la coppia medico-malato, cambiando la natura di tutte le altre strutture dell'asilo; abolisce il silenzio, cancella l'autoriconoscersi della follia, facendo cadere le istanze della "condanna". La psichiatria nel XX secolo è stata caratterizzata dalla supremazia dell'indirizzo organicistico-assistenziale e dal persistere dell'istituzione manicomiale, intesa come luogo di studio e di controllo. Vengono introdotti i primi trattamenti terapeutici, quali elettroshock, insulinoterapia e lobotomia, i quali risultano però più a scopo punitivo e repressivo che finalizzati alla cura del paziente.

Andando in particolare ad analizzare uno di questi trattamenti terapeutici, la lobotomia è degno di nota, poiché era una procedura neurochirurgica sfruttata dagli psichiatri degli anni '40 e '50 del XX secolo, per migliorare il quadro sintomatologico delle persone con problemi mentali, quali:



- depressione: disturbo mentale dal carattere cronico, che induce, nella persona affetta, umore basso e triste, rallentamento psicomotorio, perdita di interesse o di piacere per la vita, sentimenti di colpa o bassa autostima, disturbi del sonno e/o dell'appetito, calo della capacità di concentrazione;
- disturbo bipolare: disturbo mentale che provoca gravi e ricorrenti alterazioni dell'umore.  
Chi ne è affetto, infatti, alterna momenti di estrema euforia ed eccitazione (momenti maniacali o ipomaniacali) a momenti di forte depressione (momenti o episodi depressivi).  
Quest'alternanza di comportamenti molto diversi ha svariate ripercussioni: dalla sfera sociale a quella lavorativa/scolastica;
- schizofrenia: disturbo mentale grave e cronico, caratterizzato da psicosi (ossia perdita di contatto con la realtà), allucinazioni (ossia percezioni di qualcosa che è solo immaginario), illusioni, alterazioni dell'affettività, comportamenti bizzarri e disordine nel pensiero e nel linguaggio.

Dal punto di vista strettamente procedurale, la lobotomia consisteva nella recisione di parte delle connessioni nervose in arrivo a e in partenza dalla corteccia cerebrale, in posizione frontale, ossia la corteccia dei lobi frontali.

In genere, le persone che si sottoponevano a quest'intervento manifestavano una riduzione della spontaneità, della reattività, della consapevolezza di sé e dell'autocontrollo, una spiccata tendenza all'inerzia, un assopimento dell'emotività e una restrizione delle capacità intellettive. Il primo a sperimentare gli effetti della lobotomia sull'essere umano fu il neurochirurgo portoghese Antonio Egas Moniz. Era l'anno 1935.

Dopo l'operazione, alcuni pazienti morivano a distanza di qualche giorno oppure si suicidavano; altri ne uscivano cerebrolesi o con danni invalidanti; altri ancora avevano bisogno di essere monitorati costantemente in un centro ospedaliero per malati mentali. In alcuni rari casi, c'era qualche individuo che traeva più vantaggi che benefici: queste persone erano in grado di lavorare e prendersi anche incarichi di una certa rilevanza.

Secondo le statistiche degli anni '40 del XX secolo, il tasso di mortalità, successivo agli interventi di lobotomia, era approssimativamente del 5%.

In genere, subito al termine dell'intervento di lobotomia, i pazienti risultavano storditi, confusi e smodati. In alcuni frangenti, qualcuno dimostrava di avere un enorme

appetito, tanto che spesso ingrassava nel giro di poco tempo; qualcun altro sviluppava una forma di epilessia.

Lo psichiatra britannico Maurice Partridge, che ha analizzato gli esiti della lobotomia su più di 300 pazienti, affermava che i miglioramenti derivanti dalla suddetta pratica neurochirurgica dipendevano da "una riduzione della complessità della vita psichica" dell'individuo.

A partire dalla metà degli anni '50, sia perché qualcuno ne mise in luce i gravi effetti avversi, sia perché uscirono sul mercato i primi farmaci antipsicotici e antidepressivi, cominciò a perdere gradualmente d'importanza.

Negli anni '70, quasi più nessun neurochirurgo eseguiva interventi di lobotomia.

Attualmente, la lobotomia non è più una tecnica neurochirurgica in uso, a causa dei suoi numerosi effetti avversi: medici ed esperti, infatti, si accorsero dopo pochi decenni che i suoi benefici erano decisamente più scarsi dei rischi e delle complicanze derivanti.

La legge del 14/2/1904 n.36, "disposizioni sui manicomi e sugli alienati" all'Art.1 sanciva l'obbligo di custodire e curare "...nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale qualora siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo".

Il principale riferimento di legge specifico sulla contenzione rimane l'Art.60 del R.D. n.615 del 16/8/1909, "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", il quale dichiarava che i mezzi di contenzione degli infermi non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione, così come riportato integralmente:

Art. 60. "Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto.

Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una sanzione amministrativa da lire 60.000 a lire 200.000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale.

L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente.”

All'*art.34* sanciva la responsabilità di sorvegliare ed assistere i malati affidati a ciascuno degli infermieri, provvedendo ad ogni loro bisogno:

*Art.34.* “ Spetta agli infermieri, sotto la dipendenza del direttore, dei medici e dei capi infermieri, di sorvegliare ed assistere i malati affidati a ciascuno di essi; vigilare attentamente affinché questi non nuocciano a sé e agli altri, e sia provveduto ad ogni loro bisogno; curare, per quanto è possibile, di adibirli a quelle occupazioni che dai medici fossero indicate come adatte all'indole e alle attitudini di ciascuno; eseguire tutte le prescrizioni impartite dai superiori per la buona manutenzione dei locali, degli arredi, ecc., e riferire immediatamente ai superiori stessi tutto quanto concerne i malati ed il servizio.

Rispondono dei malati loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati pel lavoro.

Non possono ricorrere a mezzi coercitivi se non in casi eccezionali col permesso scritto del medico. Nel caso di contravvenzione a questo divieto sono soggetti ad una sanzione amministrativa estensibile a lire 20.000, senza pregiudizio delle maggiori responsabilità in cui potessero incorrere a termini di legge.”

Il manicomio come centro di potere permetteva:

- Un meccanismo di distruzione di un'identità già precaria;
- L'invalidazione del rispetto di sé già minacciato;
- Degradazione e violenza psicologica.

Il paziente veniva accolto da persone in camice bianco e sottoposto allo “spoglio”.

Erving Goffman, sociologo canadese descrisse “La carriera morale del malato mentale” (*Asylums* 1961), all'interno dell'istituzione, l'importanza della sottrazione degli abiti, degli oggetti, della sua stessa identità sociale, inserito in un mondo anonimo affine a quello carcerario, governato da una complessa e ferrea piramide di potere.

Il nuovo ruolo dell'infermiere psichiatrico si inizia a intravedere verso la fine dell'Ottocento, quando si avverte la necessità di formare il personale di assistenza nei manicomi, poiché l'infermiere è la figura fondamentale, è colui che segue la vita, la disperazione, le manifestazioni di pazzia, la morte del folle.

Venne pubblicato il primo manuale psichiatrico per infermieri, “Il manuale di istruzione per custodi di matti”.

A metà degli anni ‘50 si iniziano ad elaborare teorie infermieristiche, quella che più riguarda la sfera del disagio psichico è pubblicata da Hildegard E. Peplau “Teoria dei rapporti interpersonali nell’assistenza infermieristica”. Per lei è importante che l’infermiere capisca il proprio comportamento per poter aiutare gli altri a identificare.

Arrivando progressivamente al giorno d’oggi in questa evoluzione nella storia, è importante raccontare di un luogo che nel corso del tempo ha determinato l’identità del territorio in cui si trova ma che per secoli è rimasto chiuso in sé stesso e nascosto agli occhi dei più, celando piccole e grandi storie di vita: è la villa dell’Ambrogiana di Montelupo Fiorentino. Nata come sfarzosa residenza medicea nel Cinquecento, ma dalle origini più antiche, passata ai Lorena nel ‘700, negli anni ‘20 dell’Ottocento divenne penitenziario e poi manicomio, per poi assumere la funzione di manicomio criminale (in seguito ospedale psichiatrico giudiziario). È solo con la dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari (opg), avvenuta nel 2017, che la villa è stata riaperta eccezionalmente al pubblico, iniziando una nuova fase della sua esistenza, che va verso la restituzione alla comunità di questo gioiello architettonico.

La villa aveva un approdo sull’Arno, e fu questo a renderla strategica per i nobili, che arrivavano in carrozza da Firenze e da lì proseguivano via fiume verso i porti commerciali di Pisa e Livorno.

Nel 1824 il destino della villa prende una piega inaspettata: Leopoldo II decide di trasformare il convento e le scuderie in carcere. Da lì, nel 1850 l’Ambrogiana diventa manicomio. Le celle sono allestite anche all’interno del corridoio voluto da Cosimo III.

Nel 1860 la villa diventa proprietà dello Stato, assegnata prima al Ministero dell’Interno poi a quello di Grazia e Giustizia. Tra il 1884 e il 1886 il complesso viene definitivamente trasformato in manicomio criminale: in primo in Italia.

Funzione che conserverà, sotto diverse denominazioni, per oltre 130 anni: nel 1975 (per effetto della legge n. 345) diventa ospedale psichiatrico giudiziario e lo sarà fino al 2017, anno in cui la struttura viene dismessa.

Il manicomio criminale ha ospitato anche detenuti “noti”, come gli anarchici Giovanni Passannante e Pietro Acciarito: entrambi a fine ‘800 attentarono alla vita del re d’Italia

Umberto I ed entrambi a Montelupo morirono. Negli anni '80 del '900 furono diversi anche i membri della criminalità organizzata e quelli delle Brigate Rosse che “soggiornarono” nell’opg, cosa che portò all’aumento delle misure di sicurezza: alle alte mura di cinta di inizio '900 furono aggiunte torrette di guardia, vetri antiproiettile e pattuglie di sorveglianza (anche con elicotteri) 24 ore su 24.

Nel gennaio 2012 la Commissione giustizia del Senato stabilisce la chiusura definitiva degli opg, fissando il termine al 31 marzo 2015. E così il 7 febbraio 2017 (con quasi 2 anni di ritardo) l’ultimo detenuto dell’opg di Montelupo viene trasferito nella “rems” di Volterra – “residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza”, le strutture sanitarie pensate in seguito alla chiusura degli opg per accogliere chi commette reati ed è affetto da disturbi mentali – mettendo la parola “fine” a quasi un secolo e mezzo che ha visto celare dietro alla bellezza della villa (e alle sue mura di cinta) storie di dolore, malattia e solitudine. Quando è stata decretata la chiusura degli opg, i detenuti dell'Ambrogiana erano circa 120 (di cui 80 non toscani, tornati poi nelle loro regioni d’origine) ma nei suoi momenti di “massimo splendore” la struttura poteva ospitare fino a 600 persone.

Il 9 settembre 2017 la villa ha riaperto i cancelli. L’evento è stato festeggiato con un “abbraccio” collettivo: oltre 1.400 persone si sono date la mano intorno al perimetro della villa passandosi la chiave simbolica che ha aperto la storica residenza e dato il via alle visite per la giornata speciale (a cui hanno partecipato oltre 2.500 persone). Da allora però l’Ambrogiana è stata accessibile solo per eventi straordinari, per concessione del Demanio (a cui il Ministero di Grazia e Giustizia ha passato la proprietà a giugno 2017). Fino a che a novembre 2018 non è stata firmata una concessione temporanea che ha affidato per 6 mesi – da gennaio a giugno 2019 – la gestione della villa al Comune di Montelupo. È così stato possibile dare il via ad una serie di visite in collaborazione con la Pro Loco e la Fondazione Museo Montelupo, che registrano altissimi numeri di prenotazioni.

#### **1.4.1 Excursus legislativo del periodo manicomiale**

La normativa di riferimento che regola l’assistenza psichiatrica in Italia è conseguenza dei processi storici che ne hanno influenzato l’evoluzione.

Nelle seguenti due leggi, Legge 36/1904 “Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati” e Regio Decreto 615/1909 “regolamento sui manicomi e sugli alienati”, prevale la convinzione che la persona portatrice di disagio psichico doveva essere allontanata dalla società e sottoposta a cure. Il manicomio era sottoposto alla vigilanza del Ministero dell’Interno e dei Prefetti. Il ricovero poteva essere effettuato in modo provvisorio, veniva predisposto dall’autorità di pubblica sicurezza sulla base di un certificato medico; trascorso il periodo di osservazione (circa 1 mese), se il tribunale confermava il ricovero, questo diventava definitivo, con annotazione al casellario giudiziale.

A fine secolo in Italia c’erano 124 strutture dedicate all’assistenza psichiatrica, di cui 43 manicomi pubblici. Ma ancora non esisteva una legge che regolamentasse, unificandole, le diverse realtà, pubbliche e private. Ogni istituzione si governava in autonomia, sia dal punto di vista sanitario che da quello amministrativo.

Nel febbraio 1904 viene promulgata la Legge che porta il nome del Ministro dell’Interno dell’epoca, Giovanni Giolitti. In questo modo per la prima volta lo Stato unitario si dotava di una legge organica che regolamentasse la materia psichiatrica. Gli istituti manicomiali erano chiamati a svolgere un ruolo sempre più repressivo ed emarginante, a causa della connessione che la legge stabiliva tra malattia mentale e pericolosità sociale: aumentarono così anche i ricoveri e negli stabilimenti, crebbe il numero dei padiglioni destinati ad ospitarli.

Se da un lato la Legge connotava in modo molto netto la psichiatria nel suo mandato di controllo sociale, dall’altro sanciva in modo altrettanto netto la delega al Direttore del Manicomio, che aveva il potere di decidere in quasi autonomia ingressi e dimissioni, vale a dire della salute e del destino sociale di molte persone. Già allora vi fu, fra i giuristi, chi criticò questa legge per il rischio per le libertà personali dei cittadini.

La legge 36 del 1904 è rimasta in vigore fino al 1978, i principali cardini che la caratterizzavano riguardavano la persona portatrice di disagio psichico, la quale doveva essere allontanata dalla società e sottoposta a “cure” traducendosi in un atto di pubblica sicurezza, non sanitario. Tali persone venivano quindi “internate” nei manicomi dove l’infermiere svolgeva un ruolo prettamente orientato alla sorveglianza (custode dei matti).

La legge 431/1969 riguardo le “provvidenze per l’assistenza psichiatrica”, denominata Legge Mariotti, determinò l’inizio del processo di rivoluzione psichiatrica. Convertiva i manicomi in Ospedali psichiatrici, ridimensionandone gli spazi e riducendo il numero dei posti letto, ammetteva il ricovero volontario senza perdere i diritti civili e abolendo l’obbligo di registrazione al Casellario giudiziario (si va ad accumunare i pazienti psichiatrici agli altri malati, l’ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale: introduce implicitamente il concetto di “coscienza di malattia” da parte del malato psichiatrico).

Introduceva, inoltre, i Centri di salute mentale (CSM), quale embrione di servizio territoriale e del concetto di continuità terapeutica-assistenziale.

Finanziava l’ampliamento del Budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato: introduce l’elemento dell’èquipe multidisciplinare.

A questa nuova realtà deve adeguarsi anche la formazione del personale infermieristico e nel 1971 con la Circolare Ministeriale n.161, si ridefinisce l’art 24 della Legge del 1909.

La psichiatria si poteva cambiare solo eliminando il suo centro, il manicomio; scompare il paradigma dell’irrecuperabilità, della separazione senza speranza, della profezia di fallimento. Come disse saggiamente Franco Basaglia “Visto da vicino, nessuno è normale”.

La Legge del 13 maggio 1978, n.180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” nota come Legge Basaglia e recepita successivamente dal SSN (legge 833/1978), conclude il processo di rivoluzione psichiatrica avviato dalla riforma Mariotti allo scopo di eliminare i manicomi dal sistema assistenziale italiano, con la conseguente disposizione di chiusura di questi su tutto il territorio nazionale. Con l’obiettivo di creare un sistema basato sulla prevenzione, diagnosi precoce e soprattutto assistenza domiciliare, ambulatoriale e territoriale, assegnando al Distretto di salute mentale (DSM) funzioni non solo curative ma anche riabilitative. Puntava sulla volontarietà dei trattamenti sanitari (salvo ASO e TSO), stabilendo che il TSO è ammesso solo come misura eccezionale ed è regolato da procedure tese a garantire la massima tutela della persona. Ricapitolando, l’assistenza psichiatrica passa dalle Province al SSN, è vietato il ricovero presso gli ospedali psichiatrici e vengono istituiti Servizi all’interno degli ospedali generali, favorendo quindi la costruzione di strutture alternative.

I punti chiave di questa Legge si racchiudono in pochi dettati, tra questi l'eliminazione del concetto di pericolosità per sé e per gli altri, con il trattamento sanitario in psichiatria basato sul diritto della persona alla cura e salute. Non da meno, il rispetto dei diritti umani (ad esempio, diritto di comunicare e diritto di voto) e l'istituzione dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) come fulcro dell'assistenza psichiatrica all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie.

Viene introdotto il concetto di “correlazione funzionale” tra SPDC o strutture di ricovero e servizi territoriali, sulla scia del principio di continuità terapeutica e interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedaliero: TSO.

Le problematiche dopo l'entrata in vigore della Legge Basaglia furono la mancanza di presa in carico dei pazienti per assenza di strutture territoriali, le famiglie costrette a gestire l'assistenza, subendone anche conseguenze psicologiche e fisiche, pazienti violenti equiparati ai più tranquilli e in assenza di cure adeguate si è assistito alla cronicizzazione o peggioramento della popolazione dei malati.

Il DPR del 7 aprile 1994-1996 e 1998-2000 “Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale”, definisce i criteri organizzativi per l'attuazione della riforma psichiatrica, indicando come priorità la costruzione del DSM in tutte le ASL e prevedendone la struttura, le funzioni e le figure professionali presenti. Per anni quello dei pazienti con disagio psichico è sembrato un problema risolto, per il “superamento graduale dell'Ospedale Psichiatrico” e la “costruzione di quella rete assistenziale alternativa nel territorio”, ma nei confronti degli ex-pazienti psichiatrici, pazienti con disagio mentale che si rivolgono a strutture pubbliche o private, si continua a compiere quell'atto che il Professor Basaglia chiamava “crimini di pace”: abbandono, distrazione, negligenza e immobilità da parte delle istituzioni.

Il Progetto fissa alcune definizioni e pone standard riguardo ai servizi deputati alla tutela della salute mentale che *“...rappresenta una complessa finalità cui concorrono nei tre ambiti preventivo, terapeutico e riabilitativo, molteplici servizi e unità operative della USL in integrazione con il servizio di psichiatria”*.

Decreta la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, il loro svuotamento e la riconversione delle risorse per la nascita di Dipartimenti di salute mentale stabilendo che l'assistenza psichiatrica deve essere centrata sul territorio, orientata al reinserimento



sociale del soggetto colpito da disturbo psichico e che gli interventi realizzati devono essere sostenuti dall'evidenza scientifica.

L'excursus legislativo del nursing psichiatrico prende vita dal 1800 quando la nomina principale fu "il Guardiano dei folli", analfabeta, ignorante e posto sullo stesso piano degli alienati. Nel 1827 Esquirol, psichiatra e scienziato francese, rafforza il carattere custodialistico, nel quale l'infermiere era subalterno al medico e aveva un ruolo di domestico.

Il RD N.615 del 1909 "Regolamento sui manicomi e sugli alienati", all'Art.22 descrive:

"Nei manicomi pubblici e privati il personale di vigilanza, sotto qualsiasi denominazione eserciti le sue funzioni, cioè di sorveglianza, capi infermieri o simili, deve essere scelto fra persone che abbiano speciali attitudini e adeguata cultura, e che abbiano riportato l'attestato di idoneità alla qualità di sorveglianti, di cui all'art. 24. La nomina sarà fatta su proposta del direttore".

A seguire, l'Art.23 recita "Gli infermieri, sia dei manicomi pubblici che privati, debbono essere dotati di sana costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica, aver serbata buona condotta morale e civile, sapere leggere e scrivere ed avere compiuti 18 anni.

L'ammissione in servizio di infermieri minorenni non può avvenire se non quando la responsabilità dei loro atti sia garantita, ai sensi di legge, dallo esercente la patria potestà o da chi di diritto.

Gli infermieri aventi i requisiti sopra indicati sono assunti in servizio su proposta o parere favorevole del direttore, nella qualità di provvisori. Compiuto un biennio di buona prova ed ottenuto l'attestato di idoneità, di cui all'art. 24, sono nominati effettivi."

Infine, come frequentemente chiamato in causa, l'Art.24 espone argomentazioni riguardo la figura del Direttore, il quale deve istituire corsi teorico-pratici:

"Il direttore del manicomio, o personalmente, o per mezzo dei medici del manicomio stesso da lui prescelti, deve istituire corsi speciali teorico-pratici per la istruzione degli infermieri provvisori ed effettivi e possibilmente anche per la formazione di un buon personale di vigilanza.

È in facoltà dell'Amministrazione di ammettere a questi corsi anche estranei.

Il direttore è autorizzato a rilasciare attestati di idoneità rispettivamente agli infermieri ed agli aspiranti alla qualità di sorveglianti, che avendo frequentato il corso con assiduità, avranno superato con buon esito un esame teorico-pratico finale, che sarà dato davanti ad una Commissione composta del medico provinciale, del direttore medesimo e di un delegato della Amministrazione.

Gli attestati di idoneità rilasciati in un manicomio pubblico sono validi per l'ammissione in qualunque altro.”

Passaggio decisivo da “ruolo domestico” a “custode esecutore di ordini”.

Nel 1968, Pancheri, psichiatra italiano, noto per i suoi molteplici contributi e innovazioni nell'ambito della psichiatria italiana, nonché professore ordinario presso l'Università La Sapienza di Roma, attribuisce tre compiti fondamentali all'infermiere:

- Tecnico
  - Cure personali ai malati
  - Assistenza prima, durante e dopo l'elettroshock
  - Preparazione dello strumentario per interventi di vario genere
  - Somministrazione di farmaci
- Umano
  - Scelta dell'atteggiamento terapeutico
  - Aiutare il malato ad accettare le terapie
  - Migliorare le relazioni con il malato
  - Osservare il comportamento del malato
- Sociale
  - Sorvegliare il lavoro collettivo in ergoterapia
- Sorvegliare il momento di svago

Nonostante la figura importante all'interno dell'equipe e la necessità di una formazione adeguata, l'infermiere è ancora considerato un custode.

Secondo il DPR del 20 dicembre 1979, n. 761 inerente lo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali, l'infermiere psichiatrico viene collocato nella posizione di operatore di II categoria, mentre l'infermiere professionale nella posizione di I categoria.

Per concludere, nella Legge del 3 giugno 1980, n. 243, si evidenzia la straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri generici e degli infermieri psichiatrici, poiché la figura dell'infermiere psichiatrico viene sostituita dall'infermiere professionale, dando inizio così ad una "sfida evolutiva".

### **1.5 Responsabilità penale e profili etici**

La contenzione, da un punto di vista giuridico, può essere vista come un atto terapeutico sanitario?

Per chi, come il professionista Infermiere, opera in "setting" assistenziali come U.O ospedaliere (medicina, medicina d'urgenza, pronto soccorso) o strutture di lunga degenza, o RSA o in strutture psichiatriche, la contenzione fisica e chimica è un fatto giornaliero e ritenuto indispensabile. Questo perché, i soggetti che l'équipe assistenziale prende in carico versano spesso in condizioni di grave decadimento cognitivo, stato confusionale e successiva perdita della capacità di autodeterminazione. Spesso tali soggetti sono violenti e possono causare danni sia per sé stessi sia per terzi. Esistono altre realtà in cui, a causa della perdita della volontarietà dei movimenti (SLA, lesioni midollari complete ed incomplete, S.M.) si ricorre all'utilizzo di mezzi di contenzione fisica: spondine complete per letto, cinture pelviche, corpetti con bretelle, sono necessarie al fine di proteggere l'assistito da potenziali cadute.

Tralasciando volontariamente il T.S.O., è necessario cercare di analizzare i limiti della liceità della contenzione e per questo è opportuno menzionare i riferimenti normativi Costituzionali, in particolare gli artt. 13 e 32, nel quale si enunciano i diritti inviolabili di libertà dell'individuo e del suo altrettanto diritto inviolabile di autodeterminazione. Altro riferimento normativo, lo ritroviamo anche nell'art. 5 del codice civile:

Atti di disposizione del proprio corpo - "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume."

Per questo, è opportuno inoltre ricordare che, se da un lato giuridicamente la contenzione potrebbe essere ritenuta comprensibilmente utilizzata in alcune fattispecie, da un altro i comportamenti di alcuni sanitari che utilizzano mezzi di contenzione come forme abituali di assistenza, in assenza di una benché minima valutazione clinico assistenziale o di documentazione, dove l'interesse si sposta dal fine di "bene per il soggetto assistito", sono tutte condotte che possono essere ritenute illecite e valutate come possibili. Si sfocia nell'ambito della responsabilità penale, se non preceduta da manifestazione di adesione da parte di chi è sottoposto.

Quali delitti?

- rapporto di causalità: art. 40 c.p.

“Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.”

- legittima difesa: art 52 c.p.

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui con il pericolo reale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa.”

- stato di incapacità procurato mediante violenza: art 613 c.p. commesso da

“chiunque mediante suggestione ipnotica o in veglia, mediante la somministrazione di alcolici o sostanze stupefacenti o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona senza il suo consenso in uno stato di incapacità di intendere o di volere ed è punita con la reclusione fino ad un anno”.

- stato di necessità: art.54 c.p.

“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.”

Ma perché sussista tale stato devono essere presenti i seguenti requisiti:

a) il pericolo deve essere attuale, cioè deve esistere la possibilità che l'evento temuto si verifichi

b) il pericolo deve consistere in un danno alla persona

c) il pericolo deve avere il requisito della gravità

d) l'agente non deve porsi di propria volontà nella condizione pericolosa

Nello stato di necessità, in consenso informato “decade” in quanto si presuppone che il soggetto passivo attualmente non in grado di autodeterminarsi, in condizioni diverse, avrebbe manifestato una volontà in senso positivo. Un aspetto fondamentale è l'elemento “pericolo attuale” enunciato dall'art 54 del c.p. cioè: se sussiste realmente la possibilità che il soggetto si trovi in una situazione di pericolo per la propria salute.

Ad esempio, nell'ipotesi della persona anziana in una fase di stato confusionale acuto qualora, accertata l'impossibilità di un intervento immediato da parte del medico attraverso una terapia farmacologia finalizzata al controllo della crisi, sia ragionevole ritenere che possa procurarsi delle lesioni per cadute o di altro genere si ritiene che sussista la necessità di un intervento urgente contenitivo. Nello stato di necessità l'emergenza/urgenza e la straordinarietà sono elementi fondamentali.

Nella posizione di garanzia, l'assistenza al soggetto contenuto deve essere effettuata nel rispetto delle leggi costituzionali, tale frase richiede la presenza del consenso informato, ma la situazione del pericolo può richiamare allo stato di necessità e la possibilità del professionista infermiere di riferirsi all'articolo 30 del Codice Deontologico. Il giurista A. Zagari, ricorda che tale concetto lo ritroviamo anche nell'art.51 del c.p. (esercizio di un diritto o adempimento di un dovere), che ci induce ad affermare che il compimento dell'attività sanitaria è doveroso ogni qualvolta al potere si accompagna la sua doverosa esplicazione, tenendo comunque sempre fermi i limiti imposti dal rispetto del paziente e della dignità umana:

“L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità.

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale [c.p. 357] che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine.”

- lesioni personali: art. 582 c.p.

- percosse: art. 581 c.p.
- abbandono di minori o incapaci: art. 591 c.p.

“Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.”

L'adozione di mezzi di contenzione, limitando il diritto all'autodeterminazione e alla libertà personale di movimento, può esporre a ipotesi di reato quali:

- sequestro di persona: art 605 del c.p.

“Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni”.

In un articolo di Zagari A. riporta un importante enunciato della Suprema Corte di Cassazione:

“Ai fini della configurazione del reato di sequestro di persona deve prescindersi dall'esistenza nell'offeso di una capacità volitiva di movimento e istintiva di percezione della privazione della libertà, per cui il delitto è ipotizzabile anche nei confronti di infermi di mente o di paralitici”.

In questa frase, possiamo comprendere che la persona umana è da considerarsi libera non in quanto abbia capacità di muoversi, ma in quanto sia assente ogni coercizione che sottragga il suo corpo a possibilità di movimento nello spazio.

- violenza privata: art. 610 c.p.

“Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni.”

- maltrattamento: art. 572 c.p.

“Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo 571 c.p., maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni.

La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi.

[La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici.]

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni.”

- abuso mezzi di contenzione o di disciplina: art. 571 c.p.

“Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi.”

Qualora per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona si potrebbero configurare altre gravi ipotesi di reato, per responsabilità colposa o per violazione:

- omicidio colposo: art. 589 c.p.
- lesioni personale colpose: art. 590 c.p.
- la morte o lesione personale come conseguenza di altro delitto: art. 586 c.p.

La domanda da porsi sarebbe, quali sono i beni “disponibili” rispettivamente violati? I seguenti, sono beni subordinati ad un bene superiore, quale la salute, definita dall'OMS nell'atto costitutivo del 22 luglio 1946 come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità:

-Libertà: sequestro di persona e violenza privata

-Incolumità: percosse e lesioni personali

-Personalità: abuso di mezzi di correzione o disciplina e maltrattamenti

E soprattutto, qualunque contenzione è illegittima?

Risponde l'Art.50 del codice penale: "Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, col consenso della persona che può validamente disporne."

Se salute è benessere anche sociale e mentale, la salvaguardia della personalità e la libertà sono componenti della salute. Un trattamento anche se volto a rimuovere o a prevenire la malattia, non automaticamente garantisce la salute, se gravato da una componente afflittiva (limitazione della libertà), che incide sulla componente mentale e sociale del benessere.

Il comitato nazionale di bioetica è sempre stato molto duro sull'argomento contenzioni. Nel documento del 2005 "La contenzione problemi bioetici" questa viene definita come "la pratica di legare pazienti contro la propria volontà" e si pone l'ottica del superamento di tale pratica nella visione di un nuovo paradigma sanitario nella quale la cura deve essere basata sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti e nel rispetto dell'autonomia e della dignità della persona.

Nella società odierna, l'autonomia personale ha un valore significativo, in quanto quella del paziente dovrebbe essere rispettata e non trascurata durante la pratica infermieristica. Anche i pazienti che presentano disturbi mentali e che possono manifestare comportamenti aggressivi se approcciati con gli interventi adeguati risultano più complianti al trattamento ed al processo di nursing (4).

L'autonomia personale è considerata il principio etico dominante nelle culture occidentali. In un contesto di cura, il rispetto dell'autonomia e dell'integrità è della massima importanza quando si ha a che fare con il benessere di un'altra persona. Anche dopo che una persona cessa di essere legalmente competente, gli operatori sanitari dovrebbero continuare a rispettare la restante autonomia della persona (5).

Se quindi la contenzione sotto il punto di vista legale è illecita perché nella realtà terapeutica viene ugualmente praticata? La risposta a questa domanda è da ricercarsi nella conoscenza degli operatori sanitari. È di fatto il sapere che determina la qualità dell'assistenza.

Alcune sentenze nel corso degli anni, hanno rimarcato il tema della contenzione, a partire dal Tribunale di Santa Maria Capua Vetere con la sentenza del 9 maggio 1978 sulla violenza privata, fattispecie di violenze nei confronti di internati in manicomio giudiziario:



“Rispondono del reato di violenza privata aggravata il direttore e gli agenti di custodia di manicomio giudiziario che attraverso l’uso indiscriminato, da loro disposto, accettato e comunque non impedito di psicofarmaci nonché del letto di contenzione abbiano, in assenza dei presupposti previsti espressamente da disposizioni di legge, costretto numerosi ricoverati a subire la relativa limitazione di libertà.” (6)

Allo stesso modo, la Cassazione penale, Sez. IV, con la relativa sentenza del 19/12/1979 discute di lesioni personali colpose a titolo di imprudenza generica, e quindi oltre i limiti sanciti per la colpa professionale, per le quali risponde il medico incaricato dall’amministrazione penitenziaria che trascuri di far interrompere la contenzione di un detenuto il quale, dibattendosi violentemente in preda a crisi psicomotoria, procuri danni alla propria persona (7).

Altra sentenza della Cassazione penale, Sez. V, del 17/10/1990, ma riguardante il reato di sequestro di persona, esprime che il delitto è ipotizzabile anche nei confronti di infermi di mente o di paralitici (8).

L'evento principe di un'altra importante sentenza della Corte di Cassazione penale, Sez.IV del 12/4/05, riguardava il suicidio di un paziente ricoverato in ospedale in regime di TSO, il quale, dopo avere in precedenza tentato di uccidersi, aveva realizzato il suo proposito impiccandosi nel bagno, ove si era recato senza alcun controllo e recando con sé le lenzuola, con cui aveva costruito una rudimentale corda. In relazione anche alla circostanza che il malato avesse preannunciato i suoi propositi, e lo stesso tempo della loro attuazione, il medico responsabile del reparto, e quello che era di turno la notte dell'accadimento, erano stati condannati e incriminati per omicidio colposo. La colpa era stata ravvisata nell'aver omesso di impartire precise, vincolanti e rigide disposizioni agli infermieri circa la necessità di esercitare un ininterrotto controllo sulla parte offesa.

La Corte di Cassazione ha registrato l'avvenuta prescrizione del reato, enunciando tra l'altro, il seguente principio di diritto, la cui valenza oltrepassa lo specifico caso:

“Nei confronti di un infermo di mente soggetto a TSO esiste la posizione di garanzia dei medici della struttura, i quali, proprio perché si tratta di un trattamento non volontario ma obbligatorio (da adottarsi quando esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici che non vengano accettati dal malato), possono adottare misure limitative della libertà personale a tutela del paziente stesso (e, in via riflessa,

eventualmente, dei terzi), e tale tutela, a fronte di una situazione di gravità estrema e di mancata collaborazione del soggetto che non aderisca ad un trattamento volontario, non può non effettuarsi che attraverso la custodia del soggetto, e se del caso attraverso la contenzione.” (9)

Infine, nell’ambito della giurisprudenza civile, è stata emessa una sentenza da parte del tribunale di Milano del 4 aprile 1979, dove la giurisprudenza stessa ha sancito la legittimità della contenzione fisica. Il ricorso alla contenzione viene motivato da precise necessità terapeutiche. È un atto lecito e rimane tutt’ora un atto prescrittivo che deve figurare in cartella clinica in cui andrà indicato il mezzo e la durata della contenzione (10).

### **1.5.1 Sentenza Cassazione “Caso Mastrogiovanni”**

La vicenda della morte di Francesco Mastrogiovanni, il maestro elementare di Castelnuovo Cilento (Salerno), è avvenuta nella notte del 4 agosto dopo più di 80 ore di contenzione chimica e meccanica, in quando era stato sottoposto nel 2009 a trattamento sanitario obbligatorio (TSO), tenuto legato senza alcuna ragione contemporaneamente ai quattro arti con lacci di plastica in dotazione dell’ospedale che gli procurano ferite profonde un centimetro, senza alleviare la sofferenza né con un sorso d’acqua e né un pezzo di pane.

La Corte di Cassazione, dopo un processo durato quasi nove anni, ha ritenuto responsabili i medici e gli infermieri del reparto psichiatrico dell’ospedale di “San Luca” di Vallo della Lucania (SA) coinvolti nel caso per il sequestro di persona, mentre ha annullato la sentenza d’appello per il reato di omicidio.

Gli undici infermieri condannati, come i medici, avevano l’obbligo di «proteggere» il paziente e di segnalare all’autorità competente maltrattamenti o privazioni, soprattutto della libertà personale, insieme all’obbligo di «attivarsi per far cessare la coercizione» in quanto sono «più frequentemente a contatto con il paziente ed in grado di constatare da vicino le sofferenze che la limitazione meccanica gli cagionava».

Vennero confermate le condanne con le motivazioni di seguito riportate: “responsabilità del dottor x per il delitto di sequestro di persona - per aver illegittimamente sottoposto il Mastrogiovanni alla pratica contenitiva in assenza di

condizioni giustificative, ovvero per l'insussistenza del pericolo di comportamenti etero o autolesivi del paziente - nonché di tutti gli altri medici ed infermieri che si erano alternati nei turni di servizio dalla serata del 31 luglio fino all'evento letale del 4 agosto mattina 2009, per avere lasciato, dal momento in cui sono montati in turno, ininterrottamente il Mastrogiovanni in regime di contenzione nonostante non ne sussistessero i presupposti e con la consapevolezza della illegittimità della pratica contenitiva.”

La morte fu provocata da una crisi di EPA (edema polmonare acuto).

Ora, dopo la Cassazione, la vicenda si chiude, con una sentenza forse ridotta nell'impatto rispetto a quella dove era previsto l'omicidio colposo, ma che non cede a tutta l'opera di demolizione dell'impianto accusatorio fatta in due ore dal Procuratore Generale.

Soddisfatta - se così si può dire, nonostante la morte di un proprio caro – la famiglia di Francesco, venuto a mancare dopo una lunga agonia all'età di 59 anni.

La vicenda, nella sua tragicità, ha il merito di essere riuscita a mettere in luce le gravi questioni legate allo strumento della contenzione e del TSO stesso.

Molte altre potrebbero essere le storie raccontate, ma alla fine resta sullo sfondo un palcoscenico di sofferenza e morte, privazione e negazione, che rischia di far apparire la cura del disagio psichico non molto diversa da come lo era in passato.

Di conseguenza diventa necessario cercare un filo logico, etico, scientifico ed umano che possa dare alcune risposte sia ai professionisti, sia alle persone, utenti e familiari e cittadini di uno stato di diritto.

È molto facile condannare la contenzione, la cattiva assistenza, la riduzione dell'altro da sé, del malato, del diverso a qualcosa che perde la sua dimensione umana e quindi viene vista come patologia, urgenza, terapia e percorso.

*“Se il disagio diventa esclusione, se la lettura è senza appello alcuno per chi viene fatto oggetto di un intervento riparatore, allora di conseguenza il TSO e la contenzione sono sì scelte gravi, emergenziali, ma che mostrano il lato tragico e deviato non della malattia, ma del contesto sociale presente.”*

Più delle sentenze e della tragicità dei fatti, le vittime di un TSO impongono ad ogni professionista della salute di fermarsi a riflettere sul suo ruolo, sulle sue risorse e sul suo portato etico che rischiano di cedere di fronte alla banalità...della contenzione.

A seguire, le parole di Nicola Oricchio, uno degli infermieri oggi in pensione, che ebbe in cura l'uomo durante il periodo di ricovero ha scritto una lunga lettera pubblicata dal quotidiano *Il Mattino* e indirizzata a Caterina Mastrogiovanni, sorella di Franco, e al marito Vincenzo Serra, per fare mea culpa e chiedere scusa:

“Nel corso di questo decennio – si legge – voi Famiglia, il Comitato per Francesco Mastrogiovanni e in particolare vostra figlia Grazia, esempio di donna combattiva e tenace, vi siete battuti in tutte le sedi possibili affinché si affermassero la verità e la giustizia ed evitare che simili tragedie potessero ripetersi in futuro. Invece Francesco è morto invano, perché ancora oggi nei reparti di psichiatria degli ospedali italiani gli utenti ricoverati in trattamento sanitario obbligatorio continuano a morire a causa della contenzione meccanica.”

L'infermiere ricorda così il calvario del maestro elementare: “Sono passati dieci anni da quel 4 agosto 2009 ma per me quel drammatico evento è come se fosse successo ieri. Rivedo le immagini fissate nella mia mente della interminabile tortura di Francesco, perché di questo si è trattato, e non di un trattamento assimilabile alla tortura e di questo mi scuso con voi. Durante quei giorni noi mettemmo in atto una barbarie che durò dalle ore 12:30 del 31 luglio fino al 4 agosto durante la quale furono commessi una catena di errori ed una serie ininterrotta di reati gravissimi nei quali prevalsero l'inerzia, la sciatteria e il lassismo. Fu sconfitta l'umanità della parola rinunciando al compito di una psichiatria umana e civile. Così concorremmo a uccidere Mastrogiovanni e io mi ritrovai a essere un omicida”.

Non è un atto scontato e non è semplicemente un riconoscimento di colpa. È un gesto che lenisce un dolore, che oltre le risposte della giustizia umana, ha un insaziabile bisogno delle risposte, delle parole, dei sentimenti della persona umana, in particolare se questa è stata responsabile del dolore stesso.

Inoltre, è un atto di rispetto verso la professione e la disciplina stessa dell'infermieristica, le quali - come tutto ciò che riguarda l'essere umano - possono caricarsi di sbagli ed errori, drammi ed orrori, ma deve necessariamente farne tesoro, in

maniera scientifica al fine che gli errori fatti non si ripetano, in maniera umana condannando l'arroganza del potere esercitato sul debole.

Ed anche se nella lettera di Oricchio si legge una sorta di scoramento (Francesco è morto invano), nel momento che una voce si lava a denunciare un torto, un reato, un orrore, anche se dopo tempo, questa non si sarà mai levata invano.

*“Il male può essere tragicamente banale, ma non è mai scontato e lo si può e lo si deve sconfiggere. Grazie a tutti coloro che ogni giorno combattono per questo”*

Scuse accettate o scuse tardive? Risponde Grazia Serra, nipote di Franco Mastrogiovanni: *“Ci sono voluti tanti anni, ma per la prima volta ho sentito un po' di umanità in questa storia che ancora mi sembra assurda. Ho incontrato l'infermiere Oricchio, oggi in pensione, e nei suoi occhi ho visto tormento e pentimento. Noi non abbiamo mai avuto uno spirito vendicativo, volevamo che la morte di mio zio servisse per evitarne altre. Volevamo restituirgli la dignità che gli era stata tolta. Non è stato facile incontrarlo e ascoltare il racconto di quelle ore e non riesco a descrivere a parole quello che ho provato. Mi è sembrato sincero, ora mi aspetterei le scuse anche degli altri. Le scuse di chi in questi anni ha provato a negare l'evidenza in modo vergognoso. Farebbe bene soprattutto alla loro coscienza perché mio zio ormai è morto e il dolore di questi anni non si potrà mai cancellare”*.

Ma torniamo indietro di dieci anni. È il 30 luglio 2009. Francesco Mastrogiovanni, Franco per gli amici, si trova in macchina e percorre l'isola pedonale di Acciaroli (Pollica), nel salernitano. I vigili urbani avvertono il sindaco, riferendo che il maestro elementare avrebbe percorso la zona ad alta velocità e provocando incidenti: per lui viene ordinato il Tso, precedentemente applicato anche nel 2002 e nel 2005.

Il giorno dopo, 31 luglio, l'insegnante 58enne trascorre il suo ultimo giorno da uomo libero in fuga dai vigili urbani, dai carabinieri e dalla guardia costiera. Su di lui pende una richiesta di trattamento sanitario obbligatorio, il terzo nel giro di pochi anni: a firmarla è Angelo Vassallo, il sindaco-pescatore di Pollica che di lì a un anno sarà ucciso per motivi ancora oggi misteriosi.

Il maestro viene avvistato in un campeggio a San Mauro Cilento, dove sta trascorrendo le vacanze. Lì rifiuta di consegnarsi e si getta in mare, dove resterà per due ore accerchiato dalla capitaneria di porto, dalle forze dell'ordine e da una decina di addetti

dell'Asl. I medici che lo visitano da riva lo giudicano bisognoso di Tso, confermando il provvedimento del sindaco di Pollica (anche se il maestro in quel momento si trova in un altro comune).

Prima di salire sull'ambulanza, Mastrogiovanni dice: *“Non portatemi all'ospedale di Vallo della Lucania: lì mi ammazzano”*. Invece lo portano proprio lì, nel reparto di Psichiatria, dove circa 87 ore dopo esce su una barella metallica che lo conduce all'obitorio. Di fatto, Franco morì di fame e di sete, legato a un letto d'ospedale. *“Mio zio è rimasto legato a quel letto per più di 87 ore – racconta la nipote Grazia Serra –, perché lo hanno tenuto così per un po' anche da morto. Non lo hanno alimentato. Il personale del reparto lasciava il vassoio col cibo lì accanto al letto, ma lui, essendo legato, non poteva muoversi. Dopo qualche ora, gli toglievano quel vassoio, anziché aiutarlo a mangiare”*.

“Si tratta di un'illegittima privazione della libertà personale. Inoltre è necessario annotare la contenzione nella cartella clinica che «dev'essere redatta chiaramente con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica, e contenere, oltre ogni dato obiettivo relativo al decorso della patologia, tutte le attività diagnostiche terapeutiche ed assistenziali praticate», perché l'omessa annotazione dà «luogo ad una falsa rappresentazione di una realtà giuridicamente rilevante.”

È quanto ha stabilito la V Sezione della Corte di Cassazione, presieduta dal Consigliere Dr. Maurizio Fumo, nelle motivazioni del 20 giugno 2018 nella sentenza n. 50497 contro i sei medici e gli undici infermieri dell'ospedale-lager «San Luca» di Vallo della Lucania (Sa), responsabili della prematura morte di Francesco Mastrogiovanni (11).

I medici e i loro difensori avevano tentato di giustificare la contenzione come risposta all'aggressività del paziente, continuando anche in Cassazione, a denigrare Mastrogiovanni definendolo – in maniera infondata – violento, drogato, asociale, abbandonato dalla famiglia; arrivando a chiedere l'incriminazione dei familiari per lite temeraria e sostenendo che la contenzione è una pratica terapeutica.

Nelle motivazioni viene affermata e riconosciuta la verità: Mastrogiovanni non aveva messo in atto nessuna aggressività, anzi aveva implorato aiuto ai medici, ma nessuno – a partire dal primario – gli aveva dato ascolto.

Viene anche riconosciuto che nell'ospedale di Vallo della Lucania la contenzione era una «prassi radicata» tale da diventare terapia e medicina quotidiana. Invece delle cure, ai pazienti veniva praticata la pedagogia della contenzione.

La presunta sopravvivenza dell'articolo 60 del R.D. n. 615 del 1909, che ammetteva l'uso dei "mezzi di coercizione" per la gestione dei "folli" e degli "alienati" all'interno dei "manicomi", ha consentito l'utilizzo dei mezzi meccanici contenitivi in sanità sino alla sentenza della Cassazione sul caso Mastrogiovanni.

Al termine dell'iter processuale sul caso Mastrogiovanni, ha dettato importanti principi di concetto e di giudizio in tema di uso e di abuso della pratica contenitiva meccanica: non è affatto un caso che buona parte di essi siano condensati e in estrema sintesi espressi dai primi due capoversi dell'articolo 35 del Codice Deontologico degli infermieri.

Il caso più eclatante che ha suscitato sdegno e messo ancora una volta in risalto le problematiche sull'uso-abuso della contenzione.

In cartella clinica non vi è traccia della contenzione a cui è sottoposto, all'arrivo della nipote per fargli visita le verrà impedito dicendole che lo zio sta bene e che in quel momento stava riposando.

La cosa che più di tutti ha destato sgomento e turbato l'opinione pubblica sono le immagini della telecamera di sicurezza che, in quelle 87 ore, ha immortalato tutto, la sua agonia, la fame d'aria che sono presenti fino all'esalazione del suo ultimo respiro.

Ricordandolo i suoi gli alunni lo avevano affettuosamente definito nei loro disegni «il maestro più alto del mondo».

## **1.6 Quando e come utilizzare i mezzi di contenzione**

A partire dagli anni '80 l'uso della contenzione del paziente è stato messo in discussione sia in termini di efficacia (riduce davvero il rischio di lesioni a sé e agli altri?) sia sul piano etico.

Secondo uno studio qualitativo del 2014, basato sull'osservazione dei partecipanti e sulle interviste con i pazienti, all'interno dell'enorme quantità di letteratura sull'uso della

coercizione, i clinici, in particolare, tendono a sostenere la coercizione come moralmente buona o una necessità morale. La voce dei pazienti viene ascoltata di rado. Il dibattito è spesso rapidamente diviso in giusto o sbagliato, con poco spazio per una riflessione più sfumata e congiunta su ciò che effettivamente rende la coercizione moralmente giustificabile o quando la coercizione è percepita come ingiustificata (12).

Se è vero che la contenzione in alcune circostanze è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste, è altrettanto vero che va utilizzata con coscienza e solo in caso di effettiva necessità. Occorre infatti tenere presente che l'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni sia sul piano psicologico (del soggetto sottoposto a contenzione e dei familiari) sia sul piano fisico. L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere valutato con attenzione e deve essere limitato nel tempo. Quali sono i casi in cui la contenzione è necessaria e quali sono le strategie alternative da mettere in atto per limitarne l'uso?

Non possiamo non chiederci se il ricorso ad atti di coercizione nel rapporto diagnostico-terapeutico sia un evento “doloroso”? “inutile”? o “illegittimo”.

Il professionista sanitario infermiere non può eludere di interrogarsi sull'effettiva efficacia terapeutica della contenzione sia quando considerata necessaria, sia quando ritenuta dannosa, sia quando considerata illegittima, con un accento alla disamina dei problemi di carattere organizzativo ma soprattutto giuridici rispetto alla legittimità:

- Della contenzione fisica –meccanica – farmacologica (la classica contenzione a letto non è l'unica forma di coercizione riscontrabile in sanità);
- Del divieto delle uscite dalle degenze delle unità operative per i primi giorni dopo e/o successiva limitazione a delle fasce orarie (giustificata dalla necessità di garantire una permanenza in degenza per monitorare l'azione delle terapie nel complesso e di alcuni farmaci nello specifico);
- Di azioni e decisioni sviluppate contro la volontà dell'assistito e/o senza il consenso informato tenendo quindi in debita considerazione le sue condizioni di salute all'origine del trattamento e del relativo periodo di ricovero.

Può essere opportuno far ricorso a mezzi di contenzione per le seguenti motivazioni:



1. In situazioni di emergenza ovvero quando il comportamento del paziente rappresenti un serio pericolo per sé e/o per gli altri e l'uso della contenzione si configuri come la scelta migliore;
2. In caso di auto ed eterolesionismo, al fine di contenere l'aggressività del paziente;
3. Quando è in pericolo la sicurezza dell'ospite in quanto soggetto a caduta a ogni tentativo di alzarsi o camminare;
4. Quando il paziente è in stato di incoscienza;
5. Nel periodo pre e post sedazione;
6. In caso di trasporto in barella;
7. Per mantenere il corretto allineamento posturale in pazienti, ad esempio ipocinetici, con deficit psicomotorio che necessitano di ancoraggio e supporto ortesico;
8. In casi di somministrazione farmacologica endovenosa qualora non vi sia la piena collaborazione dell'ospite;
9. Per impedire al paziente di rimuovere presidi medicali quali cateteri, cannule tracheostomiche, sonde, drenaggi (specialmente quando necessari al suo immediato benessere).
10. prevenzione del vagare, per ostacolare il wandering, specie negli anziani;
11. Rischio di suicidio;
12. Su richiesta dei familiari.

I presupposti riguardano il fatto che la contenzione possa essere utile al paziente, per immobilità in sala operatoria o di rianimazione, in auto o in aereo, nell'applicazione di gessi o tutori esterni immobilizzanti. Può essere vantaggioso anche per gli altri pazienti ricoverati, per evitare che subiscano aggressioni o lesioni da pazienti con disturbi comportamentali. La contenzione può risultare proficua anche all'istituzione stessa, con lo scopo di ridurre il tempo di sorveglianza di un paziente demente con disturbi del comportamento.

Il processo della contenzione inerente la valutazione della problematica contenitiva, rimarca la precisa valutazione del paziente come presupposto fondamentale all'indicazione di misure contenitive.

La motivazione, che giustifica la decisione di implementare la procedura per l'uso della contenzione, si ricollega alla presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso sé stessi o verso altri.

Tali comportamenti possono verificarsi in pazienti che presentano stati di agitazione psico-motoria, interferenza con i trattamenti terapeutici e deterioramento cognitivo. Prima di procedere alla prescrizione medica di metodi contenitivi, l'infermiere deve considerare azioni che possono essere intraprese per diminuire il rischio di comportamenti lesivi.

Dando voce a una delle motivazioni per cui risulta opportuno far ricorso a mezzi di contenzione, in particolare la prevenzione del rischio del suicidio in ambito ospedaliero, approfondendo questo tema si vuole chiarire la definizione, intendendo l'atto estremo con il quale la persona volontariamente si procura la morte.

I fattori di rischio includono depressione, disturbi psichici, dipendenze, malattie fisiche e crolli finanziari e sociali. Nonostante sia un fenomeno generale e non solo ospedaliero, va tenuto presente come l'ospedale sia luogo in cui l'assistito può meditare e attuare tale atto, pertanto è importante una buona formazione del personale sanitario sull'inquadramento dei soggetti a rischio e la corretta sorveglianza.

Il colloquio con il paziente risulta utile ad instaurare un clima di fiducia in cui poter porre domande al fine di valutarne lo stato d'animo. Deve avvenire in un luogo tranquillo, dove poter garantire privacy e dove poter percepire anche la comunicazione non verbale.

Alcune azioni che possono essere messe in atto per evitare l'utilizzo della contenzione riguardano svariate situazioni, tra le quali:

- compagnia e sorveglianza: fare in modo che il paziente non stia da solo. Possono stare con lui il personale, familiari, caregiver, volontari, ciò è soprattutto importante durante le ore notturne

- rivalutare la presenza di trattamenti che possono indurre agitazione nel paziente: rimozione di SNG e/o catetere vescicale non indispensabili

- modifiche ambientali: aumentare la luce, mettere il paziente vicino alla guardiola, creare un ambiente tranquillo, rendere accessibile al paziente campanello e altro di necessità. Se possibile, posizionare il letto all'altezza minima

-diversivi ed attività mentali: fornire al paziente attività per intrattenerlo (lettura di giornali, TV, radio, attività varie)

Al fine della corretta valutazione, è indispensabile che nel diario infermieristico vengano registrati la valutazione del paziente, eventuale attuazione di azioni alternative e l'esito sul comportamento del paziente. Se l'attuazione di tali attività non risulta efficace per l'appropriata gestione del comportamento, l'infermiere si rivolgerà al medico per valutare la necessità della prescrizione della contenzione.

L'indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo (di carattere prevalentemente profilattico-terapeutico), che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali. Questo atto dispositivo deve essere debitamente firmato dal medico e la prescrizione di sua competenza, riportata in cartella infermieristica. In assenza del medico e in caso di situazioni di emergenza, l'infermiere può decidere di applicare una contenzione documentando sul diario infermieristico la motivazione e le modalità di effettuazione; questa decisione verrà poi valutata dal medico nel più breve tempo possibile.

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- motivazione circostanziata (episodio specifico)
- tipo e modo di contenzione
- durata: l'ordine deve essere limitato nel tempo, l'utilizzo appositamente ben indicato, a seguito di un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato. Se durante tale periodo previsto il paziente modifica il proprio comportamento, la contenzione deve essere rimossa. La durata massima della prescrizione è comunque di 24 ore.

La durata totale della contenzione senza ulteriore prescrizione non deve eccedere le 24 ore. Una successiva prescrizione medica dell'intervento contenitivo sarà necessaria nei casi di modifiche nel comportamento del paziente e ogni 24 ore.

- metodologia e azioni di monitoraggio: operatori, luoghi, momenti della giornata
- tempi di verifica (durante o alla fine del periodo previsto dal programma)

La decisione della scelta di prescrivere la contenzione fisica deve derivare dai un processo decisionale che abbia già considerato la ricerca di altre soluzioni possibili e l'esito negativo che tali soluzioni producono sul comportamento del paziente.

È indispensabile che la prescrizione della contenzione fisica contenga quegli elementi che sono stati precedentemente descritti: a tal fine è stata predisposta una scheda di prescrizione di mezzi contenitivi che supporta il clinico nel processo di prescrizione e assicura che i tempi di prescrizione vengano rispettati.

Il paziente (o chi lo rappresenta) e i familiari/caregiver devono essere coinvolti nel processo decisionale. A tal fine è indispensabile che il medico e/o l'infermiere illustrino loro le modalità di somministrazione e di monitoraggio.

Si rammentano i rischi derivati dall'utilizzo parziale od improprio dei dispositivi adottati come, ad esempio, i blocchi ad un solo arto per i danni che una tale mobilità, anche se limitata, può produrre al paziente stesso. Nei casi in cui il medico ritenga comunque necessario procedere in tal senso, esporrà le motivazioni in cartella.

Gli interventi raccomandati sono:

- a) istituire un programma formativo continuativo specifico rivolto al personale medico ed infermieristico;
- b) momenti strutturati di discussione e condivisione dell'equipe successivi agli episodi di aggressione/contenzione, con eventuale aggiunta di supervisione e/o consultazione di esperti esterni all'equipe.

È responsabilità dell'equipe assistenziale, rimuovere la contenzione al termine della durata prescritta, in quanto deve essere limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione del problema, e riportare la registrazione in cartella infermieristica. I mezzi coercitivi devono essere rimossi quando non sussistono più le motivazioni che l'hanno richiesta, ed adeguatamente sanificati.

Se al momento della rimozione sussistono ancora le condizioni che hanno reso necessario l'intervento contenitivo, è indispensabile che venga avvisato il medico, il quale, dopo valutazione del paziente, provvederà alla prescrizione di azioni alternative da mettere in atto o di un intervento contenitivo.

In conclusione, è necessario tenere in considerazione che la prescrizione della contenzione compete al medico esclusi i casi di emergenza, nei quali la necessità di agire tempestivamente per la salute della persona, consente un suo intervento a posteriori.

## 1.7 Soggetti a rischio

La letteratura indica che le ragioni per le quali gli operatori sanitari utilizzano la contenzione fisica siano le seguenti:

1. Presenza di deterioramento cognitivo;
2. Presenza di disorientamento spazio-temporale;
3. Presenza di agitazione psico-motoria;
4. Riduzione del visus;
5. Rischio di caduta;
6. Wandering;
7. Interferenza con i trattamenti;
8. Rischio di rimozione di devices CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica;
9. Comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici.

I predittori o fattori di rischio di contenzione in ambito ospedaliero o nelle residenze per anziani risultano essere l'età avanzata, il delirium, il deterioramento cognitivo con sintomi psichici e comportamentali e la disabilità (alta dipendenza nelle ADL, instabilità posturale).

Mentre tra i predittori legati a fattori organizzativi dell'ambiente curativo, emergono la preoccupazione di evitare implicazioni legali, la disponibilità di mezzi di contenzione e l'attitudine dello staff, se poco preparato.

In uno studio caso-controllo, volto a determinare la relazione tra limitazioni fisiche e cadute in ambiente ospedaliero per acuti, è emerso tra i risultati che i pazienti con ordini di contenzione avevano maggiori probabilità di cadere rispetto ai pazienti senza ordini di contenimento (13).

“Poiché gli ordini per l'uso della contenzione possono non riflettere l'uso effettivo della contenzione al momento di una caduta, gli studi osservazionali che mettono in relazione l'uso delle cinture al rischio di cadute devono essere interpretati con cautela. Nonostante questo avvertimento, non siamo riusciti a trovare prove che le restrizioni proteggano i pazienti ospedalizzati dalla caduta.”

Questo risultato suggerisce che gli anziani continuano a cadere, con o senza l'uso di contenzione fisica, a causa di cambiamenti associati al processo di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio.

In particolare l'uso dei mezzi di contenzione non si associa ad un numero significativamente più basso di cadute o infortuni in sottogruppi di residenti a rischio di caduta. È opportuno sostenere la necessità di un approccio individualizzato alla persona anziana ospedalizzata, per ridurre il rischio di cadute e favorire la mobilità, anziché l'immobilità, dal momento che limitare la libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare, aggravando così l'osteoporosi e favorendo contratture, lesioni da decubito, riduzione della forza fisica, polmoniti e incontinenza urinaria.

L'obiettivo della contenzione fisica è di prevenire eventi avversi, fornire un'assistenza personalizzata, con estrema attenzione alle ricadute sulla dignità personale e sulla dimensione etica ed emotiva sia della persona che dell'equipe sanitaria.

Quali sono le raccomandazioni per contenere un soggetto in sicurezza riducendo il rischio di conseguenze?

Prima di applicare un mezzo di contenzione è bene controllare l'ambiente togliendo oggetti che non servono e che potrebbero essere di intralcio. Nei soggetti a rischio di caduta, ad esempio, attrezzare il bagno in modo che il pavimento non sia scivoloso, attrezzarlo con maniglioni in modo che il soggetto possa alzarsi e con campanelli, in modo che possa chiamare in caso di bisogno. Disporre inoltre i mobili in modo che non siano di intralcio, utilizzare calzature adatte alla conformazione del piede e con soles in gomma antiscivolo. È bene, infine, per questa categoria di soggetti, proporre esercizi per rafforzare la muscolatura e stabilizzare l'equilibrio, tenendo sotto controllo in particolare quei pazienti che assumono psicofarmaci.

Disporre tappeti o materassi vicino al letto per attutire un'eventuale caduta, può risultare un'ottima prevenzione.

Attenzione a rimuovere dalle proprie tasche oggetti come matite o penne che potrebbero ferire il soggetto. Indossare occhiali, guanti e mascherina al fine di evitare il più possibile danni nel corso della presa del paziente e contaminazioni con materiale biologico. E' suggerito procedere alla manovra con un piccolo team di 3 o al massimo 6 operatori sanitari, possibilmente secondo un piano preordinato, in base al quale ogni operatore trattiene un arto e uno protegge la testa; le modalità utilizzate per effettuare la contenzione devono, per quanto possibile, evitare compressioni al collo, torace, addome.

Chiedere a tutti coloro che non sono implicati nella manovra, di allontanarsi per prevenire eventuali danni collaterali, essenziale stabilire un leader che abbia il compito di guidare il gruppo nell'eseguire l'operazione.

Altro accorgimento doveroso è quello di cercare di immobilizzare il soggetto in prossimità del letto impedendo così di doverlo trascinare e evitare, se possibile, di immobilizzare il paziente in posizione prona poiché tale posizione può interferire con la capacità respiratoria dell'ospite.

A seguire, raccomandati interventi specifici per alcune tipologie di soggetti a rischio:

- ✓ deficit cognitivo: proporre attività distraenti come radio, televisione, attività ludiche. Disporre oggetti che aiutino l'orientamento temporale per esempio appendere un calendario o un orologio. Posizionare il letto dei soggetti con deficit cognitivi vicino alla stanza dove sosta il personale e segnalare immagini per indicare alcuni locali (bagno, cucina) o alcune funzioni (suonare il campanello)
- ✓ soggetti che vagano (wandering): mascherare le porte o le vie di fuga per esempio utilizzando le tende. Installare dispositivi di allarme o telecamere in prossimità delle porte o delle vie di fuga. Predisporre un percorso sicuro anche all'esterno, dove i soggetti possono camminare in sicurezza. Dotare i soggetti di un dispositivo elettronico che segnala l'uscita dalla struttura o l'ingresso in zone non sicure. Proporre attività distraenti, anche durante la notte se il soggetto tende a vagare anche nelle ore notturne.
- ✓ soggetti con comportamenti violenti: cercare di rilassare i soggetti facendo ascoltare musica. Proporre attività diversive come vedere film o fare una passeggiata. Rivolgersi ai soggetti che possono essere violenti con tono rassicurante, non alzare la voce e cercare di tranquillizzarli. Le tecniche di talkdown consistono in un approccio verbale che utilizza una comunicazione diretta (espressivamente alla persona e con l'uso del nome), specifica (frasi brevi e termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la soluzione del problema).

Le aree a maggior rischio di aggressione per il personale sanitario risultano essere PS, TRIAGE, SERT e CSM.

Ciò fa emergere come gli utenti coinvolti possano non esclusivamente presentare problematiche psichiatriche, ma anche stati di stress o abuso di sostanze. Le aspettative non soddisfatte dei pazienti, comportamenti non professionali e basso morale dello staff, possono inoltre contribuire a creare contrasti e predisporre a comportamenti di violenza (14).

È importante riconoscere le situazioni a rischio, avendo il colpo d'occhio osservando le mimiche, la postura, i gesti e i movimenti. Preoccuparsi prima di tutto, della propria sicurezza apparire calmo, sorridere e se possibile spegnere il telefono al fine di evitare interruzioni.

Se subentra il fallimento della prevenzione della violenza con i comportamenti aggressivi associati e delle tecniche di talk down, si valuta la possibilità della contenzione della persona violenta verso sé o gli altri.

Andando ad approfondire le ragioni per le quali gli operatori sanitari utilizzano la contenzione fisica, tra queste la presenza di agitazione psico-motoria, è possibile risalire ai fattori di predittività della crisi, in quanto sono riconducibili ad aspetti legati al paziente:

- storia di precedenti atti violenti
- abuso di sostanze
- diagnosi di psicosi
- confusione mentale
- eccitamento maniacale
- presenza di dolore
- status socio-economico precario
- sesso maschile
- etnia

A questi si possono aggiungere quelli al personale sanitario:

- ◇ status di tirocinante
- ◇ giovane età
- ◇ infermieri neoassunti
- ◇ ridotta esperienza professionale
- ◇ scarse capacità relazionali



Durante il normale svolgimento dell'attività assistenziale, si possono quindi verificare situazioni in cui, per la combinazione di questi fattori, il paziente può sentirsi frustrato (es. inchiesta non accolta) o avvertire gli interventi assistenziali come particolarmente invasivi e/o dolorosi, tanto da scatenare una crisi di agitazione psicomotoria.

## 2 CAPITOLO: NURSING PSICHIATRICO

### 2.1 Ruolo dell'infermiere in ambito di salute mentale

L'infermiere è la figura professionale più a contatto con la persona sofferente, le cui azioni sono stimoli che vengono da lui interpretati. Egli deve orientare l'intervento assistenziale al recupero dell'autonomia e delle capacità di autocura sostenendo le dimensioni compromesse (psicologica e sociale), lo sviluppo di modelli comportamentali e relazionali adattivi per la reintegrazione sociale e poter presidiare le attività di base (igiene, alimentazione, sonno) con uno sguardo attento sulla sicurezza della persona assistita, qualora necessario.

L'infermiere quindi si fa carico della persona e del contesto dov'è inserita, famiglia e ambiente, dal momento che l'infermiere custodialista diventa infermiere di salute mentale che aiuta la persona ad integrarsi nella società.

Nell'ambito della salute mentale gli aspetti educativi e relazionale sono più marcati, data la complessità assistenziale e la fragilità del paziente.

Il profilo professionale dell'infermiere (739/94) afferma la natura tecnica, educativa e relazionale dell'infermiere, in questo contesto deve quindi possedere:

- Capacità di ascolto: comprendere i reali bisogni del paziente e capire quello che prova;
- Capacità di osservazione: capire quali sono gli aspetti non espressi per via verbale, a volte in contraddizione con ciò che viene detto.

Garantendo e ponendo inoltre attenzione agli aspetti:

- Tecnici: interventi di carattere sanitario, come la somministrazione di farmaci e la rilevazione dei parametri vitali;
- Educativi: l'opera educativa è diretta non solo al paziente ma anche ai familiari. Deve essere rivolto a prevenire o risolvere lo scadimento fisico in cui può versare il paziente, il rifiuto ad assumere una corretta igiene personale, in generale il rifiuto dell'autocura;
- Relazionali: la relazione d'aiuto, vera e propria relazione terapeutica, dove l'infermiere interviene per aiutare il paziente a progredire gradualmente verso la

propria autostima, facilitare la comunicazione ed appianare conflitti interpersonali a livello familiare e lavorativo.

Per quanto concerne il ruolo dell'infermiere in ambito di salute mentale, si possono distinguere due tipologie di organizzazione del lavoro, quali il lavoro in equipe che prende parte alla elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo (il quale deve essere personalizzato e può coinvolgere anche la famiglia del paziente), la definizione delle responsabilità di équipe e la rivalutazione del processo assistenziale e il lavoro come case manager.

In quest'ultimo ambito, l'infermiere si occupa della continuità assistenziale e di cura nel territorio, andando a promuovere la prevenzione delle ricadute, il miglioramento dello stile di vita quotidiano, l'empowerment delle capacità di autocura e del coping della famiglia, attuando educazione infermieristica e garantendo la corretta comprensione delle informazioni sulle possibilità terapeutiche.

Il progetto terapeutico personalizzato è inteso come una proposta da discutere, concordare e negoziare. Favorisce l'adesione del paziente ad un progetto nel quale si vive come soggetto attivo. Fornisce, attraverso il punto di vista del paziente, inteso come "buon conoscitore" della sua sofferenza, informazioni obiettivamente utili alla messa a punto di un Progetto Terapeutico Personalizzato più efficace per quella specifica persona.

È importante chiarire gli obiettivi del Progetto Terapeutico personalizzato e gli strumenti per raggiungerli. Il primo obiettivo deve essere la riduzione della sofferenza, condizione imprescindibile per l'adesione del paziente al programma.

Porsi il problema del tempo di "presa in carico": modulare l'intensità della relazione terapeutica per favorire l'autonomia del paziente e non la dipendenza.

Il Progetto Terapeutico Personalizzato deve precisare:

- ◇ Indicazioni delle motivazioni psicosociali;
- ◇ Tipologia delle prestazioni erogate dall'equipe;
- ◇ Trattamento psichiatrico e psicologico;
- ◇ Supporto assistenziale (iniziative volte al recupero di cittadinanza nel proprio contesto socio ambientale, visite domiciliari, attività di supporto sociale, lavoro di rete);

- ◇ Iniziative riabilitative (programmi di Centro Diurno, Inserimenti lavorativi, iniziative volte a incrementare i livelli di autonomia);
- ◇ Coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente;
- ◇ Attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semiresidenziale;
- ◇ Verifiche periodiche dell'andamento del progetto;
- ◇ Composizione della microequipe/titolare del progetto;
- ◇ Individuazione del referente complessivo del progetto (case manager).

Per la costruzione di relazioni solide, è necessario un clima di fiducia, l'ascolto, l'empatia, una buona motivazione, la relazione d'aiuto e un'adeguata riservatezza.

Adempiere ad obblighi formali negoziati nel rapporto terapeutico non sempre risulta sufficiente per stabilire un clima di autentica fiducia.

Presentarsi puntuali agli appuntamenti, rispettare gli impegni, è certamente utile, ma se non sostenuto da una partecipazione emotiva altrettanto premurosa, può rimandare ad un'idea di "professionalità fredda".

Meritare la fiducia non implica quindi l'aderire rigidamente ad una tecnica, ma richiede autenticità e coerenza tra le premure praticate e quelle intimamente considerate auspicabili.

La comprensione empatica consiste nell'immedesimarsi nell'interlocutore per comprendere il suo punto di vista, mantenendo la consapevolezza di sé.

Empatia è la focalizzazione sul mondo interiore dell'altro, aspetto e qualità del ruolo infermieristico che un operatore sanitario adotta in ambito di salute mentale, nei confronti di quei pazienti con problematiche non solo psichiatriche, è la capacità di intuire cosa si agiti in lui, come si senta in una situazione, anche attraverso la comprensione dei movimenti fisico-emozionali.

Questo consente spesso di superare i limiti posti dalle capacità del paziente di esprimere verbalmente i propri stati d'animo. È ovviamente indispensabile la capacità di accantonare i propri giudizi e le proprie categorie morali.

L'infermiere case manager in salute mentale si occupa di un disturbo multifattoriale, che comprende elementi sociali, psicologici e il vissuto stesso del soggetto.

La malattia psichiatrica è ancora poco conosciuta dagli operatori e questa consapevolezza di carenze conoscitive, potrebbe essere la causa dell'insorgenza di discriminazione e pregiudizio, a sua volta generati da una formazione insufficiente, dalla mancanza di supervisione competente e dall' assenza di feed-back con l'equipe per gestire l'emotività.

Le principali differenze tra malato "normale" e malato "psichiatrico" sono da evidenziarsi nella sfera psicologica/relazionale, in quanto quella del malato "psichiatrico" è annientata dalla propria sofferenza, ammalata in una parte di sé che non si può toccare.

È incapace di chiedere aiuto, spesso questi soggetti non sono complianti ma al contrario si dimostrano aggressivi.

Il Case Management è una modalità particolare del lavoro d'equipe che si basa sui seguenti punti:

- Riconoscimento a tutti i membri dell'equipe della possibilità di essere titolari della relazione di cura;
- Responsabilizzazione del singolo operatore sul progetto di un numero limitato di utenti;
- Forte interazione/integrazione con soggetti esterni all'equipe;
- Alta intensità della relazione di cura in termini quantitativi (numero di ore dedicate al paziente) ed attenta modulazione di quelli affettivi;
- Carattere paritetico/democratico dell'equipe, con leadership basata sulla autorevolezza piuttosto che sulla autorità gerarchica.

In ambito psichiatrico, il Case Management, nasce negli Stati Uniti circa vent'anni fa sulla scia del movimento di deistituzionalizzazione dei malati di mente che spesso si limitava alla chiusura dei reparti ed istituti psichiatrici, senza essere accompagnata da interventi idonei ad aiutare la persona a reintegrarsi nella società.

Il modello di lavoro appropriato per il Case Manager in ambito della psichiatria di comunità risulta essere la metodologia clinica della rilevazione dei bisogni specifici e l'offerta di interventi differenziati, applicando la garanzia della continuità terapeutica.

La presa in carico è un progetto caratterizzato da un'elevata complessità organizzativa, dalla rilevante specificità professionale e dalla capacità di gestire l'integrazione sociosanitaria.

La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, capacità, abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti.

Le parole chiave nel ruolo e nelle funzioni degli infermieri case manager sono:

- Integrazione assistenziale, intesa come ciò che è stato progettato con ciò che viene realizzato;
- Coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità in cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;
- Continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale in tutti gli ambiti di svolgimento.

La mission specifica del DSM è l'identificazione degli utenti, in quanto avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera le diverse aree che concorrono a definire il "profilo di salute":

- Diagnosi elettive: disturbi psicotici, gravi disturbi affettivi e della personalità;
- Gravità clinica;
- Funzionamento psicosociale;
- Precedenti trattamenti psichiatrici.

Il percorso della presa in carico inizia dall'attività clinica, composta dall'attività psichiatrica e psicologica (colloqui, psicoterapia, farmacoterapia). Si sussegue con l'attività ambulatoriale e domiciliare, centrate sull'utente e i suoi bisogni, orientate allo sviluppo della relazione. Si conclude con l'attività riabilitativa e di reinserimento nel contesto sociale. L'occupazione semiresidenziale (o di Centro Diurno) favorisce un ancoraggio forte al progetto di cura, attraverso il legame fondamentale con la rete territoriale primaria (naturale) e secondaria (servizi).

Le criticità relative al ruolo dell'infermiere risultano essere una scarsa autoconsapevolezza del ruolo stesso da parte del singolo professionista e la necessità di formazione specifica rispetto alle funzioni del case manager (nel piano Regionale Salute

Mentale sono identificati i bisogni formativi specifici per le diverse figure professionali ed è consigliata la necessità di una formazione al ruolo di case-manager sia come funzione professionale sia come ulteriore qualifica professionale).

Alcuni infermieri di salute mentale scelgono di specializzarsi più ulteriormente, ad esempio nella gestione delle persone con un disordine psichiatrico di determinata età o associazione. Questi possono comprendere la pediatria, gli adolescenti, la geriatria, l'abuso di sostanza ed i disordini alimentari.

La persona che soffre di un disturbo psichico, porta con sé problematiche e bisogni multidimensionali che non riguardano solo la sfera psicologica ma anche sociale, culturale, educativa, lavorativa e familiare; di conseguenza, il ruolo dell'infermiere che opera nel campo della salute mentale si trova spesso a cimentarsi in diverse aree sia della vita della persona sofferente sia di intervento di altri professionisti della salute

Non a caso la figura dell'infermiere è l'unica figura professionale sempre presente in ogni servizio del DSM e, quando si rapporta al di fuori del dipartimento, ha spesso come interfaccia altri colleghi infermieri. Per cultura disciplinare l'infermiere ha una visione dell'uomo come persona e non come "oggetto diagnostico" poiché è sempre impegnato sui due fronti di disagio, da un lato è accanto alla persona che lotta con l'esperienza della malattia e dall'altro interagisce a favore dell'assistito con l'ambiente sociale e familiare in cui l'assistito è immerso.

Virginia Henderson (1968) affermava: "... la qualità delle cure infermieristiche dipende da chi le offre". Aggiungiamo inoltre che per poter operare una corretta sintesi si deve compiere una altrettanto corretta analisi, nella comprensione e talora "decifrazione" dei bisogni dell'assistito.

## **2.2 Obiettivi e strumenti della relazione terapeutica**

La relazione tra paziente ed infermiere, in cui il primo cerca di favorire la valorizzazione delle risorse personali (empowerment) atte a mantenere e migliorare la salute del paziente, si fonda anche sull'incremento dell'autonomia volto ad un cambiamento dello stile di vita per una migliore convenienza con la malattia e sul potenziamento delle capacità di resilienza e coping.

Le condizioni necessarie che investono l'infermiere nell'ambito della relazione sono:

- ✓ Accettazione incondizionata: capacità di accogliere e non giudicare (non si traduce in approvazione incondizionata);
- ✓ Congruenza: capacità di essere coerenti con sé stessi ed in contatto con i pensieri e le emozioni vissute (fiducia);

In ambito psichiatrico, la relazione d'aiuto incontra due ostacoli, tra cui la riluttanza al cambiamento da parte del paziente e il pericolo di eccessiva implicazione emotiva da parte dell'infermiere.

Gli interventi assistenziali da metter in atto iniziano con l'assumere un atteggiamento calmo, comprensivo e rassicurante, evitando di entrare in sfida o di giudicare. Dimostrarsi allo stesso tempo competenti e sicuri, disponibili nell'ascolto utilizzando un linguaggio chiaro e semplice.

Valutare assieme al paziente la correlazione fra alcuni eventi di vita e l'insorgenza di ansia, proporre l'insegnamento di tecniche di rilassamento e visualizzazione corporea (rallentamento del respiro, rilassamento muscolare progressivo, training autogeno). Garantire la corretta somministrazione della terapia e l'aderenza al regime terapeutico.

L'acquisizione di capacità è strettamente legata allo sviluppo motivazionale e viceversa. Se non si è motivati non si acquisiscono capacità.

Il paziente acquista fiducia quando riconosce gli operatori, come persone credibili, stabili, professionalmente capaci ed in grado, almeno potenzialmente, di aiutarlo a risolvere i propri problemi.

Gli obiettivi della relazione terapeutica sono:

- Ridurre la sofferenza;
- Favorire l'adesione al Piano Terapeutico Personalizzato;
- Migliorare le competenze relazionali;
- Sviluppare la consapevolezza dei propri bisogni primari

In ambito di salute mentale, tutto ciò si traduce nel tentativo di promuovere il benessere psicofisico, una condizione raggiungibile mediante l'utilizzo di risorse personali ed ambientali (capacità proprie che vanno valorizzate, aiuto di familiari ed amici, servizi territoriali) ed il progressivo radicamento di una "cultura della salute" che faccia



maturare negli individui e nelle comunità la consapevolezza della necessità di prevenire i problemi quando possibile con lo scopo di raggiungere un'autonomia individuale.

Gli strumenti della relazione d'aiuto si racchiudono essenzialmente in due topologie di approccio al paziente, quali il nurse life coaching e il counseling infermieristico.

Il Life Coaching è un metodo di sviluppo del potenziale umano, fondato su una relazione creativa (tra infermiere ed utente), focalizzato sulla scoperta e valorizzazione delle potenzialità personali, il cui scopo è il miglioramento delle performance e il raggiungimento degli obiettivi. Un metodo di sviluppo delle potenzialità personali fondato sul presupposto dell'unicità dell'individuo finalizzato al cambiamento e l'autorealizzazione individuale, per come la percepisce, crea e costruisce il cliente, attraverso un processo di continua maturazione e consapevolezza.

Si focalizza dunque sul rafforzamento delle parti funzionali del sé dell'utente affinché raggiunga un determinato obiettivo. È un processo di "allenamento" dove vengono migliorate le performance o la qualità dell'esperienza, piuttosto che trattate le disfunzioni.

Il Life Coaching è un approccio basato sulla gratificazione, in quanto lavora sulle risorse e le competenze della persona, focalizzando l'attenzione su ciò che funziona. Il paziente viene incoraggiato a lavorare su ciò che sta già facendo al fine di raggiungere un ulteriore miglioramento.

Il counseling, invece, è una particolare forma di relazione di aiuto, un intervento professionale in grado di favorire lo sviluppo delle potenzialità, qualità e risorse di individui basato su abilità comunicative e relazionali.

La relazione nasce e prende forma dalla richiesta della persona che esprime la volontà di cambiare una condizione che è espressione di un disagio.

Nello svolgimento di questa attività assistenziale, l'obiettivo primario si caratterizza come un "dovere morale di trasparenza, onestà e responsabilità": "uno strumento per aiutare le persone ad aiutarsi".

Una delle prime promotrici del counseling in ambito infermieristico è stata H. Peplau utilizzando il modello del "nursing psicodinamico".

L'infermiere deve capire il proprio comportamento per aiutare gli altri ad individuare le proprie difficoltà avvertite, utilizzando le loro risorse personali per prendere decisioni, affrontare momenti di crisi e confrontarsi con i propri conflitti interiori.

L'assistenza psicodinamica applica i principi delle relazioni umane ai problemi che nascono a tutti i livelli dell'esperienza.

Secondo una revisione teorica di JongEun Yim del luglio 2016, la terapia della risata come strumento tradizionale della relazione terapeutica, in quanto trattamento alternativo non farmacologico, ha un effetto positivo sulla salute mentale e sul sistema immunitario. Inoltre, non richiede preparazioni specialistiche, come strutture e attrezzature adeguate, ed è facilmente accessibile e accettabile.

In conclusione, la terapia della risata è efficace e scientificamente supportata come terapia singola o adiuvante (15).

Come l'infermiere può instaurare una relazione terapeutica utile a migliorare gli outcomes assistenziali nella persona assistita con disagio mentale in un contesto ospedaliero?

La relazione interpersonale tra infermiere e paziente in ambito psichiatrico riveste il cuore della pratica assistenziale ed è uno degli strumenti più importanti disponibili per gli infermieri. La formazione di una relazione terapeutica di qualità tra l'infermiere di salute mentale e la persona con disagio psichico non è un evento istintivo e richiede grande abilità e competenze specializzate per sviluppare e mantenere relazioni efficaci.

Infatti la relazione terapeutica impiegata nella cura della salute mentale risulta essere uno degli aspetti fondamentali richiesti per migliorare l'aderenza al trattamento terapeutico e migliorare gli outcomes dei pazienti.

### **2.3 Complicanze e Monitoraggio**

La pratica della contenzione fisica non è esente da conseguenze indesiderate e oggi si possiede una dettagliata conoscenza delle lesioni dirette ed indirette che tale condizione può determinare. È appunto tale consapevolezza che rende ragione dell'interruzione del provvedimento non appena il quadro di agitazione psicomotoria si è risolto.

Le lesioni possono essere procurate al momento della presa del paziente, a seguito di eventuali colluttazioni o contaminazioni con materiale biologico e nel corso della contenzione stessa. In quest'ultimo caso, le lesioni possono essere causate da terzi, mediante atti violenti, abusi od atti scorretti (es. tentativo di liberazione), aggravate da uno stato di insufficiente controllo farmacologico dell'agitazione psicomotoria.

Preme sottolineare come, in caso di contestazione da parte dell'assistito o dei suoi familiari, anche il rischio medico-legale per il personale sia da annoverare tra i rischi connessi a tale provvedimento.

La letteratura evidenzia una serie di eventi avversi negativi e relative conseguenze/complicanze legati all'uso dei mezzi contenitivi:

1) Nel momento in cui il paziente è bloccato per applicare i mezzi di contenzione, sfociando nell'insorgenza di sindromi della sfera psicosociale:

- ◇ lesioni da trauma, lesioni da taglio;
- ◇ contusioni, slogature, fratture;
- ◇ contaminazione da materiale biologico (non solo ematico, ma anche salivare in conseguenza di sputi);
- ◇ Stress
- ◇ Umiliazione
- ◇ Depressione
- ◇ Paura e sconforto
- ◇ Ansia e comportamento regressivo

2) I potenziali danni legati ad un utilizzo scorretto e/o prolungato nel corso della contenzione a causa della pressione diretta del dispositivo:

- ◇ lesioni dirette causate dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica (lacerazione);
- ◇ lesioni da compressione ischemiche, procurate dai mezzi stessi, a carico sia di strutture nervose che vascolari (da presidi troppo stretti o applicati non correttamente);

Traumi meccanici:

- ◇ lesioni dei tessuti molli superficiali, derivanti dal tentativo del paziente di liberarsi dai mezzi, con stiramento di articolazioni, muscoli ed estremità distali degli arti, con conseguenti ferite, ecchimosi, eritemi, abrasioni e ematomi, slogature, distorsioni, fino a fratture vere e proprie, compressione con edema e gonfiore a valle del mezzo;
- ◇ casi di asfissia da compressione della gabbia toracica e strangolamento;

3) Danni indiretti nel corso della contenzione per l'immobilità forzata, causando malattie funzionali e organiche:

- ◇ Decondizionamento psicofisico, incontinenza, disidratazione, ipertermia, infezioni, sindrome neurolettica maligna (naturalmente successivi alla somministrazione di psicofarmaci), lesioni da pressione, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione, peggioramento dell'osteoporosi, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare, aumento della pressione intratoracica, arresto cardio-circolatorio, fino a casi, quantunque rari, di morte improvvisa. Effetti collaterali e reazioni avverse da farmaci;
- ◇ rischio di trombosi venosa profonda (in genere dopo 24 ore), con la raccomandazione all'impiego di profilassi preventiva.

I pazienti che risultano particolarmente a rischio sono le persone anziane, le persone affette da patologie cardio-vascolari e da patologie della coagulazione o in trattamento anticoagulante.

È opportuno assicurarsi inoltre che il paziente, soprattutto se fumatore, non possieda accendini o fiammiferi, poiché la quasi totalità delle "morti da incendio" in corso di contenzione, segnalate in letteratura, sono relative a pazienti che stavano fumando o tentando di accendersi una sigaretta.

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione fisica. I soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito.

Una revisione del 2019, tratta del panorama dell'efficacia delle misure coercitive, discutendo dell'isolamento e la moderazione che violano i diritti umani del paziente e

possono avere gravi effetti negativi che vanno dal trauma emotivo alle lesioni fisiche e persino alla morte. Allo stesso tempo, possono essere l'unico modo per scongiurare un pericolo acuto per il paziente e / o il personale ospedaliero (16).

L'assistenza infermieristica alla persona contenuta è centrata sui bisogni assistenziali che, per la natura stessa del provvedimento contenitivo, non possono essere soddisfatti in autonomia: igiene e abbigliamento adeguato, alimentazione e idratazione, eliminazione urinaria e intestinale, riposo e sonno, ambiente sicuro, interazione nella comunicazione per assicurare vicinanza e supporto, se il paziente lo desidera.

È auspicabile che l'assistenza al paziente contenuto sia assicurata dal medesimo infermiere, per ogni turno di servizio, considerando le potenzialità intrinseche della relazione interpersonale nel favorire il rapido superamento della crisi.

Per prevenire eventuali eventi avversi, i controlli dei parametri vitali, registrati nella documentazione del paziente, sono rivolti a monitorizzare la funzione cardiocircolatoria e la respirazione, unitamente al permanere dello stato di agitazione, al corretto posizionamento dei mezzi contenitivi per evitare lesioni cutanee, nervose e/o vascolari da compressione.

Durante il trattamento, anche in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica presenti, si raccomanda un livello di intervento che spazia dalla osservazione diretta e continua fino al controllo ogni 15 minuti. Ogni 3-4 ore bisogna valutare la sicurezza del mezzo di contenzione utilizzato e l'assenza di conseguenze.

Durante il periodo di contenzione è fondamentale che siano perseguiti sia il comfort che la sicurezza del paziente e se le condizioni dell'assistito lo consentono, inoltre è auspicabile che vengano programmati dei momenti di assenza di contenzione in modo da poter garantire movimento al paziente (libera escursione articolare di un arto alla volta) per almeno 10 minuti, ogni 2 ore.

Nel corso della contenzione è importante la sorveglianza del comportamento degli altri degenti e familiari in visita, per la difesa del paziente contenuto rispetto a possibili aggressioni, atti sessuali o comunque azioni scorrette (es.: assunzione di cibi o liquidi senza sorveglianza del personale sanitario, tentativi di rimozione dei mezzi di contenzione impropri, utilizzo di oggetti taglienti, accendini).

Nella documentazione del paziente devono essere registrati sempre e comunque i seguenti dati e parametri:

- la data, l'ora d'inizio, la firma e matricola del medico prescrivente
- i controlli effettuati dall'infermiere che assiste il paziente contenuto
- le valutazioni del medico
- la segnalazione degli eventuali eventi avversi insorti

Per semplificare la rilevazione e la documentazione di quanto sopra indicato, è raccomandabile l'uso di apposita modulistica, facente parte della documentazione sanitaria. Tale modulistica rende obsoleti altri strumenti, quali i registri, poiché non documentano adeguatamente la personalizzazione dell'intervento multiprofessionale.

Oltre le 12 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della Trombosi Venosa Profonda. Il medico di reparto competente valuterà l'opportunità di predisporre un idoneo trattamento farmacologico preventivo, anche avvalendosi di specifica consulenza internistica. A riguardo di tale raccomandazione si ribadisce che circa la tempistica di tali valutazioni ed interventi va posta particolare attenzione ai pazienti affetti da patologie cardio-vascoli e cardiorespiratorie in quanto potrebbero richiedere l'avvio immediato di tale trattamento.

Se il provvedimento supera le 12 ore è necessaria la controfirma di una figura clinica apicale.

L'attività di monitoraggio è indispensabile per prevenire eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, come abrasioni, edemi agli arti inferiori, ematomi o lesioni da decubito; inoltre un costante monitoraggio consente di poter valutare frequentemente il comportamento del paziente e quindi se l'intervento contenitivo si renda ancora indispensabile.

I familiari dei pazienti possono tendere a considerare il mezzo contenitivo come una possibilità di evitare cadute e conseguenti danni; la proposta di toglierlo è talora vissuta come mancanza di assistenza. La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica.

Al contrario talvolta la contenzione intesa come "protezione" è contestata poiché vista come un'eccessiva e coercitiva restrizione dei movimenti e della libertà.

L'acquisizione del consenso è quindi di particolare importanza;

Spesso il paziente non è in grado di esprimere validamente il proprio parere; in questo caso, se nominato, va interessato il legale rappresentante o, in sua assenza, il familiare referente.

### **2.3.1 Diagnosi infermieristiche**

Nella valutazione della problematica contenitiva, il presupposto fondamentale è la corretta valutazione multidimensionale (“*assessment*”) del paziente/ospite. La motivazione che giustifica la decisione di implementare la procedura per l’uso della contenzione è la presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso sé stessi o verso altri.

Prima però di procedere alla prescrizione medica di metodi contenitivi, devono essere considerate le azioni da intraprendere per diminuire il rischio di comportamenti lesivi o altre turbe del comportamento.

E se prima della contenzione si verificassero queste ipotesi?

◆ agitazione psicomotoria e tentativi di fuga:

1. Strutturazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio) e oggetti potenzialmente pericolosi;
2. Predisposizione di spazi di sicurezza, possibilmente ben illuminati e con poche suppellettili, dove l’ospite possa camminare senza rischi;
3. Predisposizione di uscite mimetizzate o comunque dotate di sistemi d’allarme e/o codice d’ingresso;
4. Strategie relazionali dell’operatore e attività occupazionali atte a distogliere l’ospite dal fattore scatenante.

◆ alterazioni del ciclo sonno veglia:

1. Ridurre i tempi di allettamento nelle ore diurne;
2. Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale;

3. Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati;
4. La presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva.

◆ deliri-allucinazioni:

1. Non criticare né negare la situazione vissuta dall'ospite;
2. Evitare di commentare, banalizzare, deridere l'ospite;
3. Mostrare un atteggiamento empatico;
4. Controllo frequente del paziente da parte degli operatori;
5. Chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitario;
6. Posizionare i presidi sanitari durante il sonno o fuori dal campo visivo dell'ospite.

La Diagnosi Infermieristica (DI) costituisce la base sulla quale l'infermiere attua specifici interventi volti a raggiungere gli outcomes di cui è responsabile, in ragione delle sue competenze e autonomia. La diagnosi infermieristica è l'espressione dello stato di salute della persona, esprime il giudizio professionale infermieristico sulle sue condizioni, identificando alterazioni e debolezze, capacità e punti di forza.

La diagnosi infermieristica costituisce la seconda fase del processo di nursing, che è un approccio scientifico per la risoluzione dei problemi assistenziali legati alla persona, basato sulla applicazione del problem solving.

Per l'infermiere il processo di nursing è un metodo determinante per acquisire capacità decisionali. È costituito da 5 fasi:

- Raccolta dati
- Elaborazione dei dati e formulazione della diagnosi infermieristica
- Disposizione degli obiettivi
- Attuazione degli interventi
- Valutazione (esiti e processo).



Fare diagnosi infermieristica vuol dire identificare le risposte, i segni e i sintomi che indicano un effettivo o potenziale problema di salute e pianificare le cure più appropriate per risolverlo.

La raccolta dati o accertamento infermieristico avviene in una visione olistica durante ogni interazione tra infermiere e paziente tramite l'osservazione, il colloquio-intervista (anche con il caregiver), l'esame fisico e la consultazione di altre fonti disponibili come la documentazione clinica.

Solo nel marzo del 1990, nel corso della nona conferenza della North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), l'assemblea generale ha approvato una definizione ufficiale di Diagnosi Infermieristica:

*“Un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l'infermiere.”*

La NANDA è l'istituzione ufficiale per la promozione e la revisione delle diagnosi infermieristiche, nonché punto di raccolta ed elaborazione.

Le Diagnosi Infermieristiche, dunque, consentono di avere un linguaggio comune, rappresentano un mezzo di comunicazione univoco, stabiliscono un sistema che facilmente si presta all'informatizzazione e facilitano l'assistenza personalizzata.

Varie sono le tipologie di diagnosi infermieristiche identificate. La NANDA ci propone quattro modelli di diagnosi:

- Reali-Problem Focused: condizione della persona o della famiglia o della collettività che è stata convalidata dai dati raccolti dall'accertamento
- Rischio: giudizio clinico secondo il quale una persona, una famiglia o una comunità è più vulnerabile nei confronti di un certo problema di altre in condizioni uguali o simili
- Benessere: presuppongono un termine qualificatore positivo come “miglioramento” o “efficace”
- Sindrome: presuppone come termine qualificatore “sindrome da”.

Si possono formulare diagnosi infermieristiche anche in relazione alla prevenzione delle complicanze.

La struttura della diagnosi infermieristica si compone di quattro elementi essenziali al fine di adottare un linguaggio infermieristico univoco.

Gli elementi componenti sono: titolo, definizione, caratteristiche definenti, fattori correlati.

### **Titolo**

Il titolo deve “qualificare” il problema, comprende quindi un qualificatore o descrittore, cioè un termine che fa distinguere immediatamente le diagnosi:

- le diagnosi reali hanno un qualificatore negativo (es. inefficace, mancanza, deficit, alterato);
- le diagnosi di rischio presuppongono un qualificatore specifico (rischio di);
- le diagnosi di benessere contengono un qualificatore positivo (es. efficace, potenziale miglioramento)
- le diagnosi a sindrome presuppongono un qualificatore specifico (sindrome da).

Nel titolo deve poi essere presente un termine che richiama il modello funzionale della salute (ad esempio la mobilità riferita al modello attività-esercizio fisico) e uno che potrebbe riferirsi all'unità di assistenza (individuo, comunità, famiglia). Attenersi a questo tipo di disposizione permette di evitare l'utilizzo di termini soggettivi.

### **Definizione**

La definizione ci permette di esprimere in modo categorico, comprensibile ed esplicito il significato della diagnosi, così da distinguere quelle che possono assomigliarsi.

### **Caratteristiche definenti**

Le caratteristiche definenti sono l'equivalente dei segni e dei sintomi, ovvero corrispondono a manifestazioni osservabili o riferibili di quella data condizione.

Si dividono in:

- maggiori o principali, definite come indicatori critici presenti nell'80-100% dei casi
- minori o secondarie, definite come indicatori di supporto (forniscono prove di sostegno per le diagnosi, ma possono non essere presenti) presenti nel 50-70% delle situazioni.

Le caratteristiche definenti non sono presenti nella struttura delle diagnosi di rischio, dove invece troviamo i fattori di rischio.

### **Fattori correlati**

I fattori correlati sono in pratica le cause, i fattori eziologici che determinano una data condizione. Possono essere suddivise in quattro categorie:

- fisiopatologici (biologici o psichici)
- situazionali (ambientali, sociali, personali)
- fasi maturative (legati all'età)
- trattamenti (terapie, interventi)

L'uso intenzionale di locuzioni come caratteristiche definenti e fattori correlati al posto di segni e sintomi e di eziologia, permette di utilizzare un linguaggio specifico professionale, ma diverso da quello medico.

Alcune diagnosi infermieristiche più comuni in ambito psichiatrico, ad esempio comunicazione verbale compromessa, coping inefficace, deficit della cura di sé, isolamento sociale, modello di sonno disturbato, rischio di violenza rivolta a sé stessi e ad altri e wandering, relative quindi al soggetto che necessita un ruolo di alta empatia da parte dell'infermiere in ambito di salute mentale, possono essere correlate anche alle complicanze associate all'uso dei mezzi contenitivi. Motivo per cui, spaziano dall'insorgenza di sindromi della sfera psicosociale, come ad esempio l'ansia e sindrome post-traumatica, fino ad arrivare ai potenziali danni indiretti nel corso della contenzione per l'immobilità forzata, quali rischio di cadute, incontinenza urinaria da urgenza, rischio di trauma fisico e rischio di automutilazione, causando malattie funzionali e organiche (17).

CLASSIFICAZIONE DIAGNOSI INF.	DIAGNOSI
ATTUALI-REALI	1. Comunicazione verbale compromessa; 2. Coping inefficace; 3. Deficit nella cura di sé: alimentazione; 4. Isolamento sociale; 5. Ansia; 6. Incontinenza urinaria da urgenza; 7. Modello di sonno disturbato; 8. Wandering;
DI BENESSERE	9. Disponibilità a migliorare la gestione della salute;
DI RISCHIO	10. Rischio di cadute; 11. Rischio di violenza rivolta ad altri; 12. Rischio di violenza rivolta a sé stessi; 13. Rischio di automutilazione; 14. Rischio di trauma fisico;
PER SINDROME	15. Sindrome post-traumatica;

Fig. 1: Diagnosi infermieristiche

#### DIAGNOSI ATTUALI-REALI

1) **TITOLO:** 00051- Comunicazione verbale compromessa

**DEFINIZIONE:** Ridotta, ritardata o assente capacità di ricevere, elaborare, trasmettere e/o usare un sistema di simboli.

**OBIETTIVI:** La persona sarà in grado di riprendere una corretta comunicazione, con il miglioramento dell'ascolto attivo e perfezionerà la gestione delle sue funzioni cognitive per l'elaborazione delle informazioni, entro 10 giorni

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** Difficoltà di espressione verbale, difficoltà nel parlare, difficoltà nell'esprimere verbalmente il pensiero, espressione verbale inappropriata, rifiuto di parlare

**FATTORI CORRELATI:** alterazione del concetto di sé, alterazione percettiva, disturbo psicotico, scarsa autostima, vulnerabilità

**NOC (outcome):**

- Dimostra comunicazione: uso del linguaggio parlato
- Comprende il riconoscimento dei messaggi ricevuti

**NIC (interventi infermieristici):**

- Prestare grande attenzione e attribuire un significato ai messaggi verbali e non verbali della persona assistita, attraverso l'ascolto attivo
- Fornire informazioni e sostegno a una persona che sta prendendo una decisione riguardo all'assistenza sanitaria
- Fornire frequenti rinforzi positivi all'assistito per gli sforzi a comunicare
- Fornire assistenza in modo calmo, non giudicante e senza fretta
- Valutare e documentare i seguenti dati della persona assistita:
  - lingua dominante
  - capacità di parlare, udire, scrivere, leggere e comprendere
  - capacità di stabilire una comunicazione con staff e famiglia
  - rispondere/reagire al tocco, alla distanza spaziale, alla cultura e ai ruoli maschio/femmina che possono condizionare la comunicazione

2) **TITOLO:** 00069- Coping inefficace

**DEFINIZIONE:** Incapacità di effettuare una idonea valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili.

**OBIETTIVI:** Il paziente sarà in grado di identificare nuove strategie per migliorare il coping, parteciperà al processo di presa di decisioni e formulerà un piano di cambiamento della situazione, entro 15 giorni

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** incapacità di chiedere aiuto, alterazione del modello di sonno, comportamenti rischiosi, incapacità di affrontare le situazioni, uso inappropriato di meccanismi difensivi

**FATTORI CORRELATI:** incertezza, sostegno sociale insufficiente, inadeguate opportunità di prepararsi agli agenti stressanti

**NOC:**

- Dimostra autocontrollo degli impulsi, mantenendo l'autocontrollo anche senza supervisione
- Dimostra coping efficace: ricorre a comportamenti che riducono lo stress, individua strategie efficaci di coping

**NIC:**

- Counseling
- Monitorare i comportamenti aggressivi
- Identificare le cause del coping inefficace (per esempio, mancanza di sostegno, crisi esistenziali, abilità di problem-solving inefficaci)
- Miglioramento del coping: determinare il rischio che la persona si faccia del male
- Incoraggiare l'assistito a essere coinvolto nelle attività di pianificazione assistenziale
- Assicurare un'atmosfera di accoglienza

### 3) **TITOLO:** 00102- Deficit nella cura di sé: alimentazione

**DEFINIZIONE:** Compromissione della capacità di svolgere o completare da soli le attività legate all'assunzione di alimenti.

**OBIETTIVI:** L'assistito sarà in grado di riacquistare un idoneo stato nutrizionale, riferirà di essere nelle giuste condizioni di alimentarsi da solo in modo indipendente, entro 1 settimana

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** compromessa capacità di completare un pasto in modo autonomo, ingerire alimenti in maniera socialmente accettabile, portare il cibo alla bocca

**FATTORI CORRELATI:** astenia, barriere ambientali, compromissione percettiva, diminuzione della motivazione, malessere

**NOC:**

- Dimostra cura di sé: alimentarsi: termina il pasto, deglutisce i liquidi
- Accetta di essere alimentato dall'assistente
- Esprime soddisfazione per la nutrizione e per la capacità di alimentarsi da solo
- Apre i contenitori e prepara il cibo

**NIC:**

- Valutare i deficit sensoriali, cognitivi e fisici che possono provocare una difficoltà nella capacità di alimentarsi in modo autonomo
- Conformarsi ai deficit cognitivi: sconsigliare l'utilizzo di utensili affilati per mangiare (per esempio, coltello molto affilato)
- Stare seduti durante il pasto, non mettere fretta
- Assistenza nella cura di sé: alimentazione: non mettere il cibo dalla parte in cui l'assistito non vede

#### **4) TITOLO:** 00053- Isolamento sociale

**DEFINIZIONE:** Solitudine vissuta dalla persona e percepita come imposizione di altri e come stato negativo o minaccioso.

**OBIETTIVI:** Il paziente non presenterà complicanze legate alla gravità dell'isolamento sociale, riferirà un'esaustiva partecipazione ad attività ludiche e sarà in grado di mettere in atto abilità nelle interazioni sociali, entro 1 mese

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** desiderio di stare soli, insicurezza in pubblico, preoccupazione concentrata sui propri pensieri, sentirsi diversi dagli altri, chiusura in sé, tristezza negli affetti, solitudine imposta da altri

**FATTORI CORRELATI:** alterazione dello stato mentale, comportamento sociale incongruente con le norme, valori incongruenti con le norme culturali

**NOC:**

- Dimostra coinvolgimento sociale: interagisce con amici intimi, con familiari e/o con i componenti dei gruppi di lavoro
- Identifica e accetta le caratteristiche personali o i comportamenti che contribuiscono all'isolamento sociale
- Sviluppa una relazione reciproca

**NIC:**

- Assistere la persona a distinguere la realtà delle percezioni
- Ridurre lo stigma dell'isolamento rispettando la dignità della persona
- Miglioramento della socializzazione: incoraggiare un migliore coinvolgimento nelle relazioni già stabilite

#### 5) **TITOLO:** 00146- Ansia

**DEFINIZIONE:** Vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome (di origine spesso non specifica o sconosciuta alla persona); senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.

**OBIETTIVI:** L'assistito sarà in grado di ridurre lo stato di ansia, utilizzerà le tecniche di rilassamento più appropriate e ridurrà le stimolazioni eccessive attraverso un ambiente tranquillo, entro 15 giorni

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** agitazione, irrequietezza, guardarsi attorno, disturbo del sonno, movimenti insoliti (per esempio, trascinare i piedi, movimenti di mani e braccia), nervosismo, senso di impotenza, spaventato, voce tremante, formicolio agli arti, urgenza urinaria, compromissione dell'attenzione

**FATTORI CORRELATI:** bisogni non soddisfatti, fattori di stress, minaccia al concetto di sé, minaccia di morte



**NOC:**

- Mostra autocontrollo dell'ansia: pianifica strategie di coping per situazioni stressanti
- Usa tecniche di rilassamento per ridurre l'ansia
- Monitora le manifestazioni comportamentali di ansia

**NIC:**

- Durante la fase grave dell'ansia restare con l'assistito, parlare in modo calmo e fornire rassicurazione e comfort
- Riduzione dell'ansia: illustrare tutte le procedure, incluse le sensazioni che probabilmente l'assistito proverà durante la procedura
- Fornire sostegno positivo qualora l'assistito sia in grado di continuare a svolgere le attività di vita quotidiane o altre attività nonostante l'ansia
- Incoraggiare la persona a esprimere la collera e l'irritazione e permetterle di piangere

**6) TITOLO:** 00019- Incontinenza urinaria da urgenza

**DEFINIZIONE:** Emissione involontaria di urina che si verifica subito dopo una forte sensazione di urgenza minzionale.

**OBIETTIVI:** Il soggetto sarà in grado di riconoscere le tecniche che ripristineranno la funzione vescicale e migliorerà la gestione dell'eliminazione urinaria, entro 1 mese

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** bisogno urgente di urinare, incapacità di raggiungere il bagno in tempo per evitare la perdita di urina, una involontaria perdita di urina in presenza di contrazioni o spasmi vescicali

**FATTORI CORRELATI:** infezione vescicale, piano terapeutico (per esempio, uso di diuretici)

**NOC:**

- Dimostra continenza urinaria: risponde all'urgenza in modo tempestivo
- Mantiene l'ambiente libero da ostacoli sul percorso per recarsi al gabinetto
- L'emissione di urine avviene senza urgenza

**NIC:**

- Educare l'assistito riguardo le tecniche che aumenteranno la funzione vescicale, come, per esempio, dare inizio all'innalzamento del pavimento pelvico quando vi è la sensazione di urgenza a urinare e l'uso di un programma di addestramento vescicale che allunghi il tempo fra le minzioni
- Assistenza nell'incontinenza urinaria: spiegare la causa del problema e la motivazione degli interventi da effettuare
- Limitare l'assunzione di liquidi nelle 2-3 ore prima di coricarsi, se appropriato

**7) TITOLO:** 00198- Modello di sonno disturbato

**DEFINIZIONE:** Interruzioni limitate nel tempo della durata e della qualità del sonno dovute a fattori esterni.

**OBIETTIVI:** L'assistito identificherà possibili cause, quali irritabilità e alterazioni dell'umore come conseguenze comuni della deprivazione di sonno, migliorerà la qualità del sonno, entro 1 mese

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** difficoltà ad addormentarsi, difficoltà nello svolgimento delle funzioni diurne, insoddisfazione per il proprio sonno, sentirsi non riposato, frequenti sonnellini durante il giorno

**FATTORI CORRELATI:** contenzione fisica, barriere ambientali (per esempio, ambiente rumoroso, esposizione alla luce del giorno/al buio, temperatura/umidità dell'ambiente, contesto non familiare), disagi causati dal compagno (a) di stanza, privacy insufficiente

**NOC:**

- Dimostra sonno, come evidenziato dai seguenti indicatori: modello e qualità del sonno, risveglio ad un orario adeguato
- Dimostra benessere fisico e psicologico
- Riferisce di dormire bene di notte

**NIC:**

- Miglioramento del sonno: educare l'assistito e le altre persone significative sui fattori (per esempio, fisiologici, psicologici, stile di vita, frequenti cambi di turno di lavoro, rapidi cambiamenti di fuso orario o altri fattori ambientali) che contribuiscono ai disturbi del modello del sonno
- Educare l'assistito su come effettuare il rilassamento muscolare autogeno o altre forme non farmacologiche di induzione del sonno
- Spiegare l'importanza di un sonno adeguato durante la malattia, gli stress psicosociali, e così via

#### **8) TITOLO:** 00154- Wandering

**DEFINIZIONE:** Deambulazione afinalistica, errabonda, priva di meta o ripetitiva, che espone la persona a possibili danni; spesso non tiene conto di confini, limiti o ostacoli. Vagabondaggio.

**OBIETTIVI:** L'assistito adotterà precauzioni per evitare l'allontanamento non autorizzato, ridurrà al minimo l'apprensione e metterà in atto appropriati accorgimenti per prevenire il rischio di lesioni provocate da cadute, entro 15 giorni

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** camminare avanti e indietro, comportamenti di fuga, iperattività, locomozione nervosa

**FATTORI CORRELATI:** comportamento premorbo (per esempio, personalità estroversa e socievole), disturbo psicologico

**NOC:**

- Dimostra comportamenti di prevenzione delle cadute: predispone un'adeguata illuminazione, elimina il disordine, le perdite, i riflessi dalle superfici
- Non lascia l'edificio (se istituzionalizzato)
- Non si perde
- Non vaga in luoghi non autorizzati o privati

**NIC:**

- Valutare i fattori che creano il rischio di Wandering (per esempio, confusione, agitazione, ansia)

- Gestione dell'ambiente: sicurezza: identificare le esigenze di sicurezza dell'assistito, in base al livello delle funzioni fisica e cognitiva e alla storia dei comportamenti del passato
- Precauzioni per evitare l'allontanamento non autorizzato: monitorare l'assistito per gli indicatori di fuga potenziale (per esempio, indicatori verbali, gironzolare vicino alle uscite, più strati di vestiti, disorientamento, ansia da separazione e nostalgia di casa)
- Evitare le contenzioni, se possibile; utilizzare invece allarmi con sensori di pressione (per esempio, sensori per la sedia o il letto)

## DIAGNOSI DI BENESSERE

9) **TITOLO:** 00162- Disponibilità a migliorare la gestione della salute

**DEFINIZIONE:** Modello di regolazione e integrazione nella vita quotidiana di un regime terapeutico per il trattamento di una malattia e delle sue sequele che può essere rafforzato

**OBIETTIVI:** Il soggetto migliorerà l'autoefficacia, analizzando i potenziali fattori di rischio per la salute e darà priorità alla prevenzione del normale decorso della malattia che lo affligge, entro 1 settimana

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** dichiarato desiderio di migliorare la gestione dei fattori di rischio e le scelte di vita quotidiana per raggiungere gli obiettivi

### **NOC:**

- Dimostra comportamento di adesione: rispetta gli appuntamenti con i professionisti della salute
- Dimostra partecipazione alle decisioni sull'assistenza sanitaria: valuta con soddisfazione i risultati dell'assistenza sanitaria erogata
- Descrive e rispetta i regimi di salute prescritti (per esempio, dieta, esercizio fisico)

### **NIC:**

- Valutare la conoscenza da parte dell'assistito degli aspetti di promozione della salute e prevenzione della malattia

- Insegnare le tecniche di gestione dello stress
- Aiutare l'assistito a indentificare e a prepararsi per le prossime tappe dello sviluppo, cambiamenti di ruolo o crisi situazionali

## DIAGNOSI DI RISCHIO

### **10) TITOLO:** 00155- Rischio di cadute

**DEFINIZIONE:** Vulnerabilità all'aumento della probabilità di cadute che possono essere causa di danni fisici e compromettere la salute.

**FATTORI DI RISCHIO:** età>65 anni, storia di cadute, utilizzo di ausili (per esempio, deambulatore o bastone), contenzioni per il trasporto in automobile inadeguate (per esempio, seggiolino per bambini), alterazione delle funzioni cognitive (per esempio, confusione mentale, demenza, percezione della realtà compromessa), ambiente sconosciuto, uso di contenzione, compromissione dell'equilibrio, malattia acuta, urgenza di urinare o incontinenza

### **NOC:**

- Dimostra frequenza delle cadute: numero di cadute durante un trasferimento e durante la deambulazione
- Identifica i rischi che aumentano la suscettibilità a cadere
- Predisporre un ambiente sicuro (per esempio, elimina disordine e perdite di liquidi, installa corrimano, usa tappetini da bagno in gomma e maniglioni)

### **NIC:**

- Effettuare una valutazione del rischio di cadute su ciascun assistito ricoverato nella struttura
- Prevenzione delle cadute: monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione
- Insegnare all'assistito il modo di cadere allo scopo di ridurre al minimo le lesioni
- Adottare un dispositivo di allarme che avverta chi eroga le cure quando l'assistito scende dal letto o lascia la stanza

**11) TITOLO:** 00138- Rischio di violenza rivolta ad altri

**DEFINIZIONE:** Suscettibilità a comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e/o sessualmente dannosa per gli altri.

**FATTORI DI RISCHIO:** comportamento suicida, impulsività, linguaggio corporeo negativo, modello di comportamento antisociale violento, modello di minacce di violenza, storia di abusi nell'infanzia, alterazione delle funzioni cognitive, disturbo psicotico

**NOC:**

- Dimostra autocontrollo dell'aggressività, evita di colpire gli altri e di violare lo spazio personale degli altri
- Riconosce quando è in collera, frustato o si sente aggressivo
- Dimostra autocontrollo degli impulsi: richiede assistenza quando soggetto a impulsi
- Identifica vie alternative per affrontare i problemi
- Identifica sistemi di sostegno nella comunità

**NIC:**

- Sostegno nel controllo della collera: monitorare l'aggressività inappropriata e intervenire prima che essa venga espressa
- Gestione dell'ambiente: prevenzione della violenza: controllare l'assistito mentre usa potenziali armi (per esempio, rasoio)
- Incoraggiare l'assistito a esprimere la rabbia
- Fornire un feedback positivo quando l'assistito aderisce alle limitazioni comportamentali
- Aiutare a sviluppare metodi efficaci per esprimere la collera verso gli altri (per esempio, assertività, ed elaborazione dei sentimenti)

**12) TITOLO:** 00140- Rischio di violenza rivolta a sé stessi

**DEFINIZIONE:** Suscettibilità a comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e/o sessualmente dannosa per sé stessa.

**FATTORI DI RISCHIO:** conflitti nelle relazioni interpersonali, idee suicidarie (frequenti, intense, prolungate), isolamento sociale, problemi di lavoro (per esempio, disoccupato, recente perdita del lavoro, insuccesso sul lavoro), problemi di salute mentale (per esempio, depressione, psicosi, disturbo della personalità, abuso di sostanze), problemi psicologici, stato emotivo (per esempio, mancanza di speranza, disperazione, aumento di ansia, panico, collera, ostilità), risorse personali insufficienti, età dai 15 ai 19 anni e superiore a 45 anni

**NOC:**

- Dimostra autocontrollo dell'ideazione suicidaria: ottiene il trattamento per la depressione
- Evita l'autolesionismo
- Evidenzia autocontrollo delle distorsioni del pensiero
- Dimostra volontà di vivere

**NIC:**

- Identificare i comportamenti che preannunciano una violenza imminente verso sé stesso
- Sostegno nel controllo della collera: insegnare l'uso di metodi per riacquistare la calma (per esempio, pause e respirazione profonda)
- Limitare l'accesso a finestre, a meno che non siano chiuse a chiave e infrangibili, se appropriato
- Utilizzare guantoni, stecche, elmetti o disposizione di contenzione, come da prescrizione medica, per limitare la mobilità e la possibilità di auto lesionarsi, se appropriato
- Ai pasti, fornire piatti e stoviglie di plastica

### **13) TITOLO:** 00139- Rischio di automutilazione

**DEFINIZIONE:** Suscettibilità a un comportamento autolesivo deliberato, che può provocare danni tissutali, con l'intento di procurarsi lesioni non letali per alleviare uno stato di tensione.

**FATTORI DI RISCHIO:** autostima compromessa, comportamento labile, abuso di sostanze, dissociazione, irresistibile urgenza di tagliarsi, perdita di controllo in una

situazione di risoluzione dei problemi, sentimenti negativi, tensione che sale in modo intollerante, storia di abusi nell'infanzia, disturbi di personalità borderline

**NOC:**

- Dimostra autocontrollo dell'autolesionismo: rispetta l'impegno a non farsi del male
- Mantiene l'autocontrollo senza supervisione
- Si astiene dal procurarsi mezzi atti a procurarsi lesioni
- Identifica ed eviterà ambienti e situazioni ad alto rischio

**NIC:**

- Sostegno nella gestione del comportamento: autolesionismo: determinare il motivo/la ragione del comportamento
- Rimuovere gli eventuali oggetti pericolosi dall'ambiente dell'assistito
- Affrontare i comportamenti autolesionistici con un approccio calmo e punitivo
- Fare in modo che la persona sia consapevole delle conseguenze prestabilite se adotta comportamenti autolesionistici

**14) TITOLO:** 00038- Rischio di trauma fisico

**DEFINIZIONE:** Suscettibilità a un'improvvisa e severa lesione fisica che richiede attenzione immediata.

**FATTORI DI RISCHIO:** lottare con le contenzioni, fumare vicino all'ossigeno, giocare con oggetti pericolosi, indossare abiti larghi intorno a fiamme libere, conoscenza insufficiente delle precauzioni di sicurezza, disturbo emozionale

**NOC:**

- Dimostra sicurezza del comportamento personale: evita i comportamenti ad alto rischio
- Evita le lesioni fisiche
- Dimostra autocontrollo dell'aggressività
- Evidenzia autocontrollo degli impulsi

**NIC:**



- Gestione dell'ambiente: creare un ambiente riservato e confortevole, senza distrazioni
- Garantire un ambiente strutturato e fisicamente sicuro

## DIAGNOSI PER SINDROME

### 15) TITOLO: 00141- Sindrome post-traumatica

**DEFINIZIONE:** Prolungata risposta non adattiva a un evento traumatico opprimente.

**OBIETTIVI:** L'assistito sarà in grado di risolvere il proprio senso di colpa, gestirà il controllo dei rischi e migliorerà l'autostima, entro 1 mese

**CARATTERISTICHE DEFINENTI:** collera o furia, mancanza di speranza, lutto, pensieri intrusivi, senso di colpa, alienazione, attacchi di panico, ipervigilanza, negazione

**FATTORI CORRELATI:** comportamenti autolesionistici, esposizione a epidemie, esposizione a un evento tragico con molti morti, essere prigionieri di guerra, essere vittima di crimini, storia di torture

#### NOC:

- Dimostra recupero dell'abuso: guarigione delle lesioni fisiche
- Riconosce il valore del counseling
- Riferisce alleviamento dei sintomi fisici (cefalea, disturbi gastrointestinali)

#### NIC:

- Monitorare e limitare le visite
- Counseling: dimostrare sentimenti di empatia, sincerità e autenticità
- Sconsigliare la presa di decisioni nei momenti in cui l'assistito è molto stressato

La pianificazione assistenziale individualizzata è la terza fase del processo di nursing ossia la fase progettuale del processo infermieristico, la quale culmina con la formazione di un piano di assistenza infermieristica (P.A.I.).

La pianificazione prevede 2 momenti:

1. Definizione di una diagnosi e dei problemi collaborativi, con conseguente organizzazione in base alle priorità d'intervento (ALTA-MEDIA-BASSA), come sotto riportato in tabella;
2. Identificazione e prescrizione degli interventi infermieristici volti al contenimento o risoluzione dei problemi di salute.

PRIORITA'	ENUNCIAZIONI DIAGNOSTICHE
ALTA	00198- Modello di sonno disturbato; 00069- Coping inefficace; 00053- Isolamento sociale; 00146- Ansia; 00154- Wandering; 00140- Rischio di violenza rivolta a sé stessi; 00138- Rischio di violenza rivolta ad altri; 00038- Rischio di trauma fisico
MEDIA	00155- Rischio di cadute; 00102-Deficit nella cura di sé: alimentazione; 00141- Sindrome post-traumatica; 00051-Comunicazione verbale compromessa
BASSA	00139- Rischio di automutilazione; 00162- Disponibilità a migliorare la gestione della salute; 00019- Incontinenza urinaria da urgenza

Fig. 2: Organizzazione in base alle priorità d'intervento

## **3 CAPITOLO: LA RETE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE E FUNZIONI**

### **3.1 Le strutture costitutive del DSM**

Il sovraffollamento dei reparti psichiatrici e la connessa carenza di personale (medico e infermieristico), determinata dal blocco del turnover nelle strutture pubbliche e dal burnout diffuso nelle professioni medico infermieristiche (e ancor più in strutture, come quelle psichiatriche, che pongono il rischio di disumanizzazione del rapporto con i pazienti), sono solo alcuni dei fattori che in ipotesi possono esporre i pazienti psichiatrici ai rischi di essere “gestiti” e controllati in modo coercitivo (piuttosto che curati) e rendere il personale medico-infermieristico più incline all’uso improprio o poco oculato delle misure di contenzione.

Da aggiungere anche la gestione verticistica degli SPDC, la carenza nella formazione del personale medico e infermieristico rispetto alla gestione delle emergenze e all’uso delle pratiche di contenzione, l’inadeguatezza dell’ambiente fisico (come ad esempio, la totale assenza di spazi aperti in una parte degli SPDC) e il sovraccarico di lavoro dei CSM (Centri di Salute Mentale).

A questi aspetti si associano indubbiamente elementi di natura ideologico-culturale, che rendono la psichiatria ospedaliera italiana ancora poco sensibile alle acquisizioni scientifiche maturate in ambito internazionale circa i danni di breve e lungo periodo arrecati dalla contenzione ai pazienti e alla qualità complessiva dei servizi di cura.

Nel nostro Paese la rete dei servizi per la salute mentale è così strutturata:

#### **Dipartimento di salute mentale**

Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

La normativa prevede l’articolazione del DSM in più servizi tra loro collegati, che vanno a comporre le strutture costitutive dello stesso:

- ✓ servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM), sede organizzativa dell’equipe e punto di coordinamento dell’attività sul territorio;

✓ Strutture intermedie: semiresidenziali & residenziali

-servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD) e i Day Hospital (DH), strutture extraospedaliere diurne con programma riabilitativo e socioterapeutico;

-servizi residenziali: strutture residenziali (SR), strutture di degenza extraospedaliera (max 20 posti letto), distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative, quali alloggi protetti e comunità terapeutiche;

✓ servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

Il DSM va a garantire prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, formazione e ricerca in ambito ospedaliero e territoriale.

Normalmente il paziente si reca al DSM autonomamente, mandato dal medico di medicina generale o da un familiare; si stabiliscono quindi i trattamenti ai quali gli utenti devono essere sottoposti nelle sedi idonee.

Viene l'effettivo bisogno di un ricovero (SPDC o struttura residenziale) o se è sufficiente una terapia farmacologica e/o psicoterapica. Dopo la dimissione o in caso di proseguo della terapia farmacologica a domicilio, va a garantire inoltre la continuità assistenziale sul territorio.

In tale contesto, vengono rispettati i concetti di presa in carico, continuità terapeutica e rete assistenziale previsti dalla Legge Basaglia, consolidando l'equipe terapeutica come strumento operativo necessario per realizzarli.

Il Dipartimento di Salute Mentale è preposto a garantire:

- L'unitarietà della programmazione/gestione delle attività in psichiatria;
- Programmazione dei progetti terapeutici e di risocializzazione;
- L'integrazione con l'ospedale, con i MMG, con il dipartimento materno infantile, con i servizi per le tossicodipendenze e con i servizi di assistenza agli anziani;
- Il collegamento con l'associazionismo con i familiari degli utenti;
- Il rapporto con il volontariato;
- La limitazione dei ricoveri

Inoltre, deve:

- Avere un bacino di utenza definito;
- Garantire tutti gli interventi, anche le urgenze;
- Avere un organico multidisciplinare adeguato e una direzione unica;
- Disporre di una sede, di ambulatori, posti letto ospedalieri e strutture residenziali

Per quanto riguarda il contesto ospedaliero vi è una presa in carico dei problemi derivanti da una compromissione delle capacità di autocura. Un accurato accertamento è necessario per impostare un progetto terapeutico riabilitativo. Gli obiettivi dell'intervento infermieristico correlati al contesto ospedaliero, sono quelli di soddisfare i bisogni di base, lento recupero del contatto con la realtà, la prevenzione dei rischi particolari come il suicidio, stimolare accettazione e fiducia nei confronti dell'equipe e la mediazione del rapporto tra il paziente ricoverato e la famiglia.

L'infermiere assume ruoli diversi in base ai progressi del paziente, sostenendolo davanti a situazioni che possono minare i progressi.

Per concludere, il centro di salute mentale si pone come obiettivi di intervento infermieristico il contatto costante con i pazienti che hanno recuperato le abilità sociali e relazionali per vivere nel contesto sociale, ma anche l'obiettivo di assicurare visite domiciliari, riunioni, incontri ambulatoriali per monitorare segnali di ricaduta. Offrire sostegno, ascolto e counseling alla famiglia è di vitale importanza, come anche l'attivazione e l'integrazione della rete delle agenzie (assistenti sociali, comunità).

## 3.2 SPDC

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è un servizio ospedaliero dove vengono attuati trattamenti degli episodi acuti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero, esplica inoltre, attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. È ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari). È parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, anche quando l'ospedale in cui è ubicato non sia amministrato dalla stessa Azienda sanitaria. In tal caso i rapporti tra le due Aziende sanitarie sono regolati da convenzioni obbligatorie, secondo le indicazioni della Regione.

Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di 16 posti letto ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

L'attività dell'SPDC si rivolge a pazienti affetti da patologie mentali quali schizofrenia, disturbo schizo affettivo, disturbi psicotici, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi d'ansia e disturbi correlati all'uso di sostanze. Rispondere alla domanda su quale siano le competenze e il campo d'azione dell'infermiere in un Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) è tutto fuorché semplice, perché in un SPDC c'è tanto da dover sapere, dover fare, dover capire, dover accettare.

In una U.O.C di Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) è importante la motivazione del personale a cui fa seguito la sua formazione, la sua esperienza, la sua predisposizione personale, la sua volontà e la capacità di team working, che è fondamentale per prendere decisioni tempestive focalizzate sull'assistito e sull'esigenza presente per aiutarlo nel suo disagio acuto e per difendere l'incolumità, sua e dei membri del team che spesso subiscono violenze fisiche o verbali.

Si tratta di momenti molto delicati durante i quali non bisogna permettere che i sentimenti interferiscano con la professionalità; bisogna accettare il paziente che ci si trova di fronte così com'è e per farlo è necessario apprendere delle tecniche, dei comportamenti e delle posture che possono trasmettere partecipazione, ascolto e voglia di aiutarlo.

Aiutare un paziente psichiatrico significa capire il trigger che ha dato l'avvio alla problematica, ma anche ascoltarlo rispettando i suoi tempi, usare empatia, stabilire una relazione d'aiuto così da permettergli di fidarsi di sé, per facilitare lo stabilirsi di una relazione interpersonale che sia favorevole per entrambi, sottolineare l'importanza della compliance, soddisfare quanti più bisogni dell'utente.

E ancora: fare da filtro tra il paziente e i familiari che spesso si colpevolizzano circa la situazione in cui il loro caro si trova. Spesso ci si trova in situazioni di imminente pericolo, perché il paziente è in preda ad un delirio che può accompagnarsi ad uno stato di importante agitazione psicomotoria; in questi momenti diventa fondamentale lavorare in team, mostrandosi pronti ad ascoltare le motivazioni, le paranoie, i dubbi, le paure del paziente.

Chi soffre di un disturbo mentale è una persona annientata dalla sua stessa sofferenza, ammalata in una parte di sé che è intangibile, perde la sua capacità di chiedere aiuto e spesso anche di accettarlo.

### **3.3 CSM, SRR, DH**

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico, ossia la sede organizzativa dell'equipe multidisciplinare, coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale. Il CSM assicura i seguenti interventi:

- ✓ trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni, Day hospital, strutture residenziali, ricoveri;
- ✓ attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica;
- ✓ attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica in altri reparti di degenza e per condurre, in collaborazione, progetti

terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura;

- ✓ consulenza specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili;
- ✓ attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica;
- ✓ valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate;
- ✓ intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare;
- ✓ collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

Diversamente, la Struttura Riabilitativa Residenziale è un servizio del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASUR Marche Area Vasta n. 3, è una struttura a scopo terapeutico-riabilitativo e possiede un massimo di 20 posti letto. Ha carattere residenziale, in quanto strutture extraospedaliere (urbane), in cui il paziente non vivrà per sempre poiché l'attività di assistenza può essere svolta per 24 ore continue o 12 ore in base al piano di cura del paziente.

È dotata di 8 posti letto, funziona secondo un modello comunitario ed è rivolta a persone con una patologia psichiatrica in fase di riabilitazione, che presentano risorse e abilità da potenziare, valorizzare, scoprire al fine di realizzare un reinserimento sociale e un nucleo familiare di provenienza. Ospitano quindi utenti con problematiche di salute, assenza di rete familiare e elevata disabilità per periodi medio-lunghi. La durata del percorso è a termine, di solito avviene dopo il completamento del Progetto Riabilitativo Individualizzato.

L'equipe è multidisciplinare, le figure professionali presenti sono: Psichiatra, Educatore, Psicologo, Infermieri Professionali, Assistente Sociale, OSS.



L'ingresso è consentito solo dopo ad una valutazione multiprofessionale su proposta del medico referente territoriale. L'adesione è volontaria e prevede l'accettazione del programma terapeutico-riabilitativo e del regolamento di convivenza da parte dell'utente e dei familiari.

Per quanto riguarda invece le aree di intervento, Il programma psico-riabilitativo della Struttura è stato elaborato in sintonia con gli indirizzi del Dipartimento di Salute Mentale e si attua tenendo conto della specificità e unicità dei singoli ospiti, in stretto rapporto con i Centri di Salute Mentale invianti, attraverso la realizzazione di interventi ed azioni riferiti a:

- Sviluppo e mantenimento delle funzioni ed abilità di base
- Costruzione e mantenimento della relazione di fiducia
- Attività riabilitative interne ed esterne
- Sostegno alle relazioni e all'integrazione nell'ambiente
- Attività psicologica individuale, di gruppo e con i familiari
- Attività socio-ricreative
- Attività di facilitazione nelle relazioni familiari e/o amicali
- Prevenzione, promozione e tutela della salute psico-fisica

**I momenti fondamentali del percorso in S.R.R. sono:**

1. ingresso e accoglienza
2. sviluppo del programma e dell'inserimento nel gruppo
3. dimissioni programmate

Dopo una fase di avvicinamento graduale nella quale paziente ed equipe valutano reciprocamente l'eventualità di un percorso riabilitativo, il periodo dell'accoglienza è il momento nel quale l'utente inizia ad inserirsi nella comunità e nel gruppo. In questa fase e durante tutto il percorso, la famiglia del paziente collabora alla riuscita del programma attraverso la metodologia e le attività stabilite dall'equipe. Sia l'equipe che i compagni approfondiscono la conoscenza reciproca, si dà del tempo alla persona per relazionarsi, orientarsi, accomodarsi nel nuovo ambiente.

In questa fase i professionisti sono in una posizione di ascolto e di osservazione rispetto ai bisogni e alle potenzialità dell'individuo. Egli viene invitato ed aiutato a partecipare alla vita comunitaria e alle sue diverse attività terapeutiche- riabilitative che di autogestione.

Il momento centrale del programma è l'individuazione e lo sviluppo del progetto riabilitativo individualizzato, che sarà modulato e mediato in base alle risposte del paziente e alle risorse esterne. È centrale nella costruzione del progetto la partecipazione attiva del paziente. Gradualmente il paziente inizia ad assumersi i primi compiti, le prime responsabilità, partecipa con maggiore continuità alle attività riabilitative e psicologiche.

Il momento successivo, quello alla preparazione all'uscita e al "dopo", è sicuramente il momento più delicato del percorso. La Struttura si propone come istanza di mediazione e di emancipazione che pensa e progetta fin dall'inizio l'uscita del paziente curando e attivando le risorse interne ed esterne al soggetto al fine del ritorno alla vita sociale e familiare.

Al contrario, il Day Hospital psichiatrico (DH) costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico riabilitative a breve e medio termine. Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Può essere, inoltre, collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CSM, dotate di adeguati spazi, delle attrezzature e del personale necessario. È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana, a cui il paziente accede mediante il CSM (non di sua volontà), per accertamenti diagnostici, trattamenti farmacologici o riabilitativi, allo scopo di evitare il ricovero a tempo pieno. Ha la funzione di:

- ✓ permettere accertamenti diagnostici vari e complessi
- ✓ effettuare trattamenti farmacologici
- ✓ ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.

L'utente vi accede in base a programmi concordati tra gli operatori del DSM. Le Regioni e le Province Autonome, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, definiscono la collocazione e il numero dei posti letto in DH, tenendo presente che un posto letto in DH è equivalente ad un posto letto in SPDC.

Infine, il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio, in cui il paziente svolge attività lavorative, musicoterapia ed altre attività socio-ricreative.

È previsto che sia aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici e di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

Tutte queste strutture vengono coordinate da un'equipe multidisciplinare costituita da infermieri, educatori, psichiatri, assistenti sociali e psicologi per garantire una visione olistica della persona assistita.

### **3.4 TSO e ASO**

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) Il TSO è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 180 del 1978, comunemente denominata “legge Basaglia”, di riforma del sistema manicomiale italiano (poi inglobata nella legge di Riforma Sanitaria n. 833/78 - artt. 33 e seguenti - con la quale è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale).

Il trattamento sanitario obbligatorio si contrappone al trattamento sanitario volontario e si attua nei confronti del paziente che rifiuti le cure o non abbia consapevolezza della malattia, quale grave patologia acuta e non vuole sottoporsi a trattamenti o ricovero.

Questo tipo di intervento deve essere eseguito utilizzando idonee misure sanitarie extra-ospedaliere e solo nei casi in cui “esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”, ovvero una serie di interventi sanitari qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza.

Il TSO può essere eseguito all'interno di strutture ospedaliere e deve essere considerato un intervento del tutto eccezionale (art. 2, L. 180/78). Questa seconda ipotesi, quella che più strettamente interessa, è vincolata a una serie di garanzie poste a tutela del paziente:

il provvedimento è disposto dal sindaco della città di residenza del degente su proposta di un medico e deve essere controfirmato da un secondo medico appartenente alla struttura sanitaria pubblica, entro 24 ore il giudice tutelare competente deve convalidare il trattamento.

Il TSO, almeno nelle sue intenzioni, dovrebbe essere uno strumento che nasce a tutela del paziente e finalizzato, esclusivamente alla salvaguardia della sua salute e della sua sicurezza. Nonostante l'istituto del TSO sia nato a esclusiva tutela del paziente destinatario del provvedimento, le probabilità di un utilizzo scorretto o scarsamente motivato o addirittura abusivo di quel trattamento sono elevate.

Che i pazienti ricoverati con TSO siano più a rischio di uso immediato e indiscriminato della contenzione, anche in assenza di una preliminare presa in carico delle esigenze di cura del paziente, oltre che allo stato generalmente più acuto di malessere e alla percezione immediata di "pericolosità" del paziente da parte del personale, è riconducibile al fatto che in questi casi la contenzione meccanica può essere applicata bypassando ogni considerazione circa la consensualità del paziente al trattamento coercitivo.

Agitazione, ostilità e aggressività contraddistinguono in forte percentuale le fasi acute dei pazienti in TSO. Ciò richiede la necessità dell'attuazione di un piano d'intervento rapido e mirato. In tale condizione, obiettivo primario, è la gestione dell'ostilità e dell'agitazione psicomotoria in tempi brevi.

La gestione della fase acuta in pazienti gravi non collaboranti necessita di un intervento terapeutico che preveda, per via parenterale, la somministrazione dei farmaci.

L'accoglienza in questo caso prevede, oltre alle procedure adottate per il ricovero volontario, la responsabilità dell'operatore di prendersi carico, anche dietro forte reticenza ed ostilità dell'utente, degli oggetti di valore e/o cartamoneta, compilando la distinta datandola e firmandola. L'operatore li terrà in custodia (in cassaforte) fino al cambio turno e darà in consegna il tutto al turno successivo, controfirmando la distinta.

L'obiettivo è quello di assicurare un'accoglienza adeguata ed efficace in un ambiente che sia sicuro per i pazienti e operatori. Risulta opportuno che gli operatori sanitari mettano in discussione la qualità degli interventi, al fine di migliorare gli stessi e ridurre

al minimo l'uso dei metodi restrittivi, in maniera congrua e coerente con gli standard di una buona pratica assistenziale, e con i bisogni dei pazienti.

Di seguito si riporta il testo dell'articolo 32 della Costituzione Italiana:

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il secondo comma dell'art. 32 della Costituzione, prevede un importante principio da rispettare nella tutela della salute degli individui, con il quale questa deve sempre confrontarsi.

Si sancisce, infatti, che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la legge non può comunque violare mai i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Il principio viene in rilievo innanzitutto con riferimento ai TSO, la cui legittimità è subordinata al rispetto di specifiche e fondamentali prescrizioni. Su di essi è intervenuta, ad esempio, la Corte costituzionale che, con la sentenza numero 307/1990, ha sancito che di per sé la legge che impone un trattamento sanitario non è incompatibile con l'articolo 32 Costituzione; è però indispensabile, a tal fine, che il trattamento sia volto non solo a migliorare o tutelare la salute di chi vi è assoggettato ma anche a preservare la salute degli altri. Infatti, si legge in sentenza, "è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale".

Le condizioni necessarie per la proposta di TSO, sulla base delle quali il non rispetto dell'iter va a violare l'art.32 della Costituzione Italiana, sono:

- ✓ Necessità e urgenza non differibile (le condizioni psichiche richiedono interventi terapeutici urgenti);
- ✓ L'intervento dei sanitari viene rifiutato dal soggetto;
- ✓ Non è possibile adottare tempestive e idonee misure in ambito extra-ospedaliero

Qualora delle tre condizioni ne sussistano solo le prime due, il sindaco può optare per il TSO extra-ospedaliero (ad esempio a domicilio con attivazione di visite domiciliari), il cui scopo è quello di incidere meno negativamente sulla vita del paziente.

Nel dettaglio, i passaggi esecutivi della procedura di TSO, che ha duplice natura sanitaria ed è un atto di ordine pubblico, sono i seguenti:

- Proposta del medico che certifica l'esistenza delle suddette tre condizioni, con convalida della proposta da parte di un altro medico di struttura pubblica;
- Emanazione da parte del Sindaco dell'ordinanza esecutiva di ricovero (entro 48 ore dalla convalida);
- Notifica al Giudice Tutelare (entro 48 ore) che provvede a convalidare o meno il provvedimento, comunicandolo al Sindaco;
- Durata del provvedimento non più di 7 giorni. Se permangono le condizioni per cui è necessario prolungare il TSO, il responsabile dell'SPDC deve formulare una proposta motivata al Sindaco ed al Giudice Tutelare;
- Cessazione o revoca del TSO da comunicare tempestivamente al Sindaco ed al Giudice Tutelare.

Esistono situazioni di interesse psichiatrico che caratterizzate da urgenza e drammaticità, non richiedono l'attivazione della procedura di TSO, ma interventi immediati. Nelle condizioni sanitarie in cui la presenza di gravi alterazioni psichiche non è espressione di una malattia mentale (patologie neurologiche, internistiche, tossiche, traumatiche) non è mai consentito il ricorso al TSO ma è solo possibile, essendovene le condizioni, attuare interventi in stato di necessità. Il sanitario, in presenza di situazioni cliniche nelle quali si riconosca un grave e attuale rischio per l'incolumità del paziente o di terzi (a domicilio del soggetto, in ambulatorio, in Pronto Soccorso), deve intervenire direttamente, anche a costo di limitare la libertà del paziente. In questa situazione, dovrà avvalersi dell'intervento delle forze dell'ordine.

Accade che il medico psichiatra venga interpellato da altro medico allo scopo di legittimare l'impostazione di trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche, sulla base dell'art. 33 della Legge 833/78. A tale proposito si evidenzia che qualsiasi intervento sanitario è praticabile in forma obbligatoria solo quando le finalità e le modalità operative sono previste da una specifica norma di Legge oppure quando è in atto una minaccia alla salute e alla incolumità della collettività.

L'art. 33 non può pertanto essere utilizzato come strumento di contrasto contro un'opposizione del singolo ad interventi medici volti al trattamento di affezioni morbose produttive di nocimento, anche estremo, alla sola salute individuale. Il paziente capace, competente e consapevole, ha infatti il diritto di rifiutare il consenso all'atto medico.

Per quanto riguarda gli interdetti l'informazione e il consenso sono compiti del tutore, che prenderà le decisioni per la persona sotto tutela. In entrambi i casi il rifiuto attivo del soggetto rispetto alle cure e/o l'assunzione di determinati comportamenti, può determinare la necessità di un coinvolgimento diretto del Giudice tutelare (magistrato di turno del Tribunale).

A maggiore garanzia del paziente, e per consentire una esecuzione del ricovero obbligatorio con la dovuta correttezza di procedure e personale, si ritiene necessario, qualora ovviamente ne ricorrano le condizioni, attuare un TSO.

Nella fase di trasporto del malato al Presidio Sanitario, dovranno sempre essere garantite le attività di assistenza da parte dei sanitari e di custodia da parte della Polizia Locale. Pertanto, oltre al personale sanitario, dovrà sempre essere presente all'interno dell'ambulanza la Polizia Locale, in numero di operatori adeguato alle necessità di sicurezza, sia del paziente che degli operatori stessi.

Qualora le condizioni psico-fisiche dell'interessato siano tali da far ragionevolmente supporre una reazione violenta del paziente e gli operatori della Polizia Locale non siano – anche per circostanze di tempo o di luogo – nelle condizioni di poter garantire adeguata cornice di sicurezza, questi potranno richiedere l'ausilio delle Forze dell'Ordine, compatibilmente con le loro prioritarie esigenze di servizio.

L'infermiere può essere coinvolto in una procedura di TSO sia nel momento del ricovero, durante il ricovero in ospedale ed è portato a confrontarsi con questioni etiche e giuridiche particolarmente delicate.

L'unico atteggiamento da considerare a tutti gli effetti legale è quello di mantenere le porte del reparto aperte, non utilizzare la contenzione fisica se non strettamente necessario, controllare i soggetti che presumibilmente hanno tendenza alla fuga, cercare di convincerli della gravità del loro eventuale gesto, utilizzare le tecniche relazionali per

diminuire l'ansia, l'aggressività e distogliere l'attenzione dai propositi di fuga, avvertire immediatamente le forze dell'ordine in caso di allontanamento del soggetto.

Il TSO viene posto in essere senza il consenso solo allo scopo di tutelare la salute del soggetto, quindi è necessario adottare un atteggiamento fermo e deciso, ma sempre rispettoso della dignità umana.

Diversamente, l'ASO è l'acronimo di Accertamento Sanitario Obbligatorio, ovvero un medico, non per forza psichiatra, chiede ad un medico della Asl di accertare la salute di un paziente, per il quale si abbia il fondato sospetto di alterazioni psichiche, esso può essere urgente, e va effettuato in tal caso in 24/48, oppure ordinario, da effettuare entro una settimana.

Esso serve a capire se la persona soggetta a tale obbligo, perché appunto di questo si tratta, ha bisogno di essere sottoposta a cure anche intensive. L'accertamento di norma dovrebbe svolgersi o a domicilio oppure invitando il paziente a recarsi in studi medici o meglio ancora nei CSM. Non dovrebbe, in linea di principio, essere effettuato mediante ricovero in SPDC o clinica psichiatrica, però purtroppo spesso questo avviene.

L'accertamento sanitario obbligatorio è disposto con un'ordinanza del Sindaco, in qualità di Autorità Sanitaria locale, su proposta motivata del medico richiedente. L'ordinanza deve indicare il luogo (che può essere il Centro di salute mentale, l'ambulatorio, il domicilio del paziente, il pronto soccorso) in cui l'accertamento deve essere effettuato.

Dopo questo accertamento, se ci sono le condizioni e la persona rifiuta di sottoporsi alle cure necessarie, può essere disposto un trattamento sanitario obbligatorio. Le procedure amministrative relative all'ASO sono svolte direttamente dai servizi competenti: Centro Salute Mentale e Uffici Comunali di supporto al Sindaco.

- E 'sempre consigliabile rivolgersi al Centro Salute Mentale o al Medico di medicina Generale; negli orari di chiusura del CSM rivolgersi o al Servizio di Guardia medica.
- Per ogni eventuale problema il punto di riferimento è il CSM.
- I Centri di salute mentale sono presenti in ogni distretto e nella quasi totalità dei casi restano aperti per 12 ore nei giorni feriali.



Le procedure di intervento obbligatorio, ASO e TSO, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo.

Nel momento stesso in cui la legge impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti di cui deve poter usufruire nonostante il suo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al Tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi).

Un esempio della gradualità delle garanzie è il fatto che alla garanzia amministrativa, rappresentata dall'intervento dell'autorità sanitaria per l'ASO, nella forma dell'ordinanza del sindaco, si aggiunge la garanzia giurisdizionale (conferma da parte del Giudice tutelare) per il TSO in degenza ospedaliera. Le garanzie giurisdizionali e amministrative sono destinate a porre limiti all'autonomia decisionale del medico cui viene riconosciuto il grandissimo potere di avviare il procedimento di limitazione della libertà personale.

Inoltre esiste una garanzia legata al fatto che l'ASO va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate. L'ASO può avvenire al domicilio del paziente, un servizio territoriale, il Pronto Soccorso di un ospedale o eventualmente anche l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

Ai fini della emissione della ordinanza di ASO occorre la sola certificazione medica di proposta contenente le motivazioni cliniche che suggeriscono la richiesta di tale provvedimento. Inoltre deve sempre considerarsi che l'ASO potrebbe dar luogo ad un successivo TSO, come pure rivelare l'assenza di una patologia psichiatrica.

## **4 CAPITOLO: CASE REPORT**

### **4.1 Introduzione allo studio**

La storia della psichiatria è stata contrassegnata fin dal suo inizio, con il gesto di Philippe Pinel, dalla “liberazione dalle catene”. In realtà il dibattito nell'uso di tecniche manicomiali “restraint” contro atteggiamenti assistenziali “non restraint” è particolarmente intenso nella psichiatria del XX secolo (18).

Tale discussione, che assumeva un significato diverso nel contesto degli ospedali psichiatrici, in realtà non si è esaurita dopo le riforme di chiusura dei manicomi. Piuttosto che scomparire come pratica conseguente all'ambiente del manicomio, si è ripresentata come problema significativo e tanto più grave quanto più nascosto, nei luoghi di ricovero per acuti, ovvero i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Parlare della contenzione fisica in psichiatria significa porre l'accento soprattutto sul suo uso come rimedio alle situazioni in cui sia alto il rischio di azioni auto ed etero lesive: in tali casi l'intervento si caratterizza, per lo più, per la mancanza del consenso da parte del paziente e va preso in considerazione nella materia disciplinata dagli articoli 33 – 34 – 35 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 che, per i trattamenti senza consenso, indicano luoghi, modi e tempi, nonché responsabilità professionali e garanzie amministrativo-giurisdizionali da rispettare (19).

Se esistono posizioni, in ambito giuridico e psichiatrico, che assimilano la contenzione meccanica a una pratica (da utilizzare in stato di necessità), in assenza della quale si configurerebbe un rischio di abbandono di incapace, molto diffusa è la posizione alternativa, che sostiene la illegittimità etica e giuridico-costituzionale di questo strumento, che ne nega la valenza medica o terapeutica e che considera il suo (ab)uso, come passibile di integrare il delitto di sequestro di persona e, secondo le circostanze, quello di violenza privata e di maltrattamenti (20).

Sul piano giuridico si sottolineano i limiti rigorosi della contenzione in quanto potenzialmente lesiva dei diritti fondamentali della persona e si ritiene che anche nei casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio questa debba avvenire solo in casi di reale necessità e urgenza, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.

La contenzione fisica che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è ammessa solo nei casi in cui essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere, che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto (21).

La contenzione può avvenire attraverso modalità differenti, poiché ne esistono di diversi tipi, spesso utilizzati in maniera combinata, suddivisibili a loro volta, a seconda del mezzo utilizzato. Tra questi, la contenzione fisica si ottiene con presidi e/o mezzi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono, controllano o bloccano fisicamente i movimenti di un paziente (22).

È possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente (23).

La Health Care Financing Administration, considera mezzi di contenzione fisici e meccanici tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. Le principali motivazioni all'applicazione di una contenzione sono la prevenzione delle cadute, la gestione di confusione e agitazione, la protezione dei presidi medicali. Il ricorso alla contenzione fisica non è esente da conseguenze: molti studi hanno evidenziato complicanze fisiche, e ripercussioni psicologiche, oltre a sentimenti di delusione ed imbarazzo, spesso condivisi anche dalla famiglia (24).

Le persone affette da disturbi mentali, in particolar modo in fase di acuzie, possono presentare un elevato rischio suicidario. La valutazione del rischio è complessa e multifattoriale. La validazione preliminare della versione italiana della "Nurses' Global Assessment of Suicide Risk" (NGASR-ita) si è dimostrata valida e affidabile nel supportare la valutazione infermieristica dell'ideazione suicidaria, tuttavia i suoi livelli di predittività non sono ancora stati indagati. Sono stati arruolati 131 soggetti, 34 dei quali (25.95%) presentavano un livello di rischio medio o superiore; sono state riportate 10 condotte suicidarie o gravemente autolesive. L'obiettivo dello studio è indagare la validità predittiva della NGASR-ita

nella valutazione del rischio suicidario in pazienti ricoverati all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (25).

Da una revisione della letteratura del 2017, intitolata "Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura?", sono emerse testimonianze varie sull'esperienza di coercizione, ma è stato rilevato anche un filo conduttore comune: la maggior parte dei pazienti che hanno partecipato agli studi hanno evidenziato come il rapporto con il personale sanitario abbia migliorato in modo decisivo l'evento vissuto. La presenza fisica dello staff durante il periodo di contenzione è stata definita da molti come fattore fondamentale per sentirsi al sicuro. Allo stesso tempo, quando questi si tenevano a distanza, l'esperienza veniva descritta come negativa. L'elaborazione dell'esperienza della contenzione fisica potrebbe essere paragonata all'elaborazione di un trauma, perché lo stato di necessità che la rende inevitabile implica una condizione di fragilità del paziente nel momento vissuto di conseguenza, non tutti riescono a convivere con i successivi effetti psicologici. Molti pazienti, terminata la restrizione, si sono ritrovati senza sapere cosa fosse realmente successo e perché, sentendosi pieni di sentimenti di dubbio e colpa. La comunicazione durante il periodo di contenzione e successivamente ad esso, si è dimostrata un criterio insostituibile per permettere loro di accettare l'intervento subito ed elaborare i sentimenti che ne sono scaturiti (26).

La revisione bibliografica effettuata ha dimostrato come favorire la relazione terapeutica attraverso la comunicazione, l'ascolto e la condivisione con il paziente possa realmente migliorare l'esperienza di degenza e di contenzione non solo durante la procedura, ma anche per l'impatto futuro.

Nonostante le scarse prove a sostegno dell'uso di procedure coercitive nei reparti di psichiatria e del loro "danno psicologico" sui pazienti, la pratica della contenzione è ancora frequente (6-17%) e varia da 10 a 20 volte tra i centri (27). Le variabili più frequentemente associate all'uso di misure coercitive nei 49 studi inclusi in questa revisione sistematica del 2013 sulla prevalenza e fattori di rischio per l'uso della contenzione in psichiatria, sono il sesso maschile, le classi di età dei giovani adulti, l'etnia straniera, la schizofrenia, l'ammissione involontaria, l'aggressività o il tentativo di fuga.

In uno studio riguardante i decessi causati da contenzione fisica, come una delle principali problematiche annesse al contesto, sono stati analizzati tutti i casi di morte registrati nei rapporti dell'autopsia dell'Istituto di medicina legale di Monaco dal 1997 al 2010 (28).

Tra le 27.353 autopsie condotte durante il periodo dello studio, ci sono stati 26 casi di morte mentre l'individuo era fisicamente trattenuto. Tre di questi casi hanno coinvolto pazienti che sono morti per cause naturali mentre erano in contenzione e uno è stato un suicidio. I restanti 22 decessi sono stati causati esclusivamente da contenzione fisica; tutti si sono verificati in pazienti in cura infermieristica che non sono stati continuamente osservati. La causa immediata della morte è stata strangolamento (11 casi), compressione toracica (8 casi) o “penzoloni a testa in giù” (3 casi). In 19 di questi 22 pazienti, le cinture sono state fissate in modo errato, inclusi due casi in cui sono state utilizzate cinture improvvisate non standard. Una paziente di una casa di cura è morta a causa di una costrizione addominale anche se era stata applicata correttamente: “era abbastanza mobile da scivolare attraverso la cintura di sicurezza fino a comprimerle il collo, e quindi incapace di liberarsene, così che morì di strangolamento.”

Se le restrizioni per il contatto diretto sono veramente necessarie, devono essere applicate come raccomandato e la persona trattenuta deve essere attentamente osservata.

Sono stati effettuati degli studi sui comportamenti aggressivi nel servizio di emergenza psichiatrica nel contesto di salute mentale, i quali si sono concentrati principalmente sul reparto di degenza e, sulla previsione degli eventi, utilizzando scale di valutazione clinica basate sul comportamento (29).

Complessivamente, il 19,7% di tutte le visite (4134 su 20.963 in totale effettuate durante il periodo di osservazione) sono state contrassegnate come aventi una storia presente o passata di comportamenti aggressivi. La risposta del personale a comportamenti aggressivi è stata documentata in 1062 incidenti e comprendeva isolamento (23%), contenzione fisica (7%), entrambi (21%) e nel 50% dei casi il personale ha risposto utilizzando un approccio di pacificazione verbale. Nel presente studio, è stato riscontrato che i comportamenti aggressivi sono prevalenti in tutte le ampie categorie diagnostiche, con la possibile eccezione dei disturbi d'ansia.

Le linee guida rappresentano uno strumento indispensabile, anche per il fatto che non è possibile garantire un processo assistenziale efficace e rispettoso della dignità del

paziente, in assenza di un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per analizzare i casi clinici in cui si considera utile ed appropriato la pratica della contenzione, scegliere il mezzo di contenzione più adeguato e garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione. È fondamentale adottare protocolli operativi per la traduzione corretta dei comportamenti e delle azioni da compiere a tutela della salute.

A tal proposito, le linee guida del 2001 per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica (30), discutono dell'argomento, oggi molto dibattuto tra i professionisti infermieri, soprattutto in ambito geriatrico e psichiatrico e, quindi, all'interno di strutture quali le case protette, le residenze sanitarie assistenziali, le case di riposo e i reparti psichiatrici. L'utilizzo di mezzi contenitivi, tuttavia, non è limitato a questi soli ambiti. Spesso, infatti, viene rilevato il ricorso alla contenzione anche in "setting" per acuti, vale a dire in unità operative ospedaliere di medicina e chirurgia e servizi di Pronto Soccorso. In tali settori può manifestarsi una minore considerazione, da parte del personale infermieristico, delle sequele cliniche e degli aspetti legali e giuridici correlati all'uso (anche improprio) dei mezzi di contenzione fisica. In Italia, si stima che il ricorso ai mezzi di contenzione, in settori psichiatrici e geriatrici, abbia una percentuale variabile dal 20 al 50 % dei casi.

Tali linee guida affermano come la contenzione non possa essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto e durante il periodo di contenzione è necessario garantire al paziente la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte. Indispensabile valutare ogni 3-4 ore l'eventuale insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione e il comfort e la sicurezza del paziente sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione.

Uno studio-pilota (31), condotto presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, ha evidenziato che l'80% degli infermieri intervistati si è trovato nella condizione di applicare mezzi di contenzione fisica (29% spondine per letto intero, 22% cintura per sedia, 15% bracciali a polsi o caviglie) durante l'assistenza infermieristica alle persone assistite. Le situazioni cliniche più frequenti sono legate al disorientamento nel tempo e nello spazio (31%), alla prevenzione delle cadute accidentali (27%), al trasporto in barella (24%).

L'83% degli infermieri avvisa sempre il medico in caso di contenzione. Inoltre, tale pratica viene riportata prevalentemente sulla cartella infermieristica (42%) o su altre forme di documentazione dell'assistenza infermieristica, come il diario infermieristico (23%); solo nel 29%, viene registrata in cartella clinica. Il 62% del campione afferma che, comunque, non viene segnalata la durata della contenzione fisica (il 28% afferma il contrario ed il 10% non risponde). Il consenso informato scritto non è previsto (68%), mentre il 21% si affida alla richiesta di un consenso orale.

Infine, per l'80% degli intervistati, nella struttura dove si è svolta l'indagine non è presente una formale linea guida, da adottare in caso di necessità di contenzione. Il 13% afferma di usare i mezzi di contenzione seguendo linee guida acquisite dalla letteratura specializzata.

Alla domanda se si riterrebbe opportuno elaborare una linea guida o un protocollo comuni su tale pratica, il 54% si dichiara favorevole, il 30% contrario e il 16% non risponde. Tra i favorevoli, prevalgono motivazioni legate alla necessità di spiegare meglio ai pazienti ed ai familiari tale evento, alla possibilità di garantire con più efficacia un ricorso alla contenzione solo nei casi appropriati e specificamente codificati. Al contrario, coloro che si sono dichiarati non favorevoli, considerano inutile una linea guida, poiché la contenzione è un evento eccezionale, praticata solo per assoluta necessità ed applicata esclusivamente per la sicurezza del paziente. I parenti, inoltre, non sarebbero in grado di valutare la situazione e la linea guida 'aumenterebbe la burocrazia'.

La prevenzione della contenzione fisica nei contesti di cura psichiatrica è una questione generalmente sottovalutata: si parla di una pratica diffusa, non omogeneamente applicata nelle diverse regioni ma, soprattutto, con differenze notevoli tra un servizio e l'altro che non trovano giustificazioni di ordine epidemiologico. D'altra parte mancano ricerche sistematiche e la pratica stessa non viene sempre documentata (32).

Una sperimentazione clinica del 2013 sulla riduzione delle restrizioni fisiche sui pazienti durante il ricovero/riabilitazione (33), spiega come allo staff sia stata introdotta una serie di alternative all'uso delle restrizioni e il coinvolgimento della famiglia è stato incoraggiato. Le interviste sono state condotte prima e dopo l'intervento utilizzando un questionario sulla contenzione fisica per esaminare qualsiasi cambiamento nella conoscenza, negli atteggiamenti e nei comportamenti del personale sulle restrizioni

fisiche. Sono stati anche confrontati i tassi di contenzione e caduta prima e dopo l'intervento. Questo intervento è riuscito a determinare cambiamenti positivi nell'uso delle restrizioni, poiché il personale tendeva a utilizzare misure meno restrittive quando applicava le restrizioni, sebbene i tassi di contenzione fossero rimasti invariati.

Per convalidare se la contenzione fisica possa essere un metodo efficace in atto nei reparti di SPDC o al contrario debba essere limitata fino alla sua abolizione, è stato condotto uno studio caso-controllo retrospettivo di due anni a partire dal 2011, riguardo le caratteristiche dei pazienti psichiatrici ricoverati che hanno sperimentato contenzione e di quelli che non l'hanno fatto (34).

Questo studio ha esaminato se i pazienti sottoposti a contenzione differivano da pazienti non vincolati in termini di variabili demografiche, cliniche e medico-legali e in che misura le variabili prevedevano l'uso della contenzione. Il campione comprendeva tutti i pazienti trattenuti (N = 375) e un gruppo di controllo selezionato casualmente di pazienti non vincolati (N = 374) da tre reparti psichiatrici acuti. Le fonti di dati erano protocolli di contenzione e cartelle cliniche elettroniche. I pazienti trattenuti avevano anche più ricoveri e ricoveri più lunghi rispetto ai pazienti non trattenuti ed avevano maggiori probabilità di essere indirizzati involontariamente e di avere una o più delle seguenti diagnosi: disturbo da uso di sostanze, schizofrenia o un disturbo psicotico correlato e disturbo bipolare.

Arrivando alla conclusione che l'identificazione dei pazienti a rischio può informare lo sviluppo di alternative alla contenzione per questi pazienti.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ribadisce l'orizzonte del superamento della contenzione nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della pienezza dei diritti della persona. Il CNB, partendo dalla considerazione e constatazione che la pratica di legare i pazienti contro la loro volontà sia tutt'altro che residuale nella realtà italiana, afferma la necessità di una forte attenzione da parte delle istituzioni politiche, strutture e operatori del mondo sanitario affinché si prendano tutte le iniziative e misure necessarie affinché la contenzione meccanica rappresenti effettivamente una *extrema ratio* e, venga al più presto abolita del tutto. (35)

In uno studio qualitativo del settembre 2011 sull'impatto delle misure coercitive sulle storie di vita dei pazienti, è emerso come l'attuazione della coercizione debba essere sostanzialmente migliorata per contrastare i possibili effetti negativi a lungo termine



(36). Le persone hanno visto l'esperienza del ricovero ospedaliero involontario come un "freno di emergenza necessario", una "reazione eccessiva non necessaria" o una "pratica che necessita di miglioramento". Per quanto riguarda il modo in cui hanno integrato l'esperienza nelle loro narrazioni di vita, i partecipanti l'hanno vista come "finita e non da ricordare", una "esperienza che cambia la vita" o una "motivazione per l'impegno politico".

La possibilità che l'obiettivo ambizioso di un livello zero di contenzione possa essere raggiunto in un reparto di psichiatria, necessita dell'assunzione di un impegno formale da parte dei DSM che deve essere esplicitato nei documenti che regolano l'offerta e le strategie di cura. La situazione attuale è tale, da rendere poco realistico poter raggiungere immediatamente l'obiettivo di evitare la pratica della contenzione; ciò rende necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori (37).

Si presume che l'ambiente fisico abbia un effetto sull'aggressività e anche sull'uso dell'isolamento nei reparti psichiatrici. Questo aspetto è stato sviluppato da uno studio del 2013 che ha evidenziato la necessità di una maggiore attenzione all'impatto dell'ambiente fisico sui pazienti, poiché, insieme ad altri interventi, questo può ridurre la necessità di isolamento e contenzione (38).

Tuttavia, ci sono pochi studi che analizzano la coercizione percepita, lo stress post-traumatico e la soddisfazione soggettiva per il trattamento di ricovero associato a diversi tipi di misure coercitive. Il campione di un recente studio del 2019, inerente le tematiche sopra citate, è costituito da 111 pazienti ricoverati in due unità psichiatriche e suddivisi in tre gruppi in base alla misura applicata: farmaci involontari (N = 41), contenzione meccanica (N = 32) e misure combinate (contenimento meccanico e farmaci involontari; N = 38).

La seguente raccomandazione sarebbe coerente con i risultati trovati: se un paziente non specifica una preferenza per qualche tipo di misura, potrebbe essere utilizzato un farmaco involontario ed evitato il contenimento meccanico, specialmente se usato in combinazione con un farmaco involontario (39).

È stata intrapresa una revisione sistematica e un'analisi tematica di 26 studi sottoposti a revisione paritaria del 2017, riguardo le percezioni riportate dai pazienti psichiatrici delle situazioni associate al processo di coercizione, i pazienti stessi attribuiscono grande importanza al legame tra l'impatto positivo e negativo percepito di una situazione coercitiva e la capacità e la volontà dei professionisti di interagire e comunicare rispettosamente.

È ampiamente dimostrato che i pazienti psichiatrici associano l'uso di isolamento, contenzione fisica/trattenimento, contenzione meccanica e farmaci forzati, con forti percezioni negative e desiderano essere trattati con rispetto da professionisti, piuttosto che essere sottoposti al controllo dei professionisti. Ciò che i pazienti percepiscono come fattori moderatori riguardo all'uso di misure coercitive è attualmente poco studiato.

Una maggiore sensibilità alle opinioni del paziente sulla situazione in ogni punto del processo coercitivo aiuterebbe i professionisti a rispondere alle esigenze individuali dei pazienti. I professionisti devono esprimere preoccupazione ed empatia nei confronti dei pazienti e migliorare le capacità di comunicazione prima, durante e dopo un incidente coercitivo. Si dovrebbe porre maggiore enfasi sulla riduzione dell'escalation e sull'uso di strategie non coercitive o capacità di coping prima dell'inizio delle misure coercitive.

Vi è una mancanza di ricerca sulla percezione della coercizione dei pazienti psichiatrici che discrimini tra i diversi tipi di misure coercitive, mentre indaga anche sulla percezione dei pazienti di subire la coercizione come processo.

L'obiettivo dello studio, è quello di riesaminare la letteratura di ricerca esistente al fine di indagare sulle percezioni riferite da pazienti psichiatrici adulti delle situazioni prima, durante e dopo tipi specifici e definiti di misure coercitive e indagare su ciò che i pazienti percepiscono come fattori moderatori, in relazione all'uso di queste misure coercitive. È richiesto l'uso di strategie di riduzione dell'escalation e non coercitive.

La coercizione nell'ambito dell'assistenza psichiatrica/della salute mentale rimane controversa e ripetute chiamate internazionali hanno raccomandato una riduzione del loro uso. Questa revisione indica, che una maggiore attenzione al modo in cui i pazienti percepiscono l'uso di misure coercitive (prima, durante e dopo gli incidenti) debba essere considerata, al fine di migliorare la pratica clinica basata sull'evidenza (40).

Per questo motivo, riuscire ad avere una visione esaustiva dell'argomento potrebbe contribuire a fornire spunti di riflessione per sensibilizzare gli operatori ed i manager sanitari su questo importante tema, al fine di suggerire delle strategie di miglioramento attraverso l'implementazione di linee guida associate all'uso corretto della contenzione fisica, senza sfociare nella "costrizione".

In uno studio qualitativo del 2015, le questioni principalmente dibattute sono state: la definizione di contenzione fisica (si tratta di un intervento protettivo o di restrizione della libertà?); la frequenza e la durata della contenzione (si tratta di un intervento straordinario od ordinario?).

Lo studio ha messo in luce il conflitto vissuto dagli infermieri rispetto all'attuazione della contenzione fisica, soprattutto quando viene impiegata come intervento ordinario. Nonostante la presenza di fattori ostacolanti la riduzione del suo ricorso è emersa la necessità e la volontà degli infermieri di mettere in atto tutte le possibili strategie alternative (41).

L'audit clinico è uno strumento che permette di applicare nella realtà clinico/assistenziale le migliori evidenze scientifiche, col fine di migliorare, attraverso specifici interventi, eventuali punti di debolezza nella pratica applicata.

Tra questi punti di debolezza ricordiamo: scarsa formazione, ridotta conoscenza della normativa e delle direttive giurisprudenziali in tema di contenzione, non conformità nella registrazione sulla documentazione clinica, mancato monitoraggio per la prevenzione ed eventuali danni diretti e indiretti al paziente contenuto, mancanza di idonei dispositivi contenitivi (42).

Per promuovere la cultura no restraint negli SPDC, nel 2013 è stata fondata a Trento l'associazione di promozione sociale denominata Club SPDC no restraint, senza scopi di lucro. Il fine è quello di promuovere l'azzeramento dei mezzi di contenzione fisica, mantenendo le porte degli SPDC aperte, nel pieno rispetto della libertà e dignità delle persone ricoverate, privilegiando tutti gli interventi relazionali e stimolando al massimo la responsabilità delle persone nel proprio percorso di cura (43).

AUTORE/ANNO	DISEGNO DI STUDIO E N°CAMPIONE	OBIETTIVO DELLO STUDIO	OUTCOME
Gaeta Alessia, Ferrara Paolo, Destrebecq Anne, Terzoni Stefano (2019)	studio osservazionale trasversale; 9 soggetti (3 infermieri tutor didattici, 3 infermieri clinici e 3 studenti del corso di laurea in infermieristica)	indagare la percezione e le conoscenze di un campione di infermieri e di studenti del Corso di Laurea infermieristica in merito al tema della contenzione fisica	i risultati ottenuti suggeriscono la necessità di maggior formazione degli studenti, un continuo aggiornamento degli infermieri e una maggior sensibilizzazione sul tema della contenzione fisica
Ferrara Paolo, Terzoni Stefano, Oliverio Vittorio, Ruta Federico, Delli Poggi, Alessandro, D'Agostino Armando, Destrebecq Anne (2020)	studio osservazionale prospettico; somministrazione della NGASR-ita a tutti i 131 soggetti: con età $\geq 18$ anni, ricoverati, per qualsiasi causa, presso l'SPDC dell'ospedale San Paolo di Milano. Esclusi solo coloro che al momento dell'accettazione in reparto erano sottoposti a contenzione fisica	L'obiettivo dello studio è indagare la validità predittiva della NGASR-ita nella valutazione del rischio suicidario in pazienti ricoverati all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	La NGASR-ita è stata compilata per la valutazione del rischio suicidario da parte del personale infermieristico in turno entro 2 ore dal momento del ricovero. L'outcome primario dello studio, ovvero il tentato suicidio, è stato riportato nella documentazione sanitaria da parte dell'equipe medico-infermieristica del reparto e successivamente esportato in un file separato da parte dei responsabili dello studio per lo svolgimento delle analisi statistiche
Ingrosso	Revisione della	per verificare le	sono emerse

<p>Camilla, Moriconi Ione (2017)</p>	<p>letteratura; Le persone coinvolte negli studi sono per la maggior parte persone ricoverate in reparti psichiatrici o che hanno usufruito dei servizi di igiene mentale, l'età media è di 40.8 anni, ad eccezione di uno studio, in cui partecipanti risultano avere un'età media di 16.8 (range da 13 a 24 anni)</p>	<p>conseguenze psicologiche che l'intervento restrittivo reca sui pazienti</p>	<p>testimonianze varie sull'esperienza di coercizione, la maggior parte dei pazienti che hanno partecipato agli studi hanno evidenziato come il rapporto con il personale sanitario abbia migliorato in modo decisivo l'evento vissuto. Per altri invece, la restrizione ha causato un'alterazione della loro autostima e del senso di sé. Si sono sentiti discriminati, "matti" e "cattivi"; si sono sentiti vulnerabili, incerti verso loro stessi e hanno più volte considerato la contenzione come una punizione, più che un trattamento necessario</p>
<p>Beghi Massimiliano, Peroni Federica, Gabola Piera, Rossetti Aurora, Cornaggia Cesare Maria (2013)</p>	<p>Revisione sistematica; 49 studi</p>	<p>Riduzione della prevalenza e fattori di rischio per l'uso della contenzione in psichiatria</p>	<p>la prevalenza dell'uso della contenzione è stata del 3,8-20%, nonostante i tentativi di ridurre l'uso della contenzione. Nonostante le scarse prove a sostegno dell'uso di procedure coercitive nei reparti di psichiatria e del loro "danno psicologico"</p>

			sui pazienti, la pratica della contenzione è ancora frequente (6-17%) e varia da 10 a 20 volte tra i centri
Berzlanovich Andrea M, Schöpfer Jutta, Keil Wolfgang (2012)	Studio osservazionale; 27.353 autopsie condotte durante il periodo dello studio	La prevenzione di tali morti. Se le restrizioni per il contatto diretto sono veramente necessarie, devono essere applicate come raccomandato e la persona trattenuta deve essere attentamente osservata	ci sono stati 26 casi di morte mentre l'individuo era fisicamente trattenuto. Tre di questi casi hanno coinvolto pazienti che sono morti per cause naturali mentre erano in contenzione e uno è stato un suicidio. I restanti 22 decessi sono stati causati esclusivamente da contenzione fisica
Chaput Yves, Beaulieu Lucie, Paradis Michel, and Labonté Edith (2011)	Studio osservazionale; 20.900 visite a quattro servizi nella provincia del Quebec, Canada, per un periodo di due anni dal settembre 2002 in poi, di pazienti di età pari o superiore a 18 anni	La corrispondenza tra comportamenti aggressivi nella PES e un profilo coerente del paziente è stato principale obiettivo dello studio	Pochi studi hanno specificamente mirato a comportamenti aggressivi nel servizio di emergenza psichiatrica o determinato se la valutazione delle caratteristiche demografiche e cliniche di tali pazienti potrebbe rivelarsi utile per la loro identificazione più rapida. Circa il 7% delle visite sono state contrassegnate dall'aggressività corrente (verbale 49%, fisico 12%, verbale e fisico 39%)

<p>U. Angeli (1999-2000)</p>	<p>Studio-pilota, presso l'Ospedale San Raffaele di Milano; Non specificato il numero di campione di infermieri intervistati</p>	<p>Verificare il livello di conoscenze e competenze infermieristiche nell'ambito della contenzione fisica</p>	<p>l'80% degli infermieri intervistati si è trovato nella condizione di applicare mezzi di contenzione fisica (29% spondine per letto intero, 22% cintura per sedia, 15% bracciali a polsi o caviglie) durante l'assistenza infermieristica alle persone assistite</p>
<p>CKY Lai, RN, PhD, SKY Chow, RN, BN, MPHC, PhD, LKP Suen, RN, RM, BN, MPH, PhD, IYC Wong, BSc, BCM, RPT, RCMP (2013)</p>	<p>Sperimentazione clinica; ha coinvolto un ospedale di controllo, un ospedale di intervento e una scuola di infermieristica</p>	<p>per ridurre le restrizioni fisiche sui pazienti durante il ricovero/ riabilitazione. Sono stati raccolti i tassi giornalieri di utilizzo delle restrizioni fisiche e il numero di cadute, così come i dati demografici e le caratteristiche cliniche dei pazienti sottoposti a contenzione e non, prima e dopo l'intervento</p>	<p>È stato utilizzato un modello ciclico graduale per identificare obiettivi e ostacoli, determinare strategie e valutare i risultati. Al personale è stata introdotta una serie di alternative all'uso delle restrizioni e il coinvolgimento della famiglia è stato incoraggiato. Questo intervento è riuscito a determinare cambiamenti positivi nell'uso delle restrizioni</p>
<p>Knutzen Maria , H Mjosund Nina , Eidhammer</p>	<p>disegno caso- controllo retrospettivo di due anni;</p>	<p>La conoscenza è limitata sulle caratteristiche dei pazienti che sono</p>	<p>L'identificazione dei pazienti a rischio può informare lo sviluppo di alternative alla</p>

<p>Gunnar , Lorentzen Steinar, Opjordsmoen Stein , Sandvik Leiv, Friis Svein (2011)</p>	<p>tutti i pazienti trattenuti (N = 375) e un gruppo di controllo selezionato in modo casuale di pazienti non vincolati (N = 374) da tre reparti psichiatrici acuti basati sul bacino di utenza in Norvegia</p>	<p>limitati e sui predittori dell'uso della contenzione</p>	<p>contenzione per questi pazienti</p>
<p>Sibitz Ingrid , Scheutz Alexandra , Lakeman Richard , Schrank Beate , Schaffer Markus, Amering Michaela (2011)</p>	<p>Studio qualitativo; interviste registrate con 15 persone</p>	<p>Stabilire una tipologia di prospettive di coercizione e stili di integrazione nelle storie di vita;</p>	<p>le diverse e differenziate prospettive dei partecipanti sulle misure coercitive ei loro diversi stili di integrazione suggeriscono che le persone possono arrivare ad accettare misure coercitive come necessarie quando si confrontano con il pericolo per sé o per gli altri.  le persone hanno visto l'esperienza del ricovero ospedaliero involontario come una pratica che necessita di miglioramento</p>
<p>van der Schaaf P S , Dusseldorp E ,</p>	<p>Studio osservazionale; i dati sulla qualità e</p>	<p>esplorare l'effetto delle caratteristiche del design sul rischio</p>	<p>La "presenza di uno spazio esterno", le "misure di sicurezza speciali" e un</p>



<p>Keuning F M , Janssen W A , Noorthoorn E O (2013)</p>	<p>la sicurezza degli edifici dei reparti psichiatrici e forensi (n = 199) sono stati combinati con i dati sulla frequenza e sul tipo di misure coercitive per ricovero (n = 23868 ricoveri su n = 14 834 pazienti) su questi reparti, per un periodo di 12 mesi</p>	<p>di essere isolati, il numero di incidenti di isolamento e il tempo in isolamento, per i pazienti ammessi in reparti chiusi per cure psichiatriche intensive</p>	<p>"numero elevato di pazienti nell'edificio" aumentavano il rischio di isolamento. Caratteristiche del design come più "spazio privato totale per paziente", un "livello di comfort" più elevato e una maggiore "visibilità in reparto", diminuivano il rischio di isolamento</p>
<p>Guzmán-Parra José , Aguilera-Serrano Carlos , García-Sanchez Juan Antonio, García-Spínola Edgar , Torres-Campos Daniel , Villagrán José María , Moreno-Küstner Berta, Mayoral-Cleries Fermín (2019)</p>	<p>Studio osservazionale; campione costituito da 111 pazienti ricoverati in due unità psichiatriche e suddivisi in tre gruppi in base alla misura applicata: farmaci involontari (N = 41), contenzione meccanica (N = 32) e misure combinate (contenzione meccanica e farmaci involontari; N = 38)</p>	<p>potrebbe essere utilizzato un farmaco involontario ed evitato il contenimento meccanico</p>	<p>I risultati hanno rilevato livelli più elevati di coercizione percepita associata all'uso di contenzione meccanica (P = 0,002) e misure combinate (P &lt;0,001) rispetto ai farmaci involontari</p>

<p>Tingleff E B , Bradley S K , Gildberg F A , Munksgaard G , Hounsgaard L (2017)</p>	<p>Revisione sistematica e un'analisi tematica; di 26 studi sottoposti a revisione paritaria</p>	<p>Ciò che i pazienti percepiscono come fattori moderatori riguardo all'uso di misure coercitive è attualmente poco studiato. Si dovrebbe porre maggiore enfasi sulla riduzione dell'escalation e sull'uso di strategie non coercitive o capacità di coping prima dell'inizio delle misure coercitive</p>	<p>Una maggiore sensibilità alle opinioni del paziente sulla situazione in ogni punto del processo coercitivo aiuterebbe i professionisti a rispondere alle esigenze individuali dei pazienti.</p>
<p>Castaldo Anna, Zanetti Ermellina, Muttillio Giovanni, Carniel Giorgio, Gazzola Monica, Gobbi Paola, Magri Miriam, Bazzana Stefano, Noci Carla (2015)</p>	<p>Studio qualitativo (focus group); Gruppo di 130 partecipanti: 60 infermieri, 40 coordinatori e 30 dirigenti infermieristici delle residenze per anziani e degli ospedali delle province di Aosta, Brescia, Milano, Lodi e Monza e Brianza. Nel periodo tra</p>	<p>mettere in luce il conflitto vissuto dagli infermieri rispetto all'attuazione della contenzione fisica, soprattutto quando viene impiegata come intervento ordinario</p>	<p>L'applicazione della contenzione fisica a un paziente genera negli infermieri una varietà di emozioni, spesso ambivalenti e conflittuali, quali la rabbia, la compassione e la frustrazione</p>

	<p>febbraio e novembre 2011 sono stati condotti 16 gruppi di discussione presso le sedi dei tre Collegi IPASVI</p>		
<p>Peghetti Angela, Casciato Stefano, Sferrazza Silvia, Accettone Roberto, Cinque Alessandro, Caggianelli Gabriele, Kusumam Pampoorickel, Coscarella Antonio, Colelli Emanuella, Marchesani Giuseppe (2019)</p>	<p>L'audit prospettico è stato condotto nel periodo febbraio – ottobre 2017; setting per acuti. gruppo di lavoro costituito da 4 infermieri e da 2 coordinatori infermieristici, coadiuvati da un tutor e con la supervisione di un auditor EBP. 909 cartelle relative a 70 giornate di degenza</p>	<p>Lo studio era finalizzato a valutare il miglioramento dei comportamenti e delle pratiche assistenziali, a implementare azioni correttive e a monitorare nel tempo gli effetti e le ricadute di questi interventi nell'assistenza ai pazienti a rischio di essere contenuti</p>	<p>L'audit ha consentito di rilevare le criticità presenti in un'Azienda sanitaria romana e di misurarle attraverso la costruzione di indicatori di struttura, di processo ed esito. L'implementazione delle raccomandazioni relative alla prevenzione ha portato un importante miglioramento degli indicatori di struttura successivamente all'applicazione dell'audit clinico in oggetto</p>
<p>Maurizio Davi' (2017)</p>	<p>Studio sperimentale; Numero campione di lavoro non riportato</p>	<p>L'obiettivo è il superamento della contenzione fisica, attraverso un progetto sperimentale mirato (attivato nel 2016) denominato</p>	<p>I risultati raggiunti nell'anno 2016, grazie a tutto il team di lavoro, hanno segnato una netta inversione di tendenza e dimostrato che il <i>no restraint</i> si può fare se</p>

		<i>Gestione eventi critici in SPDC, che si affianca ad attività e pratiche riabilitative già da tempo presenti nel medesimo servizio</i>	tutti (SPDC e Servizio territoriale) sono orientati a questo approccio
--	--	--	--

## 4.2 Obiettivo dello studio

Dopo aver reperito gli studi in letteratura, l'obiettivo del Case Report, è approfondire e rendere possibile una dimensione campionaria sovrapponibile tra ciò che è emerso dagli studi di revisione della letteratura e ciò che è stato constatato dalla raccolta dati effettuata attraverso l'elaborazione di informazioni clinico-assistenziali dei pazienti ricoverati in SPDC sottoposti a metodo coercitivo.

Il presente elaborato di tesi si pone come obiettivo quello di definire il problema dell'utilizzo della contenzione, i suoi diretti effetti sulla qualità di vita del soggetto, sullo staff e sui familiari e le eventuali strategie di risoluzione.

## 4.3 Materiali e metodi: Raccolta dati e Analisi dei casi clinici

La ricerca bibliografica è stata effettuata consultando la banca dati MEDLINE (attraverso PubMed) tramite Medical Subject Headings (MeSH) e per parole libere.

Sono stati esaminati anche motori di ricerca scientifici presenti all'interno della biblioteca multimediale della Politecnica delle Marche (Wiley Online Library, Google Scholar).

È stata scelta la ricerca mediante questi database, in quanto specifici per le Scienze Infermieristiche e con un cospicuo numero di materiale full text scaricabile.

Le keywords utilizzate per l'individuazione degli studi sono state:

- Forensic psychiatry
- Ethics

- Pharmacological restraint
- Nurse knowledge
- Decision making process
- Coercion psychiatry
- Physical restraint
- mental health nursing

Queste ultime sono state unite mediante gli operatori booleani: AND (per restringere la ricerca ai documenti indicizzati che contengono le sole parole utilizzate, quindi con entrambi termini di ricerca) e OR (per ampliare lo studio e quindi reperire gli articoli con almeno uno dei due termini indicati).

La formulazione delle domande di ricerca che corrispondono al quesito clinico, le quali hanno guidato lo studio sono:

- Quali sono le percezioni, opinioni, esperienze degli infermieri rispetto all'uso della contenzione fisica?
- Quali sono gli effetti, potenziali o dannosi, della prassi della contenzione stessa, sulle diverse dimensioni che costituiscono la qualità in ambito sanitario? (qualità percepita, professionale, gestionale)
- Quali effetti determina un (ab)uso della contenzione sugli esiti dei pazienti e/o sull'organizzazione?
- In che tipo di sanzioni penali si può andare incontro se non si attua una buona pratica clinica?
- Quali sono i fattori che influenzano il processo decisionale di applicazione della contenzione?
- Quanto ognuno dei singoli fattori incide in tale processo?
- Cosa è meglio che i professionisti dell'equipe facciano se fosse doverosa l'applicazione della contenzione e quando è meglio farlo?
- Perché si ricorre all'uso dei mezzi di contenzione?

Per rispondere all'obiettivo della ricerca, è stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo, reso possibile previa "richiesta di autorizzazione, somministrazione, rilevazione e ricerca dati" firmata dalla Direzione medica dell'Ospedale "Mazzoni" di Ascoli Piceno, dalla Direzione medica dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e dal Direttore dell'U.O.C. dell'SPDC dell'AV5.

È stata effettuata una raccolta dati a partire dal giorno 22/2/2021, nell'arco di tempo che va dal 27/1/2020 al 28/2/2020 corrispondente al tirocinio clinico svolto nell'SPDC di San Benedetto del Tronto (AV5). Raccolta dati sviluppata presso l'ufficio rilascio cartelle cliniche di San Benedetto, elaborando informazioni clinico-assistenziali e revisionando le cartelle cliniche dei pazienti sottoposti a strumenti di contenzione adottati nella diagnosi di ingresso, per rilevare il percorso di cura utile nella costruzione di un caso clinico standard.

Di un totale di 33 cartelle cliniche, quindi di 33 pazienti ricoverati nel periodo sopra citato, è emerso che ne sono stati sottoposti a metodo di contenzione soltanto 4, 2 dei quali in regime di TSO, per cui corrispondenti ai seguenti criteri di studio:

1. Pazienti contenuti in questo periodo
  - A. Uomini/donne
  - B. Età
2. Che mezzo di contenzione è stato utilizzato (per esempio, corpetti con bretelle e cinture, bracciali per polsi e caviglie, cintura pelvica, cintura per carrozzina o sedia, cintura di sicurezza) e modalità di contenzione (fisica, farmacologica, ambientale, psicologica)
3. Motivo della contenzione
4. Svantaggi/complicanze correlati al metodo contenitivo (per esempio, lacerazione, abrasione, compressione, lesioni da pressione, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione)
5. Durata/utilizzo prolungato dei mezzi di contenzione fisica
6. Monitoraggio infermieristico (per esempio, possibilità di movimento per almeno 10 minuti ogni 2/3 ore, salvo la notte)

I criteri di inclusione dello studio, sono i pazienti sottoposti a contenzione in quel determinato periodo mentre i criteri di esclusione, di conseguenza, sono i pazienti ricoverati ma non sottoposti a metodo coercitivo.

I criteri limite impostati sono inerenti al numero abitanti del territorio Ascoli-San Benedetto del Tronto, in quanto la densità abitativa/della popolazione corrisponde a 210.000 abitanti (168,0 abitanti/Kmq), aggiornati agli ultimi dati Istat del 2019. In riferimento a questi 210.000 abitanti, l'SPDC della provincia di Ascoli (AV5) ospita

solamente 16 posti letto, presenti nell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto. Si deduce che il numero di posti letto è nettamente inferiore rispetto alla più alta densità abitativa, motivo per cui si configura come un limite di ricerca.

Conseguentemente, i pazienti ricoverati nell'SPDC di San Benedetto del Tronto vanno a ricoprire tutti i posti letto a disposizione rendendo il reparto al completo, motivo per cui altri pazienti che necessiterebbero di ricovero, anche in regime di TSO, vengono inviati in altre strutture di altre Regioni. Questo riferimento, ha posto il secondo limite della ricerca, poiché dal momento in cui nel periodo di tirocinio effettuato in reparto ci fossero stati più pazienti che rientravano nei criteri stabiliti dallo studio, questo, sarebbe stato più approfondito.

#### **4.4 Risultati della ricerca**

✓ Primo assistito: martedì 23-02-2021

C.d.-Maschio, 46 anni

Ricovero ordinario in data 5/2/2020 alle ore 9.48, presso il reparto di psichiatria, con provenienza dal Pronto Soccorso, arrivato in ambulanza 118, scortato dalle forze dell'ordine (Guardia di Finanza).

→ Diagnosi all'entrata/principale: Stato di agitazione psicomotoria in riacutizzazione psicotica. Tipo schizo affettivo, subcronico con esacerbazione acuta.

Diagnosi secondaria: diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente)

→ Data dimissione: 18/2/2020, alle ore 12.40.

→ Modalità di dimissione: dimissione ordinaria al domicilio del paziente.

→ Diagnosi di dimissione: disturbo schizo affettivo, diabete mellito di tipo II.

Tipo di ricovero: ricovero urgente, giorni di degenza 13

Intervento/procedura: valutazione psichiatrica dello stato mentale, elettrocardiogramma, esame microscopico di campione di sangue, TAC del capo, radiografia dell'arto

superiore, iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche, terapia neurolettica, terapia con litio.

Cartella Clinica: anamnesi, diario clinico assistenziale, rilevazione parametri vitali, richieste accertamenti, terapia farmacologica prescritta, scheda assistenziale, scheda rilevazione dolore e scale di valutazione.

Anamnesi patologica recente: “Il paziente avrebbe presentato clamorosità comportamentale presso gli uffici della Guardia di Finanza con agitazione psicomotoria, aggressività eterodiretta e stato delirante.”

Esame obiettivo: “Il pz giunge accompagnato dalla Guardia di Finanza in stato di agitazione psicomotoria.”

→ “Il paziente viene contenuto.” Sempre il giorno dell’ingresso in reparto, il 5|2, alle ore 10.01. (“entra accompagnato dagli agenti della guardia di finanza di San Benedetto del Tronto. Pz oppositivo, si dispone contenzione fisica”)

alle ore 19.53, Diario clinico: “Pz sempre contenuto, durante il turno appare abbastanza tranquillo e collaborante, anche se si mostra d’indole irascibile con cenni di aggressività per lo più verbale. P.V. stabili, diuresi attiva. Si è alimentato a sufficienza. Il padre ha riferito che da qualche tempo assume Metformina 500 ai pasti. Per il momento si esegue solo controllo degli stick. Ha assunto regolarmente la terapia.”

Alle ore 22.45 alla rilevazione dei p.v. “Secondo schema contenzione, il pz appariva soporoso risvegliabile agli stimoli. Avvisato il medico reperibile.”

Monitoraggio infermieristico alle ore, 11.52, 14.33, 17.08, 18.51, 20.57, 21.37, 22.51, 23.18, 1.15, 3.10, 5.13, 6.17, 7.33, 8.27, 10.22 e così via (ogni ora, massimo 2 h.

PA 130/80, FC 86, TEMP 36, SPO2 98%, diuresi attiva)

Giorno 6|2, ore 6.17: “Ha dormito, controllati p.v. secondo schema contenzione.”

Ore 10.23: “Erogata assistenza specialistica, eseguita igiene a letto. Ha urinato, pz collaborante, può ricevere visita genitori, solo per oggi controllo glicemico. Pz più tranquillo rispetto la giornata di ieri. PV nella norma. Assenza di consapevolezza di malattia.”

Giorno 6|2, ore 17.26: “Si toglie contenzione sull’arto sup dx su indicazione medica”



Giorno 6|2, ore 19.13: “Durante la cena viene scoercito agli arti sup, controllato a vista dagli operatori, si è alimentato.”

Giorno 7|2, ore 6.23: “Ha riposato, P.V. rilevati come da protocollo, permangono stabili. Permane coercizione.”

Ore 12.26: “Aiutato ad alimentarsi e nell’igiene, permane coercizione e rilevati PV ogni 2H.”

Ore 19.45: “Pz tranquillo, permane coercizione, aiutato ad alimentarsi, terapia regolare, eseguita doccia.”

Giorno 8|2, ore 8.30: “Il pz viene temporaneamente scoercito. Si alimenta ed esegue le cure igieniche in autonomia, permane scoercito, in attesa di ulteriori decisioni dei medici.”

→ Giorno 8|2, alle ore 9.30: “Il paziente viene definitivamente scoercito.”

Giorno 8|2, alle ore 13.55: “Paziente più collaborante, accetta le cure, pertanto si rimuovono le contenzioni fisiche, come descritto nell’ apposito registro.”

Giorno 12|2, alle ore 20.25: “Erogata assistenza specialistica, pz più aperto al dialogo. Ha partecipato al gruppo con le educatrici.”

Giorno 15|2, alle ore 10.29: “Pz corretto nel comportamento. Disponibile al dialogo con gli operatori. Probabile dimissione per lunedì.”

Giorno 17|2, alle ore 11.09: “Dopo nuovo colloquio medico, viene deciso di rinviare la dimissione a data da destinarsi.”

Giorno 18|2, alle ore 10.45: “Erogata assistenza specialistica, paziente aperto al colloquio, in dimissione.”

“Affettività congrua in assenza di alterazioni del pensiero; compenso clinico, assente collateralità. Si concorda dimissione in giornata odierna.”

GIORNO 18|2, alle ore 12.40: “Il pz viene dimesso ed affidato a padre e fratello per il rientro al domicilio.”

-Come si è risolta farmacologicamente l'agitazione psicomotoria come diagnosi d'ingresso?

Delorazepam 20 ml gtt (al bisogno), Depakin 1000 mg, Haldol gtt (tutti i giorni), Inhixa 4000UI (tutti i giorni) Abilify IM fl 7.5 mg/ml (tutti i giorni), Metformina 500mg cpr (tutti i giorni).

→ Decorso clinico: “Buono, con progressiva risoluzione della sintomatologia all’ingresso. Durante la degenza veniva introdotta terapia psicofarmacologica con stabilizzatore del tono dell’umore ed antipsicotico LAI (Abilify Maintena) con buona tollerabilità ed efficacia clinica.”

→ Programma post dimissione: “Si raccomandano visite psichiatriche di controllo e si consiglia prosecuzione delle cure ambulatoriali c/o CSM SBT;”

Complicanze: Scheda rilevazione dolore

8/2 H 9.08: nessuna presenza di dolore

5/2 H 10: Si al dolore, valore della scala 3, sede braccio sx, di tipo acuto.

- Scala di BARTHEL INDEX, punteggio 100, sempre indipendente.

Utilizzate le scale: PANSS (positive and negative syndrome scale) e CGI (impressione globale clinica).

→ Scheda dell’attività di contenimento:

- Cognome c.
- Nome d.
- Data di nascita: 15.4.73
- Data e ora inizio contenzione: 5/2/2020 h 9.50
- medico che autorizza -
- Operatori presenti all’inizio: 4 infermieri
- Data e ora fine contenzione: 8/2/2020 h 9.30
- Medico che autorizza -
- Operatori presenti alla fine: 3 infermieri
- Motivazioni:
  - Agitazione psicomotoria
  - Aggressività etero agita
  - Aggressività auto agita
  - Rifiuto delle cure

- Rischio di lesioni accidentali
- Descrizione dell'evento
- Alternative praticate:
  - Terapia sedativa
  - Colloquio clinico
  - Assistenza individuale
- Descrizione dell'esito negativo delle misure adoperate
- Modalità di contenzione:
  - Due arti
  - Quattro arti
  - Con banda trasversale
  - Blocco capo

✓ Secondo assistito:

mercoledì 24-02-2021

B.Gb- Maschio,49 anni

Ricovero ordinario in data 14/02/2020 alle ore 12.52

- Diagnosi all'entrata: Riacutizzazione psicotica. Disturbo schizofrenico, tipo paranoide, cronico, con esacerbazione acuta.
- Data dimissione: 27/02/2020 ore 11.57.
- Modalità dimissione: dimissione ordinaria al domicilio del paziente.
- Diagnosi di dimissione: Psicosi paranoide ad andamento cronico, episodio di esacerbazione (aggravamento repentino) acuta.

Tipo ricovero: urgente

Giorni di degenza: 13

Intervento/procedura: valutazione psichiatrica dello stato mentale, elettrocardiogramma, esame microscopico di campione di sangue, terapia neurolettica, altra terapia psichiatrica con farmaci.

Cartella clinica: anamnesi, diario clinico assistenziale, rilevazione parametri vitali, accertamento infermieristico, scheda unica di terapia farmacologica, interventi assistenziali, scale di valutazione.

→ Anamnesi patologica recente: “Il pz è stato seguito presso questo DSM da aprile a luglio 2018, interrompendo poi, su propria iniziativa, le visite di controllo per affidarsi alle cure di specialista privato di fiducia. In passato è stato seguito da vari specialisti privati ed ha assunto diverse terapie psicofarmacologiche con antidepressivi (paroxetina, venlafaxina) e benzodiazepine. Fino a novembre 2019 discreto compenso psichico. Nell'ultimo periodo riacutizzazione del quadro psicopatologico di fondo con chiusura emotiva, ritiro sociale e facile irritabilità con aggressività verbale.”

“A seguito del rifiuto da parte del pz di sottoporsi a visita psichiatrica di controllo ed alla terapia long acting programmata mensilmente, in data odierna, si disponeva per Ordinanza di Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO). Dopo valutazione psichica si concordava con il pz stesso, ricovero presso questo SPDC per le cure e gli accertamenti del caso.”

→ Esame obiettivo: esame psichico

“Vigile, cosciente, orientato. Aspetto scaduto. Sospettoso, diffidente. Scarsamente accessibile al colloquio. Tratti disforici dell'umore. Rivendicativo nei confronti dei sanitari e della tp farmacologica.”

→ Riepilogo registrazioni diario:

Giorno 14/02 ore 13.03: “Pz proveniente dal proprio domicilio accompagnato dai vigili urbani e da un infermiere del CSM, si ricovera in regime di ASO per Riacutizzazione psicotica. All'ingresso appare abbastanza tranquillo e collaborante; accetta il ricovero. Eseguito ECG e visionato dal medico di turno; rilevati P.V., eseguita rivista e compilate schede di valutazione. Eseguire accertamento di Gordon appena possibile.”

Ore 13.17: “Il pz si ricovera in data odierna. Si richiedono esami ematici di routine, valproemia, ammoniemia, ECG. Si imposta terapia farmacologica.”

Ore 13.56: “Pz da controllare; non ha voluto alimentarsi. Riferisce scarsa alimentazione poiché il vitto ospedaliero non sembrerebbe di suo gradimento, lamenta inappetenza e insonnia.”

Giorno 16/02 ore 12.03: “Paziente cupo e appiattito emotivamente, teso e tendente alla chiusura. Introverso e non dialoga/socializza con nessuno. Gli viene proposto DEPOT, fine visita eseguirà Abilify Maintena 300 mg su ordine medico.”

Giorno 17/02 ore 21: “Il pz si presenta irrequieto e agitato. Urla stando a letto. Poi riferisce al personale di volere la terapia al bisogno. Praticata quella I.M. per agitazione.”

Giorno 18/02 ore 6.19: “Si presenta ancora agitato ed ansioso emettendo anche urla improvvisi. Avvisato il medico reperibile: si somministra terapia al bisogno con esito positivo.”

→ Ore 10.17: “Erogata assistenza specialistica, paziente oppositivo in engravescenza durante la mattinata. Alle 10 continua a inveire contro il personale con espressioni verbali non consone e tratti di aggressività. Si attua la coercizione su ordine medico. Rilevati P.V. secondo schema contenzione. Si cerca di chiarire la terapia riguardante il depot e terapia in generale, modificata terapia. Riferisce emicrania con nervosismo e vuoto di pensieri. Si rifiuta spesso di alimentarsi adeguatamente per mancanza di appetito.” (comparto infermiere)

➤ Motivo della contenzione:

Ore 10.19: “Reiterati episodi di agitazione psicomotoria nella mattinata odierna con aggressività etero diretta, resistenti a tp prn; Il paziente viene contenuto fisicamente. Monitoraggio P.V. come da protocollo. Al colloquio lamenta inquietudine ed irrequietezza psichica, si rileva affettività labile e reattiva, l’umore è disforico, il pensiero povero; assente insight di patologia.” (Dir. Medica)

-Monitoraggio p.v.: (dall’inizio della contenzione alla dimissione)

giorno 18/02 ore 10.19/27 (PA 110/70, FC 73, SP02 97%), H11.54, H13.18, H20.27, (controllati i P.V. ogni 2 ore massimo, contenuto dalle 10.17 alle 13.45) giorno 19/02 ore 8.15. giorno 20/02 ore 7.17. giorno 21/02 ore 7.37, H14.30, H20.49. Giorno 22/02 ore 7.24, H15.57. Giorno 23/02 ore 7.52. Giorno 24/2 ore 7.41, ore 15.45. Giorno 25/02 ore 7.27. Giorno 26/02 ore 7.34. Giorno 27/02 ore 7.22.

giovedì 25/2

- Ore 13.18: “Il pz si è alimentato a sufficienza con l’aiuto dell’operatore. Parametri nella norma, non ha urinato, da controllare. Collaborante alle prescrizioni, critico nei confronti dei precedenti episodi di agitazione psicomotoria, viene decontenuto. Il paziente viene scoercito per ordine medico alle ore 13.45.”

Ore 20.33: “Episodio di ansia dopo colloquio con la psichiatra di turno, si somministrano 10 gtt di Talofen.”

Giorno 19/2 ore 10.22: “Pz tranquillo, introverso, lamenta sensazione di tensione.”

Giorno 21/2 ore 19.21: “Pz più socievole e aperto al dialogo, corretto e più congruo. Vitto e terapia assunti regolarmente.”

Giorno 23/2 ore 12.41: “Paziente notevolmente migliorato nell’umore, si alimenta.”

Giorno 25/2 ore 10.13: “Riferisce benessere soggettivo; affettività sintona, assenti effetti collaterali. Si rileva, al domicilio, tendenza all’isolamento sociale con progressiva esarcebazione psicopatologica, durante la degenza invece ha progressivamente intessuto relazioni con altri degenti con beneficio; si propone, alla dimissione la partecipazione ad attività riabilitative DSM; il pz manifesta reticenza a tale possibilità; scarsa la consapevolezza di patologia. Si programma colloquio coi familiari. Al momento rifiuta proposte riabilitative post dimissione.”

Giorno 26/2 ore 10: “Pz accessibile al colloquio, appare maggiormente stabile sul piano ideo-comportamentale, riferisce sonno nella norma. Si programmano le dimissioni per la giornata di domani, accompagnato dal personale infermieristico. Partecipa all’incontro con le educatrici.”

- Giorno 27/2 ore 10.09: “Il pz verrà dimesso in mattinata e accompagnato a domicilio dagli infermieri territoriali.”

Ore 11.57: “Pz esce dal reparto, dimesso a domicilio.”

## Accertamento assistenziale (rivista) -11 modelli di GORDON

1. Modello di percezione e gestione della salute: autogestione delle patologie croniche; fumatore (15 sigarette/die)
2. Modello nutrizione e metabolismo: autonomo nelle capacità nutrizionali, non ha subito variazioni di peso negli ultimi 6 mesi; assenza di ulcere da pressione.
3. Modello di eliminazione
4. Modello di attività e di esercizio fisico: non svolge attività fisica, deambula e ha capacità di cura di sé.
5. Modello di riposo e sonno: insonnia, usa farmaci per favorire il sonno.
6. Modello cognitivo e percettivo: vigile e combattivo. Vista alterata, porta occhiali.
7. Modello di percezione di sé e concetto di sé: riferisce ansia sullo stato di salute.
8. Modello di coping e di tolleranza allo stress
9. Modello di sessualità e riproduzione
10. Modello di ruolo e relazioni: vive in famiglia, disoccupato
11. Modello di valori e di convinzioni

→ Scale di valutazione

- Scala del dolore NRS: 14/2 H 12.58, dolore assente
- BARTHEL Index: in data 19/2 h 14.50, punteggio 100, in data 18/2 h 11.38, punteggio 20, in data 14/2 h 12.58, punteggio 100.
- Scala PANSS del 14/2/2020, totale 102 e del 27/2 totale 75.
- Scala CGI del 14/2:
  1. Gravità della malattia (notevolmente ammalato)

Del 27/2:

2. Miglioramento globale: in che misura sono cambiate le condizioni del paziente rispetto all'inizio del trattamento? Molto migliorate.
3. Indice di efficacia: effetto terapeutico, moderato: sensibile miglioramento, remissione parziale dei sintomi  
  
effetti collaterali, nessuno

- Decorso clinico: “All’ingresso in reparto si mostrava scarsamente accessibile al colloquio apparendo sospettoso e diffidente con tono dell’umore prevalentemente disforico (manifestando episodi in cui appariva aggressivo verbalmente e verso oggetti), scarsa compliance farmacologica. Durante la degenza ha mostrato un progressivo miglioramento del quadro psicopatologico con netta riduzione della sintomatologia presentata all’ingresso. Ha accettato di eseguire nuovamente terapia long acting con Abilify 300 mg 1 fl im. Eseguiti colloqui anche con la madre del pz. Si propone percorso riabilitativo presso c/o Centro Diurno e/o Centro Sollievo.”
- Programma post dimissione: “Il pz verrà seguito ambulatorialmente presso il CSM di SBT; visita psichiatrica di controllo da effettuarsi in data 17/3/2020 alle ore 9, presso gli ambulatori SPDC, nello stesso giorno dove effettuerà inoltre terapia long acting. In relazione all’assunzione della terapia farmacologica si consiglia: controlli periodici esami ematochimici tra cui emocromo con formula, funzionalità epatica, renale, glicemia, profilo lipidico, dosaggio acido valproico e controlli periodici ECG con valutazione del tratto QTc.”

→ Scheda dell’attività di contenimento

- Cognome B.
- Nome G.B.
- data di nascita: 6.8.70
- Data e ora inizio contenzione: 18/2/2020 h 10
- medico che autorizza -
- Operatori presenti all’inizio: 3 infermieri
- Data e ora fine contenzione: 18/2/2020 h 13.45
- Medico che autorizza -
- Operatori presenti alla fine: 3 infermieri
- Motivazioni:
  - Agitazione psicomotoria X
  - Aggressività etero agita X
  - Aggressività auto agita
  - Rifiuto delle cure



- Rischio di lesioni accidentali X
- Descrizione dell'evento (vedi diario clinico)
- Alternative praticate:
  - Terapia sedativa X
  - Colloquio clinico
  - Assistenza individuale
- Descrizione dell'esito negativo delle misure adoperate (vedi diario clinico)
- Modalità di contenzione:
  - Due arti
  - Quattro arti X
  - Con banda trasversale X
  - Blocco capo

Approfondimento ASO: ai sensi dell'Art.34 della legge 833/1978

Comune di Monteprandone (AP)

Ordinanza n.1 del 14/2/2020

Oggetto: provvedimento in materia di Sanità Pubblica. Accertamento Sanitario Obbligatorio.

PRESO ATTO che l'infermo rifiuta di sottoporsi a visita psichiatrica;

VALUTATO non esistono le condizioni e le circostanze che consentono di effettuare al domicilio il suddetto Accertamento Sanitario;

ORDINA

Che venga effettuato un Accertamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera nei confronti del Sig. B.G.B., incaricando per la sua esecuzione un medico facente parte della Struttura Sanitaria Pubblica competente.

DISPONE

Che copia del presente provvedimento venga trasmessa:

1. Alla ASUR-AV5 di San benedetto del Tronto
2. Al comando di Polizia Locale di Monteprandone perché collaborino, alla esecuzione della stessa. (il ricevente attesta che il personale del comando di polizia locale, il medesimo giorno alle ore 12.40, ha accompagnato presso la struttura sanitaria “Ospedale Madonna del Soccorso” la persona sopra indicata)
3. Al Giudice Tutelare presso il Tribunale di Ascoli Piceno.

✓ Terzo assistito:

P.r.- Maschio, 53 anni

Data di nascita: 4/6/1966

Ricovero ordinario in data 26/2/2020 alle ore 19.29, provenienza dal Pronto Soccorso \*.

Tipo ricovero: ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

Anamnesi PS di Gubbio: del 26/2 alle ore 16.15:

“Giunge con l’ambulanza del 118 dopo valutazione psichiatrica di paz con disturbo schizofrenico paranoide ed indicazione al TSO. Si effettua richiesta e convalida del TSO. (“il paziente, già seguito per schizofrenia di tipo paranoide, presenta ideazione delirante con acting-out comportamentali etero aggressivi. Si dispone un TSO”). Con esito di trasferimento ad altro istituto (ospedale delle Marche per continuità di soccorso).”

→ Diagnosi all’entrata: disturbi del comportamento con aggressività eterodiretta in schizofrenia paranoide, cronico, con esacerbazione acuta.

Data dimissione: 3/3/2020 h15.20.

Diagnosi di dimissione: disturbo schizofrenico paranoide cronico. BPCO; TBC latente.

Esito/modalità dimissione: trasferimento al SPDC Az. Ospedaliera di Perugia (per competenza territoriale), quindi trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico e privato, per acuti.

Giorni degenza: 6

Intervento/procedura: valutazione psichiatrica dello stato mentale, visita psichiatrica di routine, ECG, terapia neurolettica.

Data scadenza TSO: 4/3/2020, inizio il 26/2/2020 \*

Giovedì 25/2

Cartella clinica: anamnesi, diario clinico assistenziale, richieste accertamenti, terapia farmacologica prescritta, scheda rilevazione dolore e scale di valutazione.

- Anamnesi patologica remota: “Utente affetto da patologia psicotica cronica per cui ha effettuato molteplici ricoveri in ambiente psichiatrico e differenti tp psicofarmacologiche con alterno beneficio; nel tempo stante la resistenza della sintomatologia psicotica, ha effettuato tp con Clozapina, poi sospesa per collateralità ematologica in due differenti tentativi. Patologie organiche concomitanti: BPCO, pregressa TBC latente.”
- Anamnesi patologica recente: “Nel pomeriggio odierno (26/2) episodio di agitazione psicomotoria con aggressività eterodiretta nei confronti di operatore sanitario struttura ospitante, per cui si rendeva necessario il TSO ed il presente ricovero. Utente in amministrazione di sostegno, informata la sorella del presente ricovero. (fonte delle informazioni: verbale paziente e documentazione sanitaria)”
- Esame obiettivo: “All’ingresso in reparto appare accessibile al colloquio, collaborante e lucido, presenta ideazione delirante a tema persecutorio, contenuti bizzarri di pensiero, affettività congrua al pensiero. Nega attuali volontà auto-eterolesive. Lieve escoriazione alla fronte. Allergie a farmaci (Clozapina ed Aripiprazolo. Risultano 3 episodi di grave agranulocitosi, le prime due volte con Clozapina ed ultima volta con Aripiprazolo).”

- Riepilogo registrazioni diario

Giorno 26/2 ore 19.51: “Entra alle ore 19.15, accompagnato dal personale dell’ospedale di Gubbio (PG) in regime di TSO. Rilevati parametri vitali, redatte scale di valutazione. Gordon da eseguire. ECG eseguito al PS di Gubbio. Il paziente si presenta apparentemente tranquillo, leggermente titubante e a tratti confuso e disorientato.

Presenta piccola escoriazione sulla fronte: eseguita medicazione. Cena regolarmente. Terapia assunta alle ore 21.00, eseguita rivista.

Si ricovera in regime obbligatorio utente ivi inviato, per indisponibilità di posto letto c/o (a cura di) SPDC territorialmente competente, a seguito di valutazione specialista operante c/o CSM Gubbio ed in terapia psicofarmacologica come segue: Aloperidolo 12 mg/die, Clopromazina 900 mg/die, Delorazepam 15 mg/die. Eseguiti ECG e routine ematobiochimica (in attesa di refertazione) c/o presidio ospedaliero di provenienza, si imposta tp psicofarmacologica.”

Giorno 27/2 ore 10.11: “Paziente disorganizzato dal punto di vista ideico. Difficolta nel rispondere alle domande poste, con risposte trasversali. Si modifica terapia. Paziente tendenzialmente allucinato, nel complesso ancora gestibile, ha assunto regolarmente la terapia e la colazione.”

Giorno 28/2 ore 6.01: “Ha riposato fino alle 5. paziente confuso e disorientato. Pronuncia frasi incomprensibili e ha probabili dispercezioni uditive e visive.”

- Giorno 29/2 ore 10.23: “Nella mattinata odierna episodio di marcata agitazione psicomotoria con incongruenze comportamentali, aggressività e tentativo di allontanamento dal reparto. Viene momentaneamente contenuto a letto ai quattro arti onde evitare che procuri nocumento a sé stesso ed agli altri. Erogata assistenza specialistica. Si attua protocollo contenzione.”

Monitoraggio PV: in data 29/2 ore 10.28 (PA 155/90, FC 90, SPO2 98%), ore 12.52 (FR 20 atti per minuto, temperatura 36.4, valutazione diuresi: attiva nel pannolone). “Rilevati parametri vitali ogni 2 ore. A tratti agitato ed allucinato, aiutato ad alimentarsi a pranzo e ad assumere la terapia medica delle ore 13.”

- Ore 15.47: “Paziente più tranquillo, si rimuovono contenzioni.”

Ore 20.47: “Alle ore 15 pz scontento appare delirante, a tratti agitato ma nel complesso gestibile.”

Giorno 1/3 ore 11.31: “Pz disforico, ai limiti della gestibilità. Angosciato, a tratti agitato. Somministrata terapia al bisogno con esito parziale. Erogata assistenza specialistica.”

Ore 19.52: “Lamentoso ed allucinato nel corso del pomeriggio, ma non agitato. Piuttosto collaborante, si alimenta a cena ed assume terapia delle ore 20. Previo parere medico, domattina eseguire ECG di controllo.”

Giorno 2/3 ore 4.58: “Ha riposato nella prima parte della notte, appare lamentoso, riferendo pericolo per la sua incolumità.”

Ore 10.24: “Pz sedato, notte insonne”

Giorno 3/3 ore 9.49: Sciolto TSO (si effettua cessazione TSO) \*

Ore 13.51: “Organizzato trasporto per trasferimento paziente all’SPDC di Perugia. Accompagna infermiere. Partenza ore 15.30. Telefonato alla centrale operativa per conferma e confermato trasferimento all’SPDC di arrivo.”

Ore 14.15: “Come da accordi intercorsi con l’SPDC di Perugia, il pz viene dimesso in data odierna e trasferito per prosecuzione cure presso il suddetto Servizio tramite ambulanza accompagnato da un infermiere professionale.”

Ore 15.48: “Ore 15.15 il pz viene dimesso per essere trasferito al SPDC di Perugia, accompagnato dal personale del 118 e da un operatore sanitario.”

Lunedì 1/3/2021

➤ Scheda unica di terapia/terapia farmacologica:

1. Lorazepam DOC\* 20 cpr riv. 2.5 mg (tutti i giorni, estemporanea). Durata terapia per 1 giorno (24 ore) fino al 27-02-2020
2. EN\*IM IV 3f 1ml 5mg/ml (tutti i giorni). Durata terapia per 1 giorno (24 ore) fino al 4/3/2020
3. Pantoprazolo DOC\* 28 cpr 40 mg (tutti i giorni), durata terapia fino a diverso parere medico
4. Serenase\*OS gtt 15ml 2mg/ml (tutti i giorni), durata terapia per 1 giorno (24 ore), fino al 27/2

5. Entumin\*OS gtt 10ml 100mg/ml (tutti i giorni), durata terapia fino a diverso parere medico, data inizio 27/2

(“In relazione all’assunzione della terapia psicofarmacologica si consiglia: controlli periodici ECG con valutazione del tratto QTc, controlli periodici esami ematochimici: emocromo con formula, funzionalità epatica, renale, glicemia, profilo lipidico”)

→ Lettera di dimissione:

→ Decorso clinico: “Durante la degenza ha evidenziato un miglioramento clinico, apparendo progressivamente maggiormente congruo e collaborante. Permane ideazione delirante a sfondo persecutorio vissuta con minore partecipazione emotiva. In data odierna si procede ad effettuare cessazione TSO. Necessitando di un ulteriore periodo di stabilizzazione e monitoraggio clinico, dopo accordi intercorsi con l’SPDC di Perugia viene trasferito presso il suddetto Servizio.”

→ Programma post dimissione:

“Come da accordi telefonici intercorsi tra il nostro Servizio e i colleghi dell’SPDC di Perugia il pz viene trasferito per prosecuzione cure presso il proprio territorio di competenza. Avvisato l’amministratore di sostegno.”

- Lettera di dimissione

(Azienda Ospedaliera di Perugia, in data 4/2/2019)

“Dimettiamo in data odierna il pz ricoverato in questo ospedale dal 28/12/2017. Durante la degenza sono stati effettuati numerosi prelievi ematici per il dosaggio dell’acido valproico, l’ultimo dei quali in data 14/1/19 risultato pari a 54,4 mg/l (range terapeutico 50,0-100,0). Inoltre anche numerosi prelievi ematici per il dosaggio del Litio, risultato pari a 0,62 mM/L (range terapeutico 0,60-1,20).”

→ Scale di valutazione

-Scheda rilevazione dolore: in data 26/2 ore 20.44, non presenta dolore.

-Barthel index: in data 26/2, punteggio 100

-Scala MOAS: in data 29/2, totale 5, punteggio pesato totale 9.

1. Aggressione verbale: ostilità verbale, proteste od invettive intente ad arrecare danno psicologico ad altri attraverso degradamento, minacce di attacco fisico: 3-minaccia impulsivamente violenza verso altri o sé stesso
2. Aggressione contro proprietà/oggetti: distruzione sfrenata e spericolata di armamentario di reparto od oggetti altrui: 0-no aggressione contro proprietà/oggetti
3. Autoaggressione: ferite verso sé stesso, auto-mutilazione o tentativo di suicidio: 2-batte la testa, colpisce le braccia contro il muro, si butta a terra.
4. Aggressione fisica: azione violenta intesa ad infliggere dolore, danno corporeo o morte su altri: 0-no aggressione fisica

-Scala PANSS:

1.in data 27/2, (scala positiva, scala negativa, scala di psicopatologia generale) totale 88

2.in data 3/3, totale 76

-Scala CGI: in data 27/2 (vedere scala del pz precedente)

1.gravità della malattia: 7-è tra i pazienti più gravi

In data 3/3

1.uguale all'ingresso

2.miglioramento globale: 2-moderatamente migliorate

3.indice di efficacia: effetto terapeutico: moderato: sensibile miglioramento, remissione parziale dei sintomi

Effetti collaterali: non interferiscono in misura significativa con le prestazioni del pz

Indice di efficacia: 06

\*APPROFONDIMENTO TSO (del 26/2/2020)

1.Oggetto: Richiesta di Trattamento Sanitario Obbligatorio per malattia mentale in condizioni di degenza ospedaliera.

Al signor sindaco del comune di Gubbio

2.Oggetto: Convalida di Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Da parte del CSM dell'azienda USL UMBRIA 1

3.Oggetto: TSO a carico di P.r.

**IL SINDACO**

Acquisita: la certificazione di convalida rilasciata in data 26.2.2020, presso U.O. CSM DI GUBBIO AUSL (azienda unità sanitaria locale) UMBRIA 1;

Riscontrato che: esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici-che gli stessi interventi non vengono accettati dall'infermo-che non vi sono le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

**ORDINA**

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto-AP.

Firma del Sindaco

Firma e timbro del medico accettante

\*Approfondimento cessazione TSO (del 3/3)

Oggetto: scioglimento TSO

Rivolto al Sindaco del Comune di Gubbio

Durante la degenza ha manifestato miglioramento del quadro psicopatologico con riduzione dei comportamenti aggressivi ed accettazione delle cure.

Tali condizioni fanno cessare l'obbligo di TSO, mentre suggeriscono la necessità di continuare la degenza.



✓ Quarto assistito:

C.m.- Maschio, 45 Anni

Data di nascita: 23/10/1974

Ricovero ordinario, il 29/2/2020 alle ore 20.20, ricovero per TSO

→ Diagnosi all'entrata: disturbo bipolare. Sindrome affettiva bipolare, episodio maniacale, grave, con comportamento psicotico.

Data dimissione: 9/3/2020 alle ore 14.20

Esito/modalità dimissione: trasferimento al SPDC Ospedale Macerata (per competenza territoriale e presa in carico)

Mercoledì 3/3

Data scioglimento TSO: 7/3/2020 [al sindaco del comune di Macerata]

(“Durante la degenza ha manifestato miglioramento del quadro psicopatologico con aderenza alle cure ed ai programmi terapeutici proposti. Tali condizioni fanno cessare l’obbligo di Trattamento Sanitario, mentre suggeriscono la necessità di continuare la degenza.”)

Medesima procedura del paziente precedente (richiesta, convalida, TSO)

Giorni di degenza: 9

Intervento/procedura: valutazione psichiatrica dello stato mentale, elettrocardiogramma, esame microscopico di campione di sangue, esame microscopico di campione di vescica, uretra, prostata, vescicole seminali, tessuto perivescicale, e dell’urina e del seme-tossicologia, terapia con litio, terapia neurolettica.

Inquadramento clinico iniziale:

→ Anamnesi fisiologica

“Nega patologie internistiche. Alvo e diuresi regolare. Riferisce di bere alcolici (circa mezzo litro a pasto) e di fumare cannabis da molti anni. Riferisce bronchiolite.”

→ Anamnesi patologica remota

“Riferisce numerosi ricoveri e di aver assunto Risperidone (anche depot), Seroquel, Tegretol, Clopixol per breve tempo.”

→ Anamnesi patologica recente

“Si apprende che il pz ha presentato nel tempo, in concomitanza di episodi maniacali, comportamenti clamorosi in territorio nazionale e non (Francia, Repubblica Ceca) con necessità di intervento FFOO (forze dell’ordine); anamnesi positiva per abuso di sostanze stupefacenti (cocaina, cannabinoidi); non riferite patologie organiche concomitanti; non riferiti eventi avversi farmaco-indotti.

Il paziente giunge in reparto per indisponibilità di posti letto presso l’SPDC di competenza territoriale, dal PS di Macerata in regime di TSO dopo aver eseguito ECG, esami ematochimici di routine per stato di agitazione psicomotoria, episodio maniacale in disturbo bipolare tipo 1. il paziente avrebbe litigato con i familiari nella giornata odierna. Riferisce problematiche economiche e burocratiche. Non assume farmaci.”

→ Anamnesi: Storia psichiatrica pregressa

“Già in carico presso il DSM DI Macerata con diagnosi di Disturbo Bipolare tipo I. Nel corso del tempo ha effettuato diversi ricoveri in ambiente psichiatrico sia in regime volontario che in regime di TSO.”

→ Esame obiettivo

“Pz lucido, vigile ed orientato nei tre parametri, emerge elevazione del tono dell’umore, alterazione della forma e del contenuto del pensiero con allentamento dei nessi associativi. Assente consapevolezza di malattia. Rivista eseguita.”

• Riepilogo registrazioni diario:

Giorno 29/2 ore 20.52: “Il pz si ricovera alle ore 20circa in regime di TSO dal PS di Macerata per episodio maniacale in disturbo bipolare tipo 1, dove ha eseguito ECG ed esami ematochimici di routine. Si imposta terapia.”

Giorno 1/3 ore 12.38: (Medico) “Giungo in SPDC su chiamata personale infermieristico per riferita escalation aggressiva con aggressività fisica verso cose (ha strappato una protezione termosifone e danneggiato porte e tavolini) e verbale verso persone; già

somministrata terapia al bisogno senza beneficio, al colloquio clinico manifesta agitazione psicomotoria con aggressività eterodiretta, si applica contenzione meccanica e terapia in estemporanea su prescrizione medica. Monitoraggio PV come da protocollo. Ripete ECG ed esegue tossicologico urinario.”

Ore 13.22: “Raccordo anamnestico DSM Macerata; si modifica terapia psicofarmacologica.”

Ore 13.27: P.V. (SpO2 97%)

- Monitoraggio PV: (da inizio contenzione dell'1/3 al 3/3)

Ore 12.38, h13.27, h16.18 (PA 140/85, FC 98, FR 20 atti minuto, T 36.4, SPO2 98%, peso 99kg), h18.16 (valutazione diuresi: attiva nel pannolone), h20.43, h23.13, Giorno 2/3 ore 1.23, h 3.01, h5.12, h6.27, h7.36, h10.23, h12.47, h16.17, h18.11, h19.59, h22.39, Giorno 3/3 h00.30, h2.30, h4.30, h6.10, h7.35, h10.23.

Ore 18.16: “Alle 15 forza la cinta di contenzione strappandola, rovescia il letto e manifesta agitazione ed aggressività contro il personale: si somministra 1 fl di Entumin AB con poco beneficio. All'arrivo del dottore e del vigilantes si riposizionano le cinte di contenzione. Si rilevano PV ogni 2 ore come da protocollo.”

Ore 21.05: “Si tranquillizza ed addormenta verso le ore 18.30. Alle ore 21, previo parere medico, si somministra Abilify 7.5 mg IM come da terapia medica, ma non si somministra 1 fl EN 2 MG IM che si rimanda al turno della notte se il paziente si agita. Diuresi valida nel pannolone. Impossibilitati a prelevare urine per ricerca di sostanze, valutare in nottata.”

Giorno 2/3 ore 4.47: “Ha riposato per buona parte della notte, alcuni risvegli notturni. Permane contenuto, applicata procedura contenzione.”

Ore 8.28: “Richiesti esami: Amfetamine/MDMA-Cannabinoidi, urine-cocaina, urine-metadone, urine-oppiacei, urine.”

Ore 10.30: “Il pz ha dormito per gran parte del turno, più tranquillo, permane contenzione. PV stabili e rilevati secondo protocollo. Diuresi attiva. Prelevato campione per ricerca sostanze.”

Ore 12.46: “Si è alimentato con l'aiuto di un operatore sanitario.”

Ore 19.59: “Erogata assistenza specialistica, paziente a tratti agitato, permane contenzione, rilevati PV come da protocollo, diuresi attiva, stimolato a idratarsi, vitto e terapia regolare.”

Giorno 3/3 ore 10.23: “Erogata assistenza specialistica, pz contenuto, viene eseguita igiene a letto. Aiutato nell’alimentarsi. Controllo PV come da protocollo, alterna momenti di apparente tranquillità ad altri di agitazione verbale. Terapia regolare.”

- Ore 13.06: “Pz tranquillo, collaborante, ha assunto la terapia orale. Si procede a rimozione contenzione ai 4 arti. Rimossa contenzione fisica alle ore 10.15, per ordine medico. È stato poi aiutato dagli operatori a farsi una doccia.”

Ore 19.49: “Pz apparentemente tranquillo e congruo. Vitto e terapia assunti regolarmente.”

Giorno 4/3 ore 6.14: “Ha riposato, solo rari risvegli per andare a fumare.”

Ore 10.21: “Paziente tranquillo, collaborante, accessibile al colloquio. Eseguita visita psichiatrica, pz in lieve miglioramento, assume correttamente la terapia, socializza con gli altri pz.”

Ore 16.37: “Eseguito accertamento di Gordon”

Giorno 5/3 ore 10.07: “Accede al colloquio con i medici. Nel pomeriggio verranno i familiari, tra cui la madre con la quale ha un rapporto difficile, che dovrà parlare con il dottore. Si presenta collaborante ed apparentemente sereno. Riferisce in modo congruo di essere molto sensibile e di reagire in modo spesso incontrollato a trigger esterni. Inoltre aggiunge di aver sospeso terapia depot con xepion perché si sentiva molto coartato (compressi). Aderente alle terapie farmacologiche, chiede cambio di terapia depot.”

Giorno 6/3 ore 10.17: “Eseguito prelievo ematochimico. Pz apparentemente tranquillo e collaborante. Riferisce ai medici di sentirsi meglio. Erogata assistenza specialistica. Comportamento corretto, affettività e progettualità congrua; contattato DSM AV3-Macerata: si programma trasferimento in data 9/3.”

Ore 20.45: “Erogata assistenza specialistica, ha ricevuto la visita della compagna, la compagna ha parlato con la Dottoressa.”

Giorno 7/3 ore 10.17: “Maggiormente adeguato sul piano ideo-affettivo e comportamentale. Aderisce alle cure ed ai programmi terapeutici proposti. Si procede a scioglimento TSO. Pz apparentemente tranquillo, accessibile al dialogo e collaborante. Vitto e terapia assunti regolarmente.”

Giorno 8/3 ore 12.44: “Eseguita doccia”

Ore 16.50: “Pz presenta e riferisce agitazione, somministrata tp al bisogno con beneficio.”

Giorno 9/3 ore 10.23: “Eseguita assistenza specialistica. Il pz verrà trasferito all’SPDC di Macerata.”

Ore 11.39: (medico) “Come da accordi intercorsi con i colleghi dell’SPDC di Macerata, il pz viene trasferito nel pomeriggio odierno presso il proprio Servizio di competenza territoriale.”

Ore 14.28: “Il pz viene dimesso in data odierna. Alle ore 14.20 viene trasferito.”

Giovedì 4/3

Accertamento assistenziale (di Gordon)

1. Modello di percezione e gestione della salute: consumo di alcool, consumo di vino (4 bicchieri), consumo di fumo (20 sigarette al giorno), e consumo di altre sostanze quali cannabis.
2. Modello nutrizione e metabolismo: dieta normale, appetito invariato negli ultimi 6 mesi, assenza di ulcere da pressione
3. Modello di eliminazione
4. Modello di attività e di esercizio fisico: deambula, cura di sé non assistita.
5. Modello di riposo e di sonno: risveglio precoce, usa farmaci per favorire il sonno
6. Modello cognitivo e percettivo: vigile, orientato, risponde, udito normale
7. Modello di percezione di sé e di concetto di sé
8. Modello di coping e di tolleranza allo stress
9. Modello di sessualità e riproduzione

10. Modello di ruolo e relazioni: vive da solo

11. Modello di valori e di convinzioni

→ Scale di valutazione:

1. BARTHEL INDEX

Valutata l'1/3 ore 13.10, punteggio 10

2. Scala del dolore NRS

Valutata l'1/3, assente dolore

3. Scala MOAS

Valutata l'1/3, Totale 7

- Aggressione verbale: 4-Minaccia impulsivamente violenza verso altri o se stesso ripetutamente o deliberatamente
- Aggressione contro proprietà/oggetti: 2-rompe oggetti, distrugge finestre, butta oggetti a terra, calci ai mobili/arredamento, deturpa muri
- Autoaggressione: 0- no autoaggressioni
- Aggressione fisica: 1- compie gesti minacciosi, agita (spinge) le persone, afferra i vestiti

4. Scala PANSS

Valutata il 29/2, Totale 78

Valutata il 9/3, Totale 54

5. Scala CGI

In data 9/3

1. Gravità della malattia: 4-moderatamente ammalato
2. Miglioramento globale: 1-molto migliorate
3. Indice di efficacia: 6-sensibile miglioramento, remissione parziale dei sintomi

➤ Lettera di dimissione

Decorso clinico: “Miglioramento del quadro psicopatologico. Appare più adeguato e congruo sul piano ideo-affettivo e comportamentale. Ha accettato le cure ed i trattamenti terapeutici proposti. Necessitando di ulteriore periodo di stabilizzazione del quadro psicopatologico.”

- Programma post dimissione: “Il pz come da accordi intercorsi, viene trasferito all’SPDC di Macerata per competenza territoriale.”

#### Scheda dell’attività di contenimento

- Cognome C.
- Nome M.
- Data di nascita: 23.10.74
- Data e ora inizio contenzione: 1/3/2020 h 12.10
- medico che autorizza -
- Operatori presenti all’inizio: 4 infermieri
- Data e ora fine contenzione: 3/3/2020 h 10.15
- Medico che autorizza -
- Operatori presenti alla fine: 3 infermieri
- Motivazioni:
  - Agitazione psicomotoria X
  - Aggressività etero agita X
  - Aggressività auto agita
  - Rifiuto delle cure
  - Rischio di lesioni accidentali X
- Descrizione dell’evento (vedi diario clinico)
- Alternative praticate:
  - Terapia sedativa X
  - Colloquio clinico
  - Assistenza individuale
- Descrizione dell’esito negativo delle misure adoperate (vedi diario clinico)
- Modalità di contenzione:
  - Due arti
  - Quattro arti X

- Con banda trasversale
- Blocco capo

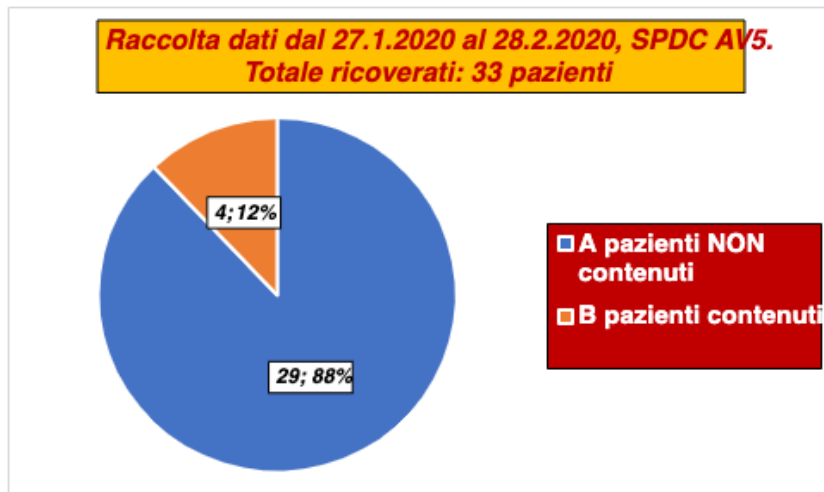


Fig. 1: Presentazione raccolta dati

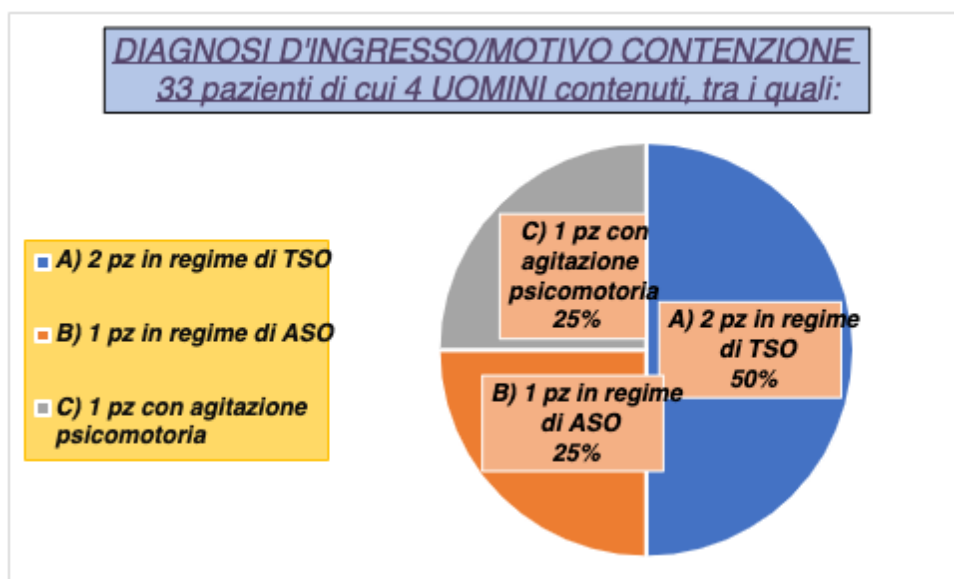


Fig. 2: Motivo della contenzione



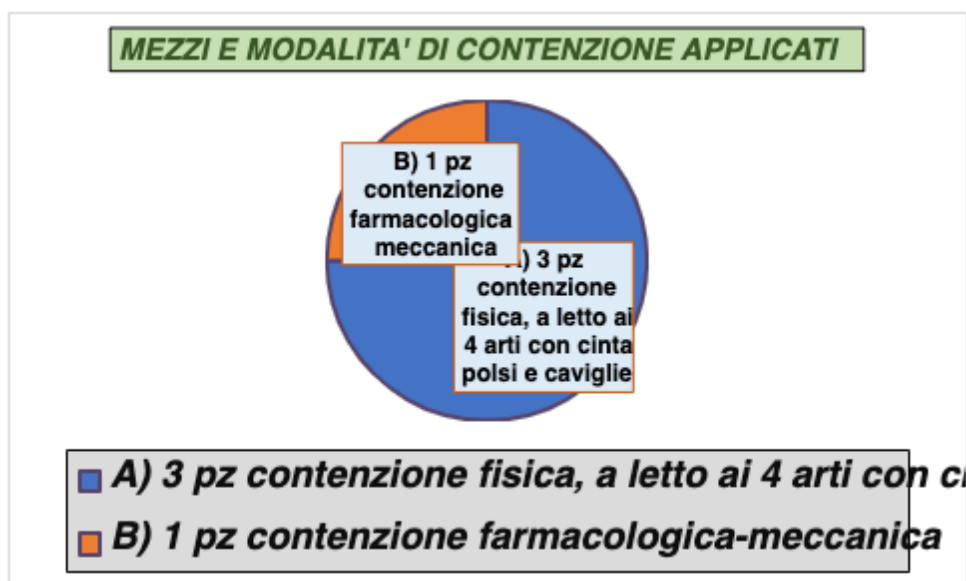


Fig. 3: Modalità e Mezzi di contenzione applicati

## 4.5 Discussione

La decisione di attuare la contenzione fisica si prefigura come una scelta difficile poiché rappresenta il risultato della presa in considerazione di una serie di variabili di natura clinica, etica e giuridica.

Nel periodo di studio, dal 27/1/2020 al 28/2/2020, sono state visionate 33 cartelle cliniche dei pazienti ricoverati nel reparto di SPDC dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto (AV5). È emerso che tra questi soggetti, soltanto 4 sono stati sottoposti a mezzo di contenzione, al contrario del restante 88% dei pazienti non contenuti. (Figura 1)

Nella seconda fase di raccolta dati, a seconda dei criteri di studio precedentemente chiariti, risulta lecito specificare che dei 4 degenti contenuti, non è presente nessuna donna, sono uomini di età compresa tra i 45 e 53 anni. In base all'età, è ricavabile l'età media percepita corrispondente a 48,2 anni.

Tra le motivazioni del ricorso alla contenzione reperite dall'analisi della documentazione clinica, si è registrato nel 50% dei casi che 2 dei 4 soggetti entrano in

regime di TSO, 1 paziente in regime di ASO (25%) e all'ultimo assistito si riconduce una notevole agitazione psicomotoria (25%). (Figura 2)

A seconda delle modalità e mezzi di contenzione applicati ai soggetti coerciti, tutti sono stati contenuti ai 4 arti, a letto, con cinta a polsi e caviglie. A 3 è stata applicata la contenzione fisica, mentre all'ultimo paziente, è risultata necessaria l'applicazione della modalità farmacologica-meccanica. (Figura 3)

Ciò che è emerso ed ha equiparato i 4 pazienti del suddetto studio, riguarda sia l'assenza di complicanze a seguito dell'utilizzo di mezzi contenitivi sia un corretto monitoraggio dei parametri vitali come da protocollo.

Si è inoltre tentato di definire come questo tipo di problematica possa essere gestita dall'infermiere e quali fossero gli interventi ad essa relativi. Al fine di ridurre le restrizioni fisiche nei pazienti psichiatrici, è stato necessario prima di tutto mettere in luce il conflitto vissuto dagli infermieri rispetto all'attuazione della contenzione fisica, tematica ampiamente dibattuta a livello mondiale, soprattutto quando viene impiegata come intervento ordinario e il conseguente rischio del fenomeno, il quale troppo spesso sfocia nella costrizione del soggetto, violando così i diritti fondamentali della persona.

## **4.6 Conclusioni**

Dai risultati di questo studio osservazionale retrospettivo emerge che il ricorso alla contenzione è supportato da una o più motivazioni che comprendono: la sicurezza del paziente, la protezione di altri pazienti e degli operatori stessi. Effettivamente, dalla raccolta dati svolta, risulta che i 4 pazienti sono stati sottoposti, a letto, a contenzione fisica ai 4 arti, poiché all'ingresso versavano in uno stato di elevata agitazione psicomotoria.

Ricorrere a mezzi di contenzione perché le alternative non sono disponibili o applicabili, non è una scelta etica, soprattutto se non è stato compiuto alcuno sforzo al fine di prevederne e favorirne l'implementazione.

Il rispetto della dignità, dell'autodeterminazione, dell'autonomia e la promozione del benessere non solo fisico ma anche psicologico, sociale e morale, rappresentano i valori fondamentali da considerare nel processo decisionale.

Le prevedibili e note conseguenze della contenzione fisica sono in evidente contrasto non solo con il dovere di tutelare il rispetto e la libertà della persona ma anche con la responsabilità di promuovere e garantirne la qualità della vita.

Seppur limitato il campionamento di questo Case-report, è importante sottolineare che i mezzi di contenzione necessariamente adottati, non hanno in alcun modo compromesso l'integrità fisica degli assistiti.

I risultati dell'indagine presa in esame, possono essere utili alla comunità professionale come punto di partenza per riflettere sulla pratica clinica e sui programmi di prevenzione della contenzione fisica.

Risulta necessario considerare l'ipotesi di eseguire uno studio con un campionamento superiore di pazienti sottoposti in regime di TSO/ASO, al fine di rilevarne i mezzi contenitivi maggiormente applicati e le potenziali complicanze a medio e lungo termine.

## 5 CAPITOLO: CONFRONTO TRA DUE REALTA'

### 5.1 Dati epidemiologici AV5 vs ASL CN 1

Il quesito da porsi si risolve in una riflessione:

Perché mettere a confronto una realtà come l'Area Vasta n°5 con l'ASL di Cuneo 1?

I criteri adottati in questo confronto di realtà ospedaliere, sono i seguenti:

- Densità della popolazione
- N° abitanti
- N° posti letto nelle SPDC e quante SPDC sono presenti sul territorio
- Diagnosi d'ingresso principali
- Frequenza della contenzione fisica

	AV5	ASL CN 1
◇ Densità della popolazione	168,0 abitanti/km <sup>2</sup>	58 abitanti/km <sup>2</sup>
◇ N° abitanti	210.000 abitanti (dati Istat 2019)	88.000 abitanti (dati Istat 2019)
◇ N° posti letto in SPDC – quante SPDC	16 posti letto (Ospedale “Madonna del Soccorso” San Benedetto); 1 SPDC	16 posti letto, ridotti a 10 (8+2 letti covid in reparto con camera di isolamento) causa pandemia Sars-Cov2; 3 SPDC
◇ Diagnosi d'ingresso principali	1.Tipo paranoide 2.Tipo schizo affettivo 3.Intossicazione	1.Tipo schizo affettivo 2.Depressione grave

	acuta da alcool 4. Depressione maggiore 5. Sindrome affettiva bipolare 6. Psicosi affettiva	3. Psicosi affettiva
◇ Frequenza della contenzione fisica	12%-46 contenuti (aggiornato al 2017)	25 contenuti, una ogni 2 settimane; (aggiornato al 2020)

Fig. 1 : Confronto dati AV5 vs ASL CN 1

Nella regione Piemonte, il territorio della Provincia di Cuneo è composto per il 50,8% da montagna (circa la metà bassa montagna). I comuni più importanti, ovvero le città con più di 15.000 abitanti della Provincia di Cuneo, sono sette, denominate appunto le "sette sorelle". E sono, per numero di abitanti: Cuneo, Alba, Bra, Fossano, Mondovì, Savigliano, Saluzzo.

Il territorio provinciale di Cuneo, è diviso in 2 ASL (Aziende Sanitarie Locali), ognuna delle quali ha una sede principale e una serie di distretti socio-sanitari diffusi in modo da facilitare l'accesso dei cittadini:

- ASL CUNEO 1: divisa in 6 Distretti
- Cuneo
- Borgo San Dalmazzo – Dronero
- Mondovì
- Ceva
- Savigliano-Fossano
- Saluzzo

- ASL CUNEO 2: divisa in 2 Distretti
- Alba
- Bra

L'Azienda Sanitaria Locale CN2 si estende su un territorio di 1122,1 Kmq e comprende 76 comuni per un totale di 171.263 residenti (al 31/12/2016); il 35% della popolazione risiede in comuni medio-piccoli (La densità della popolazione residente nell'ASL CN2 nell'anno 2016 è di 152,6 abitanti per chilometro quadrato (nel 2007 era di 148,9). Nel territorio dell'ASL CN2, dopo anni di progressivo aumento del numero degli abitanti, nell'ultimo triennio si evidenzia una lieve riduzione della popolazione residente.

La popolazione è caratterizzata, come nel resto del territorio italiano, da un progressivo invecchiamento della popolazione: gli ultra sessantacinquenni rappresentano il 23,4% dei residenti nell'ambito territoriale dell'ASL CN2 e gli ultra settantacinquenni il 12,6%.

Diversamente, le aziende del servizio sanitario della regione Marche sono:

- ASUR Marche, con sede in Ancona, articolata in 5 aree vaste e in distretti (ogni area vasta coincide con il territorio dei Comuni di ognuna delle 5 province marchigiane).
- Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – G. M. Lancisi – G. Salesi con sede in Ancona
- Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti Marche nord con sede in Pesaro
- INRCA di Ancona

Le aree vaste territoriali provvedono alla definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla programmazione aziendale ed al loro perseguimento attraverso i piani di area vasta, alla gestione delle risorse umane e strumentali, all'integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, al coordinamento dei servizi sanitari di area vasta relativi ai differenti livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione), alla rilevazione orientamento e valutazione delle domanda socio-sanitaria.

Come sopra riportato, l'Asur Marche si compone di 5 aree vaste, l'AV5 è l'oggetto di questa comparazione.

La provincia di Ascoli Piceno con annessi gli ospedali di Ascoli e San Benedetto, è un ente locale territoriale delle Marche che conta 210 000 abitanti, con una densità della popolazione di 168,0 abitanti/km<sup>2</sup>. (dati Istat 2019)

Al contrario, l'ASL Cuneo 1 ha un numero di abitanti pari a 88 000 unità, con una densità abitativa pari a 58 000 abitanti/km<sup>2</sup>. (dati Istat 2019)

Ciò che emerge ed accomuna queste due realtà territoriali, seppur differenti per estensione territoriale, numero abitanti e densità abitativa per km<sup>2</sup>, è il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

L'ASL di Cuneo 1, nonostante si componga di 3 SPDC (una gestita dall'Azienda Ospedaliera situata a Mondovì, mentre le altre 2 dal DSM dell'ASL) detiene lo stesso numero di posti letto dell'SPDC dell'AV5 (pari a 16).

Un altro criterio di comparazione, è dato dalle diagnosi d'ingresso principali, quali: depressione grave, disturbo di tipo schizo affettivo e psicosi affettiva.

La percentuale dei pazienti contenuti in rapporto al totale dei ricoveri ordinari, pari a 392 soggetti, risulta essere del 12% (N°46) nell'SPDC dell'AV5 (dati aggiornati al 2017), mentre i dati aggiornati al 2020 dell'ASL di Cuneo 1 riportano una non routinaria adozione di pratiche contenitive (25 pazienti contenuti presso l'SPDC di Mondovì, con una media di una contenzione ogni due settimane).

Un limite rilevato giungendo alle conclusioni di questa sovrapposizione, è stata la carenza di dati inerenti ai numeri di pazienti sottoposti a contenzione in due delle tre SPDC dell'ASL Cuneo 1.

## **5.2 Protocollo operativo specifico interaziendale (AV5)**

La presente procedura sulla contenzione fisica si riconduce all'ASUR Marche, DSM AV5 AP.

- Scopo

Definire le modalità ed i tempi di attuazione della contenzione fisica nel SPDC e formalizzarne le prassi di attestazione documentale. Regolamentare l'intervento

contenitivo allo stesso criterio di un intervento terapeutico, incrementare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative.

- Obiettivi
  - Evitare il ricorso incongruo alla contenzione fisica, estremo provvedimento d'urgenza, scevro da finalità punitive, cui ricorrere esclusivamente quando ulteriori provvedimenti meno restrittivi risultino inapplicabili, inefficaci o insufficienti allo scopo.
  - Individuare l'equilibrio più prossimo tra la tutela della libertà e della dignità del paziente e la necessità di salvaguardare la sua e l'altrui incolumità, ricercando un atteggiamento di massimo rispetto nei confronti del paziente contenuto.
  - Prevenire la comparsa di complicanze
  - Formalizzare gli aspetti di responsabilità, di azione, di tempistica dell'assistenza medico-infermieristica, di attestazione e registrazione dei casi di contenzione fisica; di comunicazione a livelli sanitari di verifica (Direzione Sanitaria, Direzione di Dipartimento, Gestione Rischio Clinico), di revisione periodica dei casi sottoposti a contenzione fisica e di programmazione ed attuazione di verifica e approfondimento clinico per quelli di durata superiore alle 48 ore.

- Campo di applicazione

La presente procedura verrà applicata all'interno dell'SPDC, sui soggetti ivi ricoverati, in regime di volontarietà o di obbligatorietà che mettano in essere comportamenti auto o etero lesivi non altrimenti contenibili con tecniche di de-escalation e/o farmacologiche.

La contenzione fisica cui si fa riferimento nella presente procedura è rappresentata dall'immobilizzazione a letto mediante una serie di fasce, chiudibili con magneti o bottone a molla, appositamente predisposte e fornite da ditte specializzate.

- Matrice delle Responsabilità/Attività: Gli infermieri sono responsabili dell'attuazione della contenzione, dell'attestazione nel diario infermieristico, del monitoraggio del paziente ed altre misure assistenziali e della conservazione e manutenzione del materiale per la contenzione. Risultano invece collaboratori nei seguenti casi: prescrizione della contenzione, valutazione della necessità di



contenzione, conservazione del registro, prescrizione del termine della contenzione e segnalazione dei casi di contenzione > 48 h al Direttore di U.O.

- Descrizione delle attività

1. Informazione al paziente circa le modalità di contenzione in reparto: spetta al medico referente il compito di informare il paziente

A) circa la possibilità di essere contenuto fisicamente in caso di comportamenti auto o etero-lesivi, qualora da parte sua non vi sia una collaborazione con gli operatori sanitari

B) sulle modalità di contenzione. Il medico valuterà caso per caso, l'opportunità, le modalità e la tempistica di tale comunicazione

2. Valutazione della necessità di contenzione: è compito di tutti gli operatori sanitari presenti in servizio, valutare, con l'osservazione del paziente durante il ricovero, se emergano condizioni di grave disorganizzazione comportamentale e grave compromissione della capacità di relazione tali da poter determinare comportamenti auto o etero-lesivi e di agire tempestivamente, nelle more dell'urgenza in atto. Se tale riscontro avviene da parte di personale non medico, questi deve riferire quanto osservato al medico presente in servizio.
3. Prescrizione della contenzione: il medico referente del reparto deve valutare l'opportunità e l'effettiva necessità di ricorrere alla contenzione fisica ed effettuare la relativa prescrizione. Al momento di porre in atto un contenimento fisico, anche in assenza di un valido consenso/dissenso, il medico potrà ugualmente prescrivere le misure contenitive in virtù dello stato di necessità, ove ne ricorrano i requisiti, e della posizione di garanzia nei confronti del proprio paziente. Contestualmente alla contenzione, il medico prescriverà un'adeguata terapia per la profilassi della tromboembolia periferica e darà indicazioni in tal senso. Ad ogni cambio di turno medico di presenza diurna attiva in SPDC o in Pronta Disponibilità, lo psichiatra in turno dovrà essere compiutamente informato della necessità di prosecuzione o dell'interruzione della contenzione.
4. Attuazione della contenzione: l'adeguata applicazione dei mezzi di contenzione fisica spetta al personale infermieristico; il coordinatore infermieristico, se presente in servizio, è corresponsabile in questa fase del processo.

4.1. Personale coinvolto: tutti gli infermieri in servizio coadiuvati dal medico reperibile (minimo tre persone, idealmente 5: quattro che immobilizzano il paziente ed uno che interloquisce con esso) ciò per garantire una incolumità del paziente e degli operatori stessi. Se possibile aspettare il cambio turno. In caso di necessità, se si presentasse particolarmente difficoltosa la contenzione, potrà essere contattato anche l'infermiere del territorio. Inoltre in situazioni di grave pericolo per l'incolumità del paziente e degli operatori, valutate dall'intera equipe, si rende necessario l'intervento del Servizio di sicurezza (Vigilanza) o delle forze dell'ordine.

4.2 Complicanze legate all'uso dei mezzi di contenzione fisica: i potenziali danni collegati ad un utilizzo scorretto e/o prolungato della contenzione si dividono in tre categorie:

- ◇ Traumi meccanici: strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica, lesione dei tessuti molli esterni
- ◇ Malattie funzionali ed organiche: incontinenza, lesioni da decubito, infezioni, diminuzione della massa, del tono e della forza muscolare, aumento dell'osteoporosi
- ◇ Sindromi della sfera psico-sociale: stress, umiliazione, paura e sconforto, depressione

Tali complicanze vengono controllate e ridotte attraverso il corretto utilizzo della procedura.

5. Attestazione nel registro: ogni atto di contenzione deve essere attestato dal personale sanitario in un apposito registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria di Presidio. Per ogni atto di contenzione andranno in esso indicati:

- Nome e cognome della persona sottoposti a contenzione
- Motivazione per il quale viene determinata la contenzione
- Medico che prescrive
- Data/ora d'inizio della contenzione
- Medico che sospende
- Data/ora di cessazione della contenzione

6. Conservazione del registro: la conservazione del registro è responsabilità del coordinatore infermieristico che provvederà a custodirlo in una sede idonea alla tutela della privacy del paziente ma al tempo stesso accessibile agli operatori sanitari quando il coordinatore infermieristico non è in servizio
7. Attestazione nel diario clinico: il medico referente del reparto dovrà riportare nel diario clinico gli estremi delle visite effettuate ed ogni prescrizione.
8. Attestazione nel diario infermieristico: ogni infermiere che interviene nell'attuazione della contenzione fisica e/o nel monitoraggio e sorveglianza del paziente o in qualunque altra misura assistenziale che si renda necessaria durante il periodo di contenzione deve attestare nel diario infermieristico la propria attività, precisandone tempi e caratteristiche ed ogni altra annotazione ritenuta utile.
9. Monitoraggio del paziente e altre misure assistenziali: è responsabile di tali attività l'infermiere in turno in SPDC, in cui il paziente è ricoverato. In particolare, l'infermiere responsabile dovrà:
  - Predisporre l'ambiente in modo confortevole con luci soffuse, eliminazione del rumore di sottofondo, eliminazione degli oggetti potenzialmente dannosi
  - Controllare con visione diretta il paziente ogni 30 minuti per tutta la durata della contenzione
  - Segnalare al medico se si ravvisino gli estremi per la cessazione delle misure contenitive
  - Verificare i principali parametri vitali almeno ogni 2 ore (e comunque ogni qualvolta lo si ritenga necessario). Qualora durante tali periodi di osservazione si riscontrino:

A) significative variazioni di PA, FC, FR, TC, diuresi e stato di idratazione

B) comparsa di segni direttamente o indirettamente riconducibili a complicanze secondarie alla contenzione fisica (es. lesività cutanea in corrispondenza dei dispositivi di contenzione, edemi o arrossamenti degli arti...)

C) comparsa delle alterazioni dello stato di coscienza

L'infermiere deve farne immediatamente segnalazione al medico referente del reparto.

- Effettuare il prelievo ematico mattutino (e/o ogni qualvolta venga prescritto dal medico) per la valutazione dei parametri ematochimici.
- Espletare ogni altra misura assistenziale ed in particolare:
  1. Effettuare la mobilizzazione degli arti nei tempi e modalità prescritti dal medico referente ed attestare nel registro
  2. Effettuare direttamente o verificare l'esecuzione (qualora tale pratica sia demandata a personale non sanitario) delle cure igieniche
  3. Favorire l'espletamento dignitoso dei bisogni fisiologici e garantire la regolare somministrazione di alimenti e liquidi, stimolando frequentemente il paziente a bere e monitorando le escrezioni (es. verifica della diuresi).

10. Verifica clinica del paziente: il medico referente del servizio deve

- ✓ Effettuare esame obiettivo sul paziente ogni 2 ore durante il turno del mattino e del pomeriggio. Dovrà altresì visitare il paziente in caso di segnalazioni da parte del personale infermieristico circa alterazioni significative dei PV e/o segni direttamente o indirettamente riconducibili a complicanze secondarie alla contenzione fisica ovvero di alterazioni dello stato di coscienza.
- ✓ Attestare in cartella l'obiettività rilevata e l'orario di effettuazione della visita.
- ✓ Valutare in base alle risultanze della visita (e degli eventuali referti ematochimici e strumentali nonché delle consulenze specialistiche) le misure terapeutiche, profilattiche ed assistenziali necessarie e la sussistenza delle condizioni che rendono necessaria la prosecuzione della contenzione ovvero l'opportunità di sospendere le misure contenitive.
- ✓ Sarà responsabilità del medico di turno riportare quanto sopra in cartella.

11. Prescrizione dei provvedimenti terapeutici, profilattici ed assistenziali, delle indagini ematochimiche e strumentali e delle consulenze specialistiche

12. Verifica dei referti ematochimici e strumentali: la verifica dei referti richiesti spetta al medico

13. Prescrizione del termine della contenzione: quando il medico, sulla base della verifica clinica ovvero su segnalazione del personale sanitario, ravvisi che non sussistano più le condizioni che hanno reso necessario il ricorso alla contenzione

fisica, deve prescriberne la cessazione, riportando in cartella clinica e nell'apposito registro l'orario in cui il provvedimento ha avuto termine. Nel momento in cui viene rimossa la contenzione devono essere presenti almeno tre operatori per gestire eventuali riacutizzazioni dello stato psicologico e comportamentale che ha indicato la prescrizione della contenzione fisica.

14. Conservazione e manutenzione del materiale per la contenzione: è compito del personale infermieristico, con corresponsabilità del coordinatore infermieristico, qualora presente in servizio, provvedere alla corretta conservazione e manutenzione del materiale utilizzato per la contenzione fisica quando questa ha termine.
15. Segnalazione dei casi di contenzione fisica protrattisi oltre le 48 ore al direttore di U.O. di SPDC: il coordinatore infermieristico (o, in caso di sua assenza dal servizio, l'infermiere in turno in SPDC allo scadere delle 48 ore) ha il compito di darne immediata notizia al Direttore di U.O.C. SPDC (o di chi ne fa le veci in sua assenza). La comunicazione potrà essere effettuata con modalità verbale, di persona o telefonicamente, per garantire tempi brevi e certi, ed andrà contestualmente attestata nel diario infermieristico.
16. Segnalazione dei casi di contenzione fisica protrattisi oltre le 48 ore dalla Direzione Sanitaria di Presidio ed alla Gestione Del Rischio Clinico: il Direttore di U.O.C SPDC ha il compito di dare immediata comunicazione nei casi di contenzione protrattisi oltre le 48 ore alla Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ed alla Gestione del Rischio Clinico. Le comunicazioni possono essere effettuate telefonicamente, per garantire tempi brevi e certi, ed andranno contestualmente confermate via e-mail. Nel caso in cui il superamento del periodo di contenzione oltre le 48 ore cada dopo l'orario di chiusura dei Servizi interessati, la comunicazione potrà essere effettuata da subito per iscritto (e-mail, e/o fax) e qualora fosse impossibilitato un riscontro telefonico immediato questo potrà essere effettuato entro e non oltre le ore 09.00 del giorno successivo
17. Attivazione della "verifica clinica": il Direttore di U.O.C SPDC provvederà altresì, in caso di contenzione fisica, protrattasi oltre le 48 ore, a contattare la Direzione del Dipartimento Salute Mentale, l'U.O. Gestione del Rischio e il Referente Territoriale del caso clinico, allo scopo di attivare il gruppo di operatori sanitari che prenderanno parte alla "Verifica Clinica" finalizzata all'analisi del caso e di tutte le eventuali opzioni alternative. Alla Verifica

Clinica potrà prendere parte anche il personale dell'SPDC (almeno un medico ed un infermiere) che il Direttore U.O.C SPDC provvederà a convocare personalmente. Al termine della verifica verrà stilato un breve report da accludere in cartella clinica.

18. Attivazione del riesame semestrale: a cadenza semestrale devono essere riesaminati da parte del gruppo di lavoro che ha redatto la presente procedura, tutti i casi di contenzione fisica occorsi in SPDC nel periodo trascorso. L'attivazione del riesame nei tempi opportuni avverrà da parte del Direttore dell'U.O. SPDC, che provvederà a contattare in tempo utile tutti i membri del gruppo di lavoro con l'obiettivo di concordare una riunione finalizzata a tale scopo.

→ Lista di distribuzione

La presente procedura verrà distribuita a:

- Personale medico ed infermieristico del SPDC
- Personale medico ed infermieristico del DSM
- Direttore del DSM
- Direzione Sanitaria di Presidio
- Dirigente Medico referente per la Gestione del Rischio Clinico

Si incaricherà della distribuzione il PO infermieristico del SPDC.

All'atto della consegna della procedura il ricevente firmerà per ricevuta impegnandosi con ciò alla conoscenza ed alla scrupolosa osservazione delle indicazioni in essa contenuta.

L'SPDC presa in questione nell'AV5, si occupa della gestione della fase acuta della patologia psichiatrica dove vi vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari (TSV) ed obbligatori (TSO). Lavora in collaborazione con i Centri di Salute Mentale (CSM), attraverso il trattamento riabilitativo.

### **5.3 Strategie di minimizzazione delle contenzioni (ASL CN 1)**

Nella procedura specifica interaziendale con oggetto le misure contenitive in ambito psichiatrico, applicata nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell'ASL Cuneo 1 (Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo), è ritagliato un paragrafo inerente le possibili strategie di riduzione delle contenzioni.

Il gruppo di lavoro della suddetta procedura, è composto dalle strutture dell'ASL CN1-SPDC Mondovì, dell'ASL CN1-SPDC Savigliano e dell'A.O. Santa Croce e Carle. I componenti del gruppo sono stati identificati e autorizzati dal Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza.

Il tema della contenzione in ambito psichiatrico si pone in un discorso ampio, di grande attualità e di enorme importanza: quello della sicurezza in psichiatria.

Per la riduzione degli eventi dannosi sono stati individuati alcuni aspetti:

- La formazione del personale
- Le procedure di monitoraggio e audit
- L'utilizzo di linee guida e protocolli

→ La formazione del personale

È un elemento di grande importanza e si può basare su due principali percorsi:

1. La prevenzione e la precoce identificazione delle situazioni a rischio che consente una rapida definizione delle priorità terapeutiche e assistenziali. La valutazione del paziente all'ingresso in reparto, fatta correttamente permette di identificare le situazioni a rischio, da fare azione preventiva e di facilitare la trasmissione delle informazioni a tutto il personale di assistenza.
2. Le tecniche di gestione dei comportamenti aggressivi si realizzano attraverso:
  - ✓ Interventi comportamentali: comprendono tutte quelle tecniche che permettono all'operatore che opera in ambito psichiatrico di gestire il rapporto col paziente aggressivo/violento in termini di maggior efficacia e sicurezza, allo scopo di ridurre la tensione e di recuperare la relazione con il paziente. Assumono fondamentale importanza le modalità con cui viene svolto il colloquio che possono anche essere determinanti nell'evoluzione della crisi e che richiedono

specifiche tecniche di ascolto, osservazione ed interpretazione delle modalità comunicative, verbali e non verbali della persona, ma anche la capacità di guidare il colloquio verso soluzioni interlocutorie, che esplorando i suoi bisogni e le sue ragioni, possono condurla a trovare soluzioni più adeguate e vantaggiose. Le tecniche di de-escalation, che si basano su procedure comportamentali, hanno lo scopo di gestire la situazione in termini di sicurezza e di trasmettere al paziente il convincimento che l'operatore ha la situazione sotto controllo e che si adopera con decisione per impedirgli di arrecare danni a sé stesso o ad altri;

- ✓ Specifici corsi con tecniche di autodifesa e gestione fisica dell'aggressività.

Sono pertanto da prevedere nei piani formativi annuali incontri con tutto il personale volti ad approfondire queste tematiche, a stimolare l'interscambio di opinioni ed emozioni. Per il personale neo-assunto od i nuovi inserimenti è opportuna una formazione ad hoc su queste specifiche tematiche.

→ Procedure di monitoraggio e audit

Consistono nell'individuare le fonti potenziali di pericolo con il monitoraggio sistematico degli eventi, il numero di lavoratori esposti, l'analisi dei motivi e delle cause, la descrizione degli interventi effettuati e le problematiche insorte in merito ad infortuni, incidenti, problemi strutturati, organizzativi e gestionali.

Si tratta di strumenti che, se ben utilizzati, forniscono dati sul buon andamento della struttura organizzativa e consentono di individuare quali siano le situazioni potenzialmente pericolose specifiche di un ambiente psichiatrico e quindi di verificare l'adeguatezza delle precauzioni già esistenti definendo priorità per interventi futuri e programmazione degli stessi.

Relativamente alle contenzioni, trattandosi di eventi sentinella, queste devono essere costantemente monitorate in quanto indicatori di performance. Per valutare correttamente il funzionamento di un servizio relativamente alle sue procedure, queste devono essere osservate longitudinalmente nel tempo, ma anche messe a confronto con le procedure adottate da servizi equivalenti.

Gli indicatori che andranno considerati sono:



- Presenza in cartella della scheda medico-infermieristica e della scheda di monitoraggio
- Numero assoluto contenzioni/anno per le giornate di degenza
- Diagnosi dei pazienti dove risultino plurime contenzioni

Il monitoraggio si effettua con l'adozione delle schede di monitoraggio che dovrebbe consentire, se adeguatamente impostato, di comprendere le motivazioni che hanno portato alla contenzione e di determinare gli elementi che avrebbero permesso di gestire più efficacemente la crisi.

Si dovranno svolgere riunioni periodiche per attuare le procedure di revisione e riflessione da parte del personale del reparto su quanto avvenuto, su cosa ha prodotto l'evento, su come si poteva evitare.

Vanno esplorati i fattori scatenanti e il loro ruolo nel produrre l'incidente, compresa la componente legata all'ambiente di reparto e alle regole esistenti.

## 6 CAPITOLO: CONCLUSIONI

Negli studi presi in considerazione per la revisione della letteratura, emerge che vi è una tendenza dell'infermiere a modificare i propri processi assistenziali a seconda delle consuetudini che sono presenti nei reparti oltre alla volontà degli stessi di mettere in atto tutte le possibili strategie alternative al fine di non rendere la contenzione un intervento ordinario (41).

Questo, associato alla cronica mancanza di tempo per fornire un'assistenza olistica e personalizzata, implica la necessità di una revisione dei modelli assistenziali e un'adozione di processi di cura incentrati sul paziente.

Le principali motivazioni all'applicazione della contenzione, da ciò che emerge dalla Health Care Financing Administration, sono la prevenzione delle cadute, la gestione dell'agitazione e la protezione dei presidi medicali. Il ricorso alla contenzione fisica non è esente da conseguenze: molti studi hanno evidenziato complicanze fisiche, e ripercussioni psicologiche, oltre a sentimenti di delusione ed imbarazzo, spesso condivisi anche dalla famiglia (24-26-27).

Tra le conseguenze sopracitate, il danno psico-fisico causato dalla pratica della contenzione, risulta emergere in svariati studi. In diversi di questi, le persone affette da disturbi mentali, in particolar modo in fase di acuzie, possono presentare un elevato rischio suicidario (25).

È un fenomeno quello della contenzione, spesso utilizzato in maniera troppo disinvolta, troppo spesso e troppo a lungo, che riguarda per lo più fasce deboli, quali anziani e psichiatrici. Se anche la contenzione fisica rappresenta il mezzo più "facile" per l'assistenza del paziente psichiatrico e anziano, il largo utilizzo della contenzione non può essere una risposta ai loro bisogni.

La contenzione, applicata come ultima decisione di limitare l'autonomia di una persona, ha lo scopo di evitare aggressioni nei confronti di sé e degli altri. Anche quando la contenzione è ritenuta inevitabile, va applicata interrogandosi criticamente sulla effettiva necessità, sulle possibili alternative, sulla durata e sul mezzo contenitivo più idoneo, facendo sempre riferimento agli strumenti operativi e normativi. Va garantito il massimo rispetto dell'individuo come persona, preservandone dignità e libertà, secondo un agire etico e nel rispetto della deontologia e della normativa.

Per convalidare se la contenzione fisica possa essere un metodo efficace in atto nei reparti di SPDC o al contrario debba essere limitata fino alla sua abolizione, ciò che è emerso in uno studio caso-controllo riguarda la maggiore probabilità dei pazienti contenuti di essere indirizzati involontariamente verso disturbi da abuso di sostanze, schizofrenia e disturbo bipolare (34).

Secondo uno studio-pilota (31), il 62% del campione preso in esame afferma che non viene segnalata la durata della contenzione fisica (il 28% afferma il contrario ed il 10% non risponde). Al contrario, nella raccolta dati effettuata revisionando le cartelle cliniche dei pazienti coerciti in un cospicuo arco temporale, il criterio della durata della contenzione è stato ampiamente riportato e discusso tra gli operatori l'equipe multidisciplinare.

Altro dato che emerge dal Case Report nei pazienti oggetto di studio, riguarda l'assenza di complicanze rilevate a seguito dell'atto coercitivo.

Da rammentare che la contenzione rappresenta una violazione dei diritti fondamentali della persona, quali privazione della dignità e autonomia, per cui sempre molta attenzione quando si decide di procedere con una disposizione di contenzione.

In Italia non esiste una normativa specifica che tuteli le persone contenute e che regoli l'uso e la tipologia dei mezzi di contenzione, motivo per cui non è considerato nella sua gravità.

Il Case-Report può incentivare la sensibilizzazione pubblica rispetto alle pratiche coercitive utilizzate nel sistema del DSM.

Il punto cruciale è: il mezzo di contenzione è applicato per quale motivo? Per la tutela del paziente, per la tutela degli altri ospiti delle strutture o per una difficoltà di presa in carico?

Il lavoro presentato, per quanto restituisca un quadro di sfondo per molti versi denso di interrogativi rimasti inevitabilmente aperti e di lacune conoscitive, dovute principalmente alla frammentarietà dei dati istituzionali e di ricerca prodotti a livello italiano, può rappresentare un primo strumento fecondo da diversi, con possibili punti di vista.

Pertanto, a conclusione di questo elaborato va sottolineata l'importanza di sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso la progettazione, valutazione e diffusione di campagne

pubbliche di sensibilizzazione, mirate a informare e rompere il silenzio in ordine alle modalità e alle conseguenze ordinarie ed estreme associate alla contenzione dei pazienti psichiatrici.

È auspicabile che queste riflessioni possano permettere un'apertura mentale, possano aiutare a capire che non bisogna temere una persona cara o un familiare se è affetto da un disturbo psichiatrico, perché dopo anni di studi, valutazioni, ricerche in ambito farmacologico e grazie a strutture ospedaliere dove lavorano medici ed infermieri appositamente formati, preparati, pronti ad aiutare un paziente proprio come tutti i professionisti fanno, ogni disturbo può essere eliminato o minimizzato.

*“Cambiate il modo di guardare un paziente affetto da un disturbo mentale, guardatelo con gli stessi occhi con cui guardereste un paziente oncologico, un paziente neurologico e così via. Tutti i malati hanno la stessa dignità, gli stessi diritti, la stessa voglia di farcela, di sopravvivere, di riabbracciare le persone amate, di tornare ad essere libere dalla malattia”*

## BIBLIOGRAFIA

1. Sashidharan S P , Mezzina Roberto , Dainius Puras: Reducing coercion in mental healthcare, Dipartimento di Salute Mentale, WHO Collaborating Centre for Research and Training, ASUI Trieste, Italy. 2019 Jul 9
2. Joy Duxbury, Baker John, Soo Downe, Jones Fiona, Greenwood Paul, Helene Thygesen, Mick McKeown, Owen Price, Amy Scholes, Thomson Gill, Whittington Richard, Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme, Broset Centre for Research and Education in Forensic Psychiatry, Norway, 2019
3. FNOPI, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019
4. Johnson, M. E., & Hauser, P. M. The practices of expert psychiatric nurses, accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 2001
5. Pracy P.Y. Cheung MA, RMN, Bernard M.C. Yam MA, RN. Patient autonomy in physical restraint, 14 March 2005
6. Sentenza Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, 9/5/1978
7. Sentenza Cassazione penale, Sez. IV, 19/12/1979
8. Cassazione penale, Sez. V, 17/10/1990
9. Corte di Cassazione penale, Sez. IV, 12/4/05
10. Sentenza Tribunale di Milano, 4/4/1979
11. Sentenza Corte di cassazione, V sezione, n° 50497, 20/6/2018
12. Lorem Geir F., Marit H. Hem, Molewijk Bert - Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care, 14 November 2014
13. Shorr Ronald I, Guillen M Katherine, Rosenblatt Linda C , Kathryn Walker, Cynthia E Caudle, Stephen B Kritchevsky- Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients, 2002
14. Eastwood Nigel and Pugh Robert, Violence in the community: study of community mental health teams, *Psychiatric Bulletin* (1998). Published online by Cambridge University Press: 02 January 2018
15. JongEun Yim, Therapeutic Benefits of Laughter in Mental Health: A Theoretical Review, 2016 Jul
16. Hirsch Sophie , Steinert Tilman , Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy, 2019 May

17. NANDA International, Diagnosi Infermieristiche, definizioni e classificazione, 2018-2020, undicesima edizione
18. Babini V. P. "Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del novecento." Editore Il Mulino, (2009)
19. Romagnoli Orazio , Conferenza delle regioni e delle province autonome, Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione- Roma, 29 luglio 2010
20. Mauceri Sergio, "Contenere" la contenzione meccanica in Italia, Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC- Gennaio 2017
21. Boccuni Massimo, Maccarini Claudia, Pavone Fabrizio, Piaggi Laura- Procedura per la contenzione di pazienti ricoverati in ambito psichiatrico, Azienda ospedaliera della provincia di Pavia. Giugno 2011
22. Righetti Giovanni Maria, Salvatori Rita- Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, provincia di Latina, Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI. 12 novembre 2018
23. Benci Luca, Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione-5 maggio 2019
24. Gaeta Alessia, Ferrara Paolo, Destrebecq Anne, Terzoni Stefano- Percezioni e conoscenze degli infermieri e degli studenti di infermieristica in tema di contenzione fisica: risultati di uno studio. Rivista l’Infermiere N5-2019
25. Ferrara Paolo, Terzoni Stefano, Oliverio Vittorio, Ruta Federico, Delli Poggi, Alessandro, D’Agostino Armando, Destrebecq Anne - La valutazione infermieristica del rischio suicidario nella persona ricoverata in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura: validità predittiva della versione italiana della nurses’ global assessment of suicide risk. Rivista l’Infermiere N1, 2020
26. Ingrosso Camilla, Moriconi Ione–Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura? - rivista l’Infermiere N3, 2017
27. Beghi Massimiliano, Peroni Federica, Gabola Piera, Rossetti Aurora, Cornaggia Cesare Maria- Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review, Jan-Feb 2013
28. Berzlanovich Andrea M, Schöpfer Jutta, Keil Wolfgang- Deaths due to physical restraint, 2012 Jan

29. Chaput Yves, Beaulieu Lucie, Paradis Michel, and Labonté Edith -Aggressive behaviors in the psychiatric emergency service, 2011 Mar 4
30. Poli N., Rossetti A.M.L. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi, n.4: 58-67, 2001
31. U. Angeli, Indagine conoscitiva sulle conoscenze e competenze infermieristiche nell'ambito della contenzione fisica, Tesi di Diploma Universitario per Infermiere, Università degli Studi di Milano, a.a. 1999-2000
32. Zamperini Adriano, Restraint. La contenzione fisica o meccanica nelle relazioni di cura, 1 May 2016
33. CKY Lai, RN, PhD, SKY Chow, RN, BN, MPH, PhD, LKP Suen, RN, RM, BN, MPH, PhD, IYC Wong, BSc, BCM, RPT, RCMP, Reduction of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial, 2013
34. Knutzen Maria , H Mjosund Nina , Eidhammer Gunnar , Lorentzen Steinar, Opjordsmoen Stein , Sandvik Leiv, Friis Svein - Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study, 2011 May
35. Stefano Canestrari e Grazia Zuffa, Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. 12 ottobre 2016
36. Sibitz Ingrid , Scheutz Alexandra , Lakeman Richard , Schrank Beate , Schaffer Markus, Amering Michaela - Impact of coercive measures on life stories: qualitative study, 2011 Sep
37. Senato della Repubblica. XVII Legislatura. Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Rapporto su “*La contenzione meccanica*”. 2016. Pag. 18
38. van der Schaaf P S , Dusseldorp E , Keuning F M , Janssen W A , Noorthoorn E O - Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion, 2013 Feb
39. Guzmán-Parra José , Aguilera-Serrano Carlos , García-Sánchez Juan Antonio, García-Spínola Edgar , Torres-Campos Daniel , Villagrán José María , Moreno-Küstner Berta, Mayoral-Cleries Fermín, Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization, 2019 Apr
40. Tingleff E B , Bradley S K , Gildberg F A , Munksgaard G , Hounsgaard L - "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of

psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. 2017 Nov

41. Castaldo Anna, Zanetti Ermellina, Mutillo Giovanni, Carniel Giorgio, Gazzola Monica, Gobbi Paola, Magri Miriam, Bazzana Stefano, Noci Carla -Il ricorso alla contenzione fisica: che cosa pensano e vivono gli infermieri? Uno studio qualitativo. Rivista l'Infermiere N4, 2015
42. Peghetti Angela, Casciato Stefano, Sferrazza Silvia, Accettone Roberto, Cinque Alessandro, Caggianelli Gabriele, Kusumam Pampoorickel, Coscarella Antonio, Colelli Emanuella, Marchesani Giuseppe -Contenere la contenzione: un possibile percorso di audit. Rivista l'Infermiere N2, 2019
43. Maurizio Davi'. Psichiatria senza contenzioni, il progetto sperimentale gestione eventi critici nell'SPDC di Trento. Rivista l'Infermiere N1, 2017

## **SITOGRAFIA**

1. [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it) (ultimo accesso il 4/4/2021)



## **RINGRAZIAMENTI**

Ringraziamenti che sembrano dovuti ma verranno sempre dal più profondo del cuore, sono quelli rivolti ai miei genitori.

Non vi ho mai ringraziato abbastanza per quello che avete fatto e state facendo per me. Mi avete insegnato cosa significa impegnarsi per i propri sogni, non c'è stato un giorno in cui vi ho sentiti lontani nonostante la distanza geografica che ci separa. Tornare a casa, da voi, sarà sempre il migliore dei ritorni.

A Marco, il miglior fidanzato, il mio migliore amico. Alla forza e alla serenità che mi hai trasmesso nell'affrontare ogni sfida, a quando hai creduto prima tu in me stessa, prima ancora di me. Averti conosciuto è stata la mia fortuna, tu che sei sempre stato presente, anche quando non volevo nessuno attorno. Grazie di avermi insegnato a non mollare mai, ad arrivare con la mia "tigna" fino in fondo ed oltre. Noi ci diciamo di essere una squadra e oggi abbiamo vinto insieme.

A Cristina, Massimo e Stefano, la tua famiglia ma in gran parte anche la mia. Mi avete coccolato come qualsiasi ragazza vorrebbe a casa altrui, non mi avete mai fatto sentire un ospite, con la vostra ironia che si sposa indiscutibilmente con la mia. Senza dubbi nel leggervi queste parole avrò gli occhi lucidi e un grande sorriso di copertura per mascherarli.

Uno degli ultimi ringraziamenti ma non per importanza, a me stessa, per essermi superata in tante difficoltà, che se prima reputavo insormontabili, ora sono disposta ad affrontare. Mi ripetevo "puoi farcela" e ad oggi poter dire "c'è l'ho fatta" è la mia più grande soddisfazione personale. È una professione che non sei tu a scegliere, è lei inconsapevolmente a scegliere te, te ne rendi conto quando staccare dal turno un'ora dopo non è poi così pesante, lo fai perché ti fa star bene sapere che lasci i pazienti nelle buone condizioni in cui vorresti ritrovarli l'indomani.

Aver lasciato un po' di me in ognuno dei pazienti che ho assistito mi ricambia di ogni sacrificio e sudore versato, da chi ti salutava ma non aveva interesse di conoscerti a chi chiedeva di te, perché "il suo sorriso mi mette di buon umore".

Perché è proprio così, affronto i problemi col sorriso stampato, è il miglior modo che ho di esprimermi senza parlare.

Ringrazio tutti gli infermieri/e che ho conosciuto in corsia, vi porto nel cuore, dal reparto più amato al più odiato, che mi hanno dato fiducia e supportata, rimproverato quando sbagliavo, perché solo così si fa tesoro degli errori. Ognuno di voi mi ha trasmesso l'arte dell'assistenza e ho fatto bagaglio di tutto, ringrazio Dio che mi ha dato la curiosità, di sapere, di chiedere e di scoprire cose nuove ogni giorno.

Ricordo quando puntualmente l'ultimo giorno di tirocinio in reparto, passavo a salutare i pazienti con cui avevo più legato e augurando un grosso in bocca al lupo di vita trattenevo a stento l'emozione, quell'emozione che arrivata nello spogliatoio si trasformava in lacrime, miste di gioia e dispiacere.

Io perfezionista e maniacale nell'ordine della mia divisa, sempre trattata come un capo di alta moda, che indossavo fiera anche quando le taglie erano terminate e ci entravo circa quattro volte.

Ringrazio una persona di cui nella vita ad oggi non potrei fare a meno, Sonia, la mia spalla destra, senza il tuo supporto non so dove sarei ora, ci conosciamo fin da piccole e il non esserci mai perse di vista dice tanto sul nostro forte legame. Ringrazio anche le amicizie che sono state, in passato, per me importanti, che mi hanno spronato professionalmente ma che ad oggi hanno preso strade diverse dalla mia, motivo per cui sono felice di farne a meno.

Voglio spendere due parole di ringraziamento alle mie compagne di classe universitarie, Lucia e Alessia, due ragazze così diverse ma piene di entusiasmo da trasmettermi quando si tratta di appoggiarsi e volersi bene. Porterò sempre con me i momenti vissuti dentro e fuori la facoltà, ci sarò sempre per voi.

Ringrazio la mia relatrice dell'elaborato tesi, nonché tutor in questi intensi tre anni universitari, la Dott.ssa Traini Tiziana, che mi ha sostenuta e motivata in ogni momento con estrema pazienza, la stimo per la sua tenacia e se prendessi  $\frac{1}{4}$  della sua competenza professionale e del suo sapere, sarei già un'ottima infermiera. Grazie di cuore.

Dedico questo mio giorno di laurea, alla sostenitrice indiscussa della mia famiglia, mia nonna, Dina. A causa della pandemia e del fatto che ho quasi sempre studiato fuori casa, in questi ultimi anni ci siamo potute godere poco a vicenda. Ma appena sentivi la mia voce in videochiamata ti si illuminavano gli occhi e mi chiedevi sempre "Quando torni?". Sei la Donna più tenace che io conosca, mi hai cresciuta e trattata con i guanti

fin da piccola, con i tuoi umili 93 anni portati come una ragazzina fai invidia a chiunque.

Mi auguro di averti resa orgogliosa di me.

## **ABSTRACT**

**Introduzione:** La contenzione è un atto sanitario che utilizza mezzi chimico-fisico-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Nelle varie realtà sanitarie questa pratica risulta utilizzata anche in pazienti che non ne necessitano realmente e che potrebbero essere trattati con approcci alternativi che tuttavia molto raramente vengono attuati.

**Obiettivo:** Il presente elaborato di tesi si pone come obiettivo quello di definire il problema dell'utilizzo della contenzione, tematica ampiamente dibattuta a livello mondiale, riguardo i suoi diretti effetti sulla qualità di vita del soggetto, sullo staff, sui familiari e sulle eventuali strategie di risoluzione al fine di ridurre le restrizioni fisiche nei pazienti psichiatrici e il conseguente rischio del fenomeno, il quale troppo spesso sfocia nella costrizione del soggetto, violando così i diritti fondamentali della persona.

**Metodi:** La ricerca bibliografica è stata effettuata sulla base della consultazione dei database telematici quali PubMed e Google Scholar per identificare le ultime evidenze scientifiche. Sono stati inclusi nella revisione della letteratura 16 studi non precedenti all'anno 1999-2000. Inoltre, è stato effettuato uno studio osservazionale retrospettivo, elaborando informazioni clinico-assistenziali e revisionando le cartelle cliniche dei pazienti sottoposti a strumenti di contenzione adottati nella diagnosi di ingresso, per rilevare il percorso di cura utile nella costruzione di un caso clinico standard.

**Risultati:** Dai risultati di questo studio osservazionale retrospettivo emerge che il ricorso alla contenzione è supportato da una o più motivazioni che comprendono: la sicurezza del paziente, la protezione di altri pazienti e degli operatori stessi. Effettivamente, dalla raccolta dati svolta, risulta che i 4 pazienti sono stati sottoposti, a letto, a contenzione fisica ai 4 arti, poiché all'ingresso versavano in uno stato di elevata agitazione psicomotoria.

Conclusioni: A conclusione di questo elaborato, va sottolineata l'importanza di sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso la progettazione, valutazione e diffusione di campagne pubbliche di sensibilizzazione, mirate a informare e rompere il silenzio in ordine alle modalità e alle conseguenze ordinarie ed estreme associate alla contenzione dei pazienti psichiatrici. Il seguente studio fornisce al lettore una visione d'insieme sulle componenti che condizionano i processi assistenziali di imposizione di tecniche di contenimento. Fattori contestuali e relativi al personale possono pregiudicare o modificare i processi assistenziali forniti e relativi outcome.

Parole chiave: Forensic psychiatry, Ethics, Pharmacological restraint, Nurse knowledge, Decision making process, Coercion psychiatry, Physical restraint, Mental health nursing