



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

***STRESS LAVORO CORRELATO DEGLI
INFERMIERI NEI REPARTI SPDC IN
RELAZIONE ALLE MODALITA'
ORGANIZZATIVE E ALLA FORMAZIONE
RICEVUTA***

Relatore: Chiar.mo

MAURIZIO ERCOLANI

Tesi di Laurea di:

SERENA SABBATINI

A.A. 2018/2019

A te, orgoglio mio più grande.

INDICE

Ringraziamenti.....7

Introduzione.....8

CAPITOLO PRIMO

La contenzione

1.1- Definizione ed impieghi.....12

1.2 - Evoluzione temporale della contenzione.....13

1.3- La contenzione oggi.....18

1.4- Tipologie di contenzione.....21

CAPITOLO SECONDO

La contenzione: riduzione della libertà

2.1- Considerazioni legislative della contenzione
nel mondo.....24

2.2- Contenzione, Costituzione e comitato nazionale
per la bioetica.....28

CAPITOLO TERZO

Effetti della contenzione

3.1- La letteratura.....	35
3.2- Il vissuto della persona assistita.....	36
3.3- L' importanza della relazione infermieristica.....	38
3.4-Complicanze cliniche/sanitarie.....	40

CAPITOLO QUARTO

Tecniche alternative alla contenzione

4.1-Aggressività e violenza.....	44
4.2-Fattori scatenanti	46
4.3-Tecniche di de-escalation.....	48

CAPITOLO QUINTO

Stress e burnout

5.1-Definizione di stress.....	53
5.2-Reazioni allo stress.....	54

5.3-Definizione e storia del burnout.....	56
5.4-Gli stadi del burnout.....	58
5.5-Le teorie del burnout.....	60
5.6-Come contrastare il burnout.....	62

CAPITOLO SESTO

Approccio alla contenzione di sei ospedali diversi, burnout e formazione infermieristica

6.1-Background.....	65
6.2- Metodo.....	67
6.3- Partecipanti.....	67
6.4- Strumenti utilizzati.....	68
6.5- Scopo dello studio.....	69
6.6- Analisi dati.....	69
6.7-Discussione.....	73
6.8-Conclusione.....	77
Bibliografia.....	79

Siti internet.....96

Allegati.....99

Ringraziamenti

Questo studio non è nato solamente dalla mia curiosità riguardo l'argomento ma anche dal mio relatore che ha accolto la mia idea e ampliata, quindi ringrazio il mio relatore, Maurizio Ercolani che mi ha seguita ed aiutata in tutto lo studio con molta pazienza, dimostrando ogni volta passione e dedizione per il suo lavoro, sempre disponibile a qualsiasi ora del giorno.

Ringrazio anche la mia famiglia senza la quale non avrei potuto continuare gli studi, è grazie a loro che ho potuto essere mamma e studentessa.

Un grazie va anche ai miei amici che mi hanno sempre sostenuta nei momenti più scoraggianti di tutto questo percorso.

Ringrazio il mio compagno di vita, che ogni giorno non smette mai di ricordarmi di credere in me stessa e che ogni volta mi ha dato la giusta spinta per non mollare e ripartire più forte e grintosa di prima.

INTRODUZIONE

In ambito sanitario attualmente ci sono diverse problematiche che fanno discutere molto e uno di queste è la contenzione.

E' importante sottolineare che nel Codice Deontologico degli Infermieri è stato revisionato l'articolo riguardante la contenzione mostrando un'attenzione maggiore a tale fenomeno: nell'edizione del 2009 l'Art.30 enuncia che "l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali"; nella revisione del 2019 nell'Art.35 viene sottolineato che l'infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico, che ha esclusivamente carattere cautelare ed è eccezionale e temporanea, va attuata solo in stato di necessità per mettere in sicurezza la persona e chi lo circonda, si sottolinea inoltre che tale pratica deve essere motivata e monitorata per vedere se permangono

le condizioni che ne giustificano l'attuazione e se ha avuto effetti negativi sulla persona.

La contenzione è una pratica assai diffusa e spesso drammatica, non solo nelle persone affette da disagio psichico ma anche negli anziani affetti da demenze di varia origine ¹. Esistono diverse tipologie di contenzione: meccanica, fisica, chimica, psicologica e ambientale, tutte con lo stesso scopo: limitare la libertà di comportamento e di scelta della persona. Contenere una persona significa non rispettarne la libertà personale. Secondo la nostra Costituzione, la limitazione della libertà personale in ambito sanitario dovrebbe rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate e sottoposte ad un sistema giurisdizionale di garanzia nei confronti della persona assistita².

Con questo studio ho voluto analizzare realtà assistenziali ospedaliere differenti, con organizzazioni interne diverse e valutare vari elementi: l'utilizzo della contenzione meccanica e la sua durata, la formazione

del personale infermieristico, gli eventi subiti dagli infermieri e il burnout.

Sono elementi collegati tra di loro? La maggiore formazione infermieristica migliora l'approccio e il rapporto instaurato con le persone assistite, questo porta ad una diminuzione dell'utilizzo della contenzione e limita gli eventi aggressivi? Cercheremo di capire se in un SPDC dove avvengono meno eventi violenti anche il burnout infermieristico avrà valori più bassi, l'infermiere sarà effettivamente più orgoglioso del suo lavoro? Ci sarà un clima più sereno rispetto ad un ambiente dove si ricorre spesso alla contenzione e dove gli eventi aggressivi sono all'ordine del giorno?

Bisogna sottolineare che l'aggressività non è una caratteristica che contraddistingue una persona affetta da un disagio psichico: essa spesso viene provocata da un approccio sbagliato del personale sanitario che suscita paura e timore nella persona assistita.

E' scientificamente provato, infatti, che non esiste alcun nesso tra disturbo psichico e comportamenti

violenti. Tali comportamenti sono spesso scaturiti, come per chiunque, da fattori sociali, culturali, condizioni di dipendenza³.

Oggi in Italia sono presenti SPDC con una diversa organizzazione: ci sono strutture no restraints orientati alla “recovery” personale, valorizzando la responsabilità, la partecipazione e il protagonismo degli utenti alla cura, nel rispetto della dignità della persona⁴; altri che applicano protocolli molto restrittivi ed un aumento del personale nel momento in cui si applica una contenzione; altri che sono “a porte aperte” in alcuni momenti della giornata; altri sono rimasti alla forma più classica di SPDC quindi “a porte chiuse” rielaborando il protocollo interno verso una pratica più restrittiva e controllata della contenzione.

In ogni realtà sono presenti delle problematiche che provocano stress soprattutto agli infermieri che passano più tempo con gli utenti che, in questo tipo di reparto, sono molto difficili da gestire e richiedono attenzioni particolari.

CAPITOLO I: LA CONTENZIONE

1.1 DEFINIZIONE ED IMPIEGHI

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

La contenzione non è un fenomeno limitato alla psichiatria: è presente sia in ambito non medico (si pensi al suo utilizzo da parte della polizia) che in ambito medico, e all'interno dell'ambito medico la ritroviamo in diversi reparti come la medicina d'urgenza, la geriatria, l'ortopedia.⁵

A rendere la contenzione in psichiatria diversa da quella applicata negli altri ambienti è il fatto che in ambito psichiatrico la contenzione sia ordinariamente, o quasi, messa in atto contro la volontà, mentre negli altri settori (pur con alcune eccezioni in ambito geriatrico) la contenzione viene praticata con il consenso dell'utente⁵. Studi dimostrano che non previene cadute⁶.

1.2 EVOLUZIONE TEMPORALE DELLA CONTENZIONE

La contenzione è un fenomeno da sempre presente nell'ambito medico e assistenziale comune a diverse civiltà e tradizioni mediche⁷.

Nel Medioevo le persone con disturbi mentali venivano considerate folli e la follia veniva attribuita ad un'entità demoniaca, per questo le terapie applicate erano tutte collegate alla Chiesa come l'utilizzo di Croci con Acqua Santa; ad ogni forma di pazzia era successivamente applicata una penitenza: prigionia, castrazione, lapidazione, esorcismo. Solo nel '500 si iniziò ad avere un quadro organico della malattia mentale. Nel '600 i disturbi mentali venivano attribuiti ad un disturbo del sistema nervoso quindi si iniziarono ad utilizzare "terapie" che coinvolgessero il corpo: bagni caldi e freddi⁸.

Solo nel 1794 nasce una nuova visione della scienza psichiatrica ad opera di Philippe Pinel che introdusse

l'analisi fisiologica della malattia mentale facendola emergere dal clima di mistero e superstizione che fino ad allora l'aveva contraddistinta.

Importante è anche la figura di Pussin, ex utente e poi sorvegliante di un luogo di segregazione parigina, può essere considerato il padre della figura dell'infermiere psichiatrico per l'atteggiamento umanitario che introdusse nell'assistenza alle persone affette da disagio psichico.

“L'Atto di Pinel” libera “i folli da ceppi e catene” inserendoli in un nuovo spazio favorevole allo sviluppo degli studi e alla cura della follia: nasce l'era manicomiale.

I manicomi solo apparentemente liberavano gli utenti dalla contenzione perché venivano confinati in un altro spazio dove la «cura» coincideva con l'obiettivo del controllo dei malati⁹ e dove le catene vennero sostituite da nuovi strumenti come sedie e letti di contenzione, cinghie, manette, camicie di forza, etc. Venivano effettuati trattamenti farmacologici ma non solo, si

effettuavano trattamenti molto più invasivi e pericolosi come la lobotomia o l'elettroshock.

Con John Conolly nell'800 si assiste allo sforzo di voler abolire i mezzi di contenzione. Egli credeva che l'aggressività nelle persone assistite, che causava spesso l'utilizzo della contenzione, fosse provocata dal clima che li circondava e dal rapporto instaurato con il personale infermieristico. Conolly descriveva gli infermieri come "terribili armati di staffile, talvolta accompagnati da cani feroci e liberi di imporre manette, catene e legacci a seconda del loro arbitrio brutale [...]. I pazienti erano incatenati e senza difesa contro la violenza dei sorveglianti". Così in pochi anni cambiò il criterio di scelta degli infermieri reclutando soggetti «attivi, sereni, scelti con cura» affermando che «molti ammalati prendono il carattere dell'infermiere che hanno vicino»¹⁰. Questo tentativo resta limitato all'istituto psichiatrico di cui era direttore.

Nel 900 nasce in Italia la legislazione psichiatrica: il quadro normativo si basava su fundamenta

custodialistiche-repressive: il soggetto che soffriva di un disturbo mentale pericoloso per la società quindi bisognava “proteggere” i cittadini da questo.

L’obbiettivo era proteggere la società quindi si effettuavano ricoveri coattivi, prevaleva la funzione di custodia rispetto alla cura e alla riabilitazione. I soggetti con disturbi mentali venivano chiusi negli ospedali psichiatrici¹¹ e iscritti al casellario giudiziario.

In più gli esercenti delle professioni sanitarie dovevano denunciare obbligatoriamente, entro due giorni, all’autorità di pubblica sicurezza, tutte «le persone da loro assistite o esaminate affette da malattia mentale o da grave infermità psichica, le quali dimostrino o diano sospetto di essere pericolose per sé e per gli altri»¹²

Fino agli anni ‘50 gli utenti continuavano ad essere immobilizzati per contenerne la pericolosità e, quando gli strumenti utilizzati si dimostravano inefficaci, venivano denudati per evitare che con gli indumenti si potessero fare del male e in seguito rinchiusi in locali dalle pareti imbottite, privi di arredo.

Negli anni '60 nacquero i movimenti antipsichiatrici ed è in questo contesto che si colloca il movimento italiano di contestazione istituzionale: con esso si giunge all'approvazione della legge 180 del 1978, "Legge Basaglia". La 180/'78 decreta:

- la chiusura dei manicomi;
- l'integrazione di prevenzione, cura e riabilitazione nel servizio di sanità pubblica;
- l'abolizione dell'implicazione giuridica nello stato di malato psichiatrico;
- il trattamento obbligatorio viene trasformato da provvedimento di pubblica sicurezza a sanitario. Egli riteneva che aumentando quanto più possibile il margine di libertà degli utenti e lasciandoli prendere decisioni autonome accrescesse la loro possibilità di «guarire» e di tornare a svolgere un ruolo attivo nella propria vita e nella società. I cancelli dovevano aprirsi e il trattamento farmacologico essere affiancato dalla psicoterapia. Con questa legge si assiste al passaggio dal custodialismo alla cura.

Con la 180/'78 gli ospedali psichiatrici non possono più essere istituiti e i trattamenti eventualmente necessari, coatti o volontari, vanno erogati in specifici reparti, adeguati ad ospitare un numero non elevato di persone, situati all'interno degli ospedali generali a loro volta collegati con i servizi territoriali

1.3 LA CONTENZIONE OGGI

La legge Basaglia non ha eliminato il fenomeno della contenzione. In Italia, come in altri paesi, essa non è regolata da precise leggi ma deve essere un intervento eccezionale, di extrema ratio, effettuata quando tutti i tentativi per evitarla sono falliti, da attuare con strategie atte a minimizzarne il ricorso¹³:

- monitoraggio degli utenti;
- utilizzo di linee guida e protocolli;
- interventi ambientali;
- formazione adeguata del personale per favorire interventi comportamentali (saper gestire il rapporto

con un utente violento, saper stabilire una buona relazione d'aiuto).

Bisogna sottolineare, come sancito dalla Corte di Cassazione a giugno 2018 nel caso Mastrogiovanni (maestro di una scuola elementare morto dopo 82 ore di contenzione un in SPDC il 4 agosto 2009), che la contenzione non è un atto terapeutico ma “una pratica che richiede: la valutazione del paziente, l'eventuale attuazione di soluzioni alternative, una valutazione prognostica su possibili esiti del trattamento, la sua rivalutazione”. Questa sentenza ha stravolto gli ideali di molti operatori sanitari rimasti allo stampo manicomiale, con le loro supposizioni dell'utilità terapeutica della contenzione difficilissime da estirpare¹⁴.

L'utilizzo di mezzi contenitivi viene giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del codice penale che nel primo comma recita: “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”.

Gli elementi portanti dello stato di necessità sono quindi:

- 1) il pericolo attuale di un danno grave alla persona;
- 2) le inevitabilità altrimenti del pericolo;
- 3) la proporzionalità del fatto¹⁴.

Il pericolo deve essere “attuale” e cioè è da considerarsi “inammissibile” l’applicazione della contenzione in via “precauzionale” sulla base della “astratta possibilità di un danno grave alla persona”.

Occorre il riscontro degli elementi obiettivi che devono essere indicati in modo puntuale e dettagliato. La valutazione dell’attualità del pericolo deve sussistere nel tempo e implica, quindi, un costante monitoraggio della persona assistita, con riscontro in cartella clinica di tale monitoraggio.

1.4 TIPOLOGIE DI CONTENZIONE

Esistono 5 tipologie di contenzione¹⁵: hanno tutte lo stesso scopo ossia limitare il movimento, il comportamento e quindi la libertà dell'individuo, ma utilizzano strumenti differenti.

Contenzione meccanica: si ottiene applicando presidi alla persona o usati nell'ambiente come barriera per ridurre o condizionare i movimenti della persona assistita. Vengono utilizzate fasce imbottite che circondano la vita della persona fissate a letto con delle cinghie, fasce fatte a corsetto che bloccano il torace a letto o cinghie per caviglie e polsi.

Contenzione manuale: consiste nell'utilizzo di forza fisica da parte del personale sanitario per afferrare/bloccare l'utente in modo tale da controllare la sua capacità di muoversi liberamente senza utilizzo di strumenti.

Contenzione chimica: si ottiene somministrando farmaci, in dosi più elevate rispetto alle normali indicazioni, che modificano il comportamento

limitando o annullando la capacità motoria e di intenzione dell'individuo.

Emerge una certa resistenza a definire contenzione chimica la somministrazione di farmaci sedanti e una certa complessità a distinguere nettamente tra ciò che è terapia e ciò che è coercizione¹⁶. Diciamo che: “quando un farmaco è prescritto semplicemente come reazione al comportamento del paziente e non come parte di un ragionevole programma di cura, possiamo parlare di contenzione chimica”¹⁷.

Contenzione ambientale: si applicano dei cambiamenti all'ambiente in cui vive l'utente per controllare i propri comportamenti per esempio tenendo le porte chiuse o isolando la persona assistita. Si va a limitare la libertà di movimento della persona ma soprattutto ha un riscontro negativo anche a livello psicologico: la persona si sente sola, abbandonata, discriminata e sicuramente non aumenta la collaborazione del soggetto con l'equipe.

Contenzione psicologica: per contenzione psicologica si può considerare tutto ciò che viene detto all'utente che può suscitare timore o creare una relazione d'aiuto che porta la persona assistita a fare ciò che il personale sanitario ha consigliato o vietato. Include dire alla persona di non fare qualcosa, che ciò che vuole fare non è permesso quindi non deve farlo, ricattare la persona assistita, privare la persona di attrezzature o beni necessari per fare ciò che l'assistito aveva in mente¹⁸.

CAPITOLO II: LA CONTENZIONE: RIDUZIONE DELLA LIBERTA'

2.1 CONSIDERAZIONE LEGALE DELLA CONTENZIONE NEL MONDO

Con la contenzione meccanica la persona viene parzialmente o totalmente immobilizzata con l'utilizzo di diversi strumenti, in altri termini "viene legata"¹⁹.

Si può intuire che questa pratica coinvolge i diritti inviolabile dell'uomo riconosciuti dalla Costituzione ma anche da normative sovranazionali.

Allargando lo sguardo al resto del mondo possiamo ricordare ciò che venne scritto nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre del '48: «tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti [...]» ed ogni individuo «ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona», sicché nessuno può essere mai sottoposto a «trattamento o punizioni crudeli, inumani o degradanti» o «essere arbitrariamente arrestato,

detenuto o esiliato». Inoltre deve essere garantita ad ogni individuo «un'effettiva possibilità di ricorso a competenti tribunali nazionali contro atti che violino i diritti fondamentali a lui riconosciuti dalla costituzione o dalla legge»²⁰.

Anche la Convenzione delle Nazioni Unite per la tutela dei diritti delle persone con disabilità (CRPD) riveste una particolare importanza, essa richiede: «il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone»²¹; vieta che le persone con disabilità «siano private della loro libertà illegalmente o arbitrariamente» imponendo che «qualsiasi privazione della libertà sia conforme alla legge e che l'esistenza di una disabilità non giustifichi in nessun caso una privazione della libertà»²²; «nessuno può essere sottoposto a tortura, né a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. [...]»²³; gli Stati sono tenuti ad adottare «tutte le misure legislative, amministrative, sociali, educative e di altra natura

adeguate a proteggere le persone con disabilità [...] contro ogni forma di sfruttamento, di violenza e di abuso, compresi gli aspetti di genere [...] e di maltrattamento [...]»²⁴; garantisce ad ogni persona con disabilità il «diritto al rispetto della propria integrità fisica e mentale su base di uguaglianza con gli altri»²⁵. A livello europeo si parla del trattamento delle persone affette da disturbo mentale nella Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e la biomedicina sottoscritta ad Oviedo nel '97. L'articolo 7 afferma che «la persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso»; l'art. 8 fa riferimento alle situazioni di urgenza ed enuncia che «il consenso

appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata»; l'art. 26 fa salve le restrizioni «che, previste dalla legge, costituiscono delle misure necessarie, in una società democratica, alla sicurezza pubblica, alla prevenzione delle infrazioni penali, alla protezione della salute pubblica o alla protezione dei diritti e libertà altrui».

Anche la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) tratta il tema della contenzione: nell'art. 3 proibisce la tortura e la sottoposizione a pene o trattamenti inumani o degradanti; nell'art. 5 afferma che «nessuno può essere privato della libertà, se non nei casi individuati dal medesimo articolo e nei modi previsti dalla legge». Tra i casi indicati nell'art.5 c'è la «detenzione regolare di una persona suscettibile di propagare una malattia contagiosa, di un alienato, di un alcolizzato, di un tossicomane o di un vagabondo»²⁶.

Anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (c.d. Carta di Nizza, siglata nel 2000, quindi riproclamata a Strasburgo nel 2007) prevede principi dal contenuto analogo a quelli analizzati.

Il quadro normativo sovranazionale non disconosce la pratica della contenzione, ma afferma il valore supremo della libertà di autodeterminazione della persona affetta da un disagio psichico con riferimento alla decisione di sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario e l'intangibilità della libertà personale dell'individuo, rispettando i principi di legalità, necessità, proporzionalità ogni qualvolta si debba ricorrere all'uso della forza nei confronti del sofferente psichico.

2.2 CONTENZIONE, COSTITUZIONE E

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

L'art. 2 della Costituzione afferma che «la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali, ove si svolge

la sua personalità [...]». Negli articoli successivi vengono indicati i singoli diritti inviolabili: «formano il patrimonio irretrattabile della persona umana" e "appartengono all'uomo inteso come essere libero"²⁷, stante il loro “carattere fondante rispetto al sistema democratico voluto dal costituente”²⁸, non possono “essere sovvertiti o modificati nel loro contenuto essenziale neppure da leggi di revisione costituzionale o da altre leggi costituzionali»²⁹.

Tra i diritti inviolabili vi è quello alla libertà personale sancito dall'art. 13 della Costituzione. Questo articolo, enunciato il principio della inviolabilità della libertà personale, al comma 2 stabilisce che «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». La norma prevede, inoltre, che «è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque

sottoposte a restrizioni di libertà», tutela le forme di restrizione della libertà.

L'evoluzione nell'interpretazione della norma ha condotto, tuttavia, a ritenere che «sia possibile estendere le garanzie di cui all'art. 13 Cost. anche alle forme di coercizione morale, nell'ipotesi in cui le stesse si traducano in una limitazione tale da vincolare o addirittura obliterare la stessa facoltà di autodeterminazione del singolo rispetto al proprio essere fisico»³⁰. In questo senso, la Corte Costituzionale ha precisato che si ha violazione dell'art. 13 Cost. ogni volta che si verifichi una «degradazione giuridica dell'individuo nel senso dell'avverarsi di una menomazione o mortificazione della dignità o del prestigio della persona, tale da poter essere equiparata a quell'assoggettamento all'altrui potere in cui si concreta la violazione dell'habeas corpus»³¹.

L'art. 13, dunque, implicitamente e in via di principio, riconosce la possibilità di restrizioni alla libertà personale, ma esige la regolamentazione preventiva dei

casi e dei modi in cui la restrizione è ammessa. Per ogni forma di restrizione della libertà è indispensabile un ulteriore requisito rappresentato dall'atto motivato dell'autorità giudiziaria.

Ai sensi dell'art. 32, comma 2, Cost., la legge, anche quando impone un trattamento sanitario, non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Attesa la mancanza di una compiuta definizione legislativa dei mezzi di contenzione autorizzati, tale norma rappresenta il criterio guida fondamentale per il giudizio di legittimità delle pratiche effettuate. Il principio è stato ripreso a livello di legge ordinaria dall'art. 1, comma 2, della legge Basaglia (il cui contenuto è stato trasfuso nell'art. 33, comma 2, della l. n. 833/1978), il quale esige che gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori siano effettuati nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici.

Sul tema della contenzione è intervenuto anche il Comitato Nazionale per la Bioetica scrivendo nel 2015

“La contenzione: problemi bioetici”. Il Comitato fissa diversi punti fermi:

- non può più accettarsi «una visione del paziente portatore di un disturbo mentale quale soggetto presuntivamente ritenuto pericoloso e nei cui confronti l'intervento sanitario debba esplicarsi in forme custodialistiche»³²;

- la relazione terapeutica con i pazienti affetti da disturbi mentali deve svolgersi su «direttrici paritarie, pienamente rispettose dei canoni di una relazione umana ispirata all'eguale dignità e libertà dei soggetti coinvolti»³²;

- il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'*extrema ratio*³²;

- nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio, la contenzione deve avvenire «solamente in situazioni di reale necessità ed urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al

superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi»³²;

- per il ricorso alla contenzione non può ritenersi sufficiente «che il paziente versi in uno stato di mera agitazione», dovendo invece ricorrere una situazione di «pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi»³².

E' importante sottolineare che la Corte di Cassazione nella sentenza Mastrogiovanni ha sancito che la contenzione non può essere considerata un atto terapeutico perché invece di migliorare le condizioni della persona può provocare gravi danni. La Corte di Cassazione ribadisce che l'uso della contenzione non allevia la sofferenza, non ha una finalità di cura e non può migliorare le condizioni di salute della persona assistita anzi, può provocare lesioni gravi all'organismo. Viene sottolineato anche che non è ammissibile l'applicazione della contenzione in via "precauzionale" sulla base dell'astratta possibilità di un

danno grave alla persona, la contenzione viene giustificata dallo stato di necessità quindi occorrono elementi concreti ed obiettivi che il sanitario deve indicare in modo puntuale e dettagliato.

CAPITOLO III: EFFETTI DELLA CONTENZIONE

3.1 LA LETTERATURA

Sono scarse le evidenze che mostrano gli effetti positivi della contenzione³³, lo stesso riguardo il punto di vista della sicurezza, l'utilità e l'efficacia terapeutica³⁴.

La letteratura concorda nelle conseguenze negative fisiche e psichiche riscontrate sia nelle persone assistite che negli operatori sanitari³⁵.

Negli utenti la contenzione genera effetti deleteri³⁶, per il personale sanitario il vissuto emozionale è pesante e genera diversi effetti collaterali³⁷: l'immedesimazione con la persona contenuta è un sentimento forte e coinvolgente, che può portare anche ad una proiezione futura di sé. Per alcuni contenere è un trattamento come qualunque altro per altri no, e non porta sicuramente a sentimenti positivi perché implica l'idea di dover "legare" un'altra persona sottraendole la propria libertà.

3.2 IL VISSUTO DELLA PERSONA ASSISTITA

Spesso questi interventi vengono vissuti come disumani e umilianti e generano effetti avversi sia psichici che fisici³⁸. E' un'esperienza traumatica, può portare a comportamenti regressivi e dipendenti, secondo Di Lorenzo et al., e generare distress psicologico³⁹.

All'uso di cinghie si associa un senso di perdita di libertà e autonomia dovuta all'assenza di controllo dell'ambiente fisico e alla mancanza di comfort⁴⁰, le relazioni del soggetto vengono peggiorate⁴¹ generando senso di impotenza, viene colpita l'identità e l'immagine di sé del soggetto aspetti fondamentali per la guarigione della persona⁴².

Nell'individuo sorgono sentimenti di umiliazione, punizione e trauma che sono in contrasto con l'empowerment⁴³ (processo che permette attivamente all'utente di partecipare alla cura tenendolo informato sul suo percorso cercando collaborazione).

L'utilizzo di forza in alcuni soggetti sembra suscitare, a livello inconscio, sentimenti di colpa, genera reazioni emotive traumatiche come ansia, paura e rabbia⁴⁴.

Il soggetto che percepisce la contenzione come una punizione non necessaria, pericolosa più che terapeutica sarà molto più vulnerabile, avrà paura che l'evento possa riproporsi e ciò genererà un ritardo nella ricerca di aiuto sanitario in futuro o un completo rifiuto del servizio sanitario⁴⁵.

Gli utenti tenderanno a non avere più fiducia nella vita, nelle persone, ma soprattutto nei medici e nei servizi di salute mentale.

Ci sono, anche se in minoranza, soggetti che hanno riconosciuto la necessità della contenzione durante il loro ricovero⁴⁶ quindi considerano l'ospedale un ambiente sicuro, che ha evitato atti violenti contro altre persone o tendenze autolesioniste.

3.3 L'IMPORTANZA DELLA RELAZIONE INFERMIERISTICA

Durante la degenza l'infermiere istaura una relazione terapeutica per fornire un supporto emotivo all'assistito in qualsiasi situazione, per aiutarlo ad affrontare tutto ciò che sta succedendo.

Anche durante la contenzione, quando la situazione lo permette, bisogna cercare di mantenere la comunicazione con l'utente anche se non sempre può essere d'aiuto per far accettare alla persona assistita ciò che sta accadendo. Ci sono testimonianze di utenti insoddisfatti per come sono stati trattati e per lo scarso dialogo⁴⁷, loro vorrebbero qualcuno con cui poter parlare, potersi esprimere, qualcuno che sia gentile con loro, che li ascolti e li rispetti; altri si accontenterebbero anche solo della presenza di un infermiere silente, un essere umano che faccia loro compagnia⁴⁸.

Avere una persona vicino è fondamentale per sentirsi sicuri, la sola presenza del personale sanitario rende

l'esperienza meno traumatica, basta un semplice contatto fisico, come una mano sulla spalla, per ridurre la paura e l'ansia nell'utente⁴⁹.

Importantissimo è il debriefing cioè il colloquio tra tutto il personale sanitario e la persona assistita: l'utente viene ascoltato, c'è un dialogo che chiarisce tutte le incomprensioni che possono essere sorte durante tutta la degenza e durante la contenzione, in questo modo c'è un coinvolgimento dell'assistito all'interno del percorso di cura, l'utente può esprimere i suoi pensieri, percepisce il coinvolgimento all'interno del piano terapeutico e la compliance aumenta. Con il colloquio c'è una diminuzione dell'esperienza negativa e l'evento viene vissuto in maniera meno traumatica⁴⁹: la persona non si sente sola, la distanza che percepisce con il personale sanitario diminuisce, il coinvolgimento dell'utente fa capire ad esso l'importanza che ha all'interno del processo di cura rendendolo protagonista del suo percorso.

3.4- COMPLICANZE CINICHE/SANITARIE

Studi recenti hanno dimostrato che l'utilizzo della contenzione comporta un aumento del rischio di danno per gli operatori⁵⁰ e per gli altri utenti⁵¹, allunga la durata della degenza e aumenta il tasso di ricaduta e di mortalità⁵².

Tra gli effetti diretti troviamo:

- 1- morte improvvisa⁵³: in seguito ad un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro i mezzi contenitivi;
- 2- morte per asfissia e strangolamento⁵³: provocata dall'intrappolamento della persona nel mezzo di contenzione, a volte la persona rimane appesa alle cinghie nel tentativo di arrampicarsi e scavalcare le sponde del letto. In questi casi c'è una limitazione dell'espansione polmonare che porterà ad una quantità insufficiente di ossigeno nel sangue provocando la morte;
- 3- trombosi venosa profonda ed embolia polmonare⁵⁴: la scarsa mobilità della persona assistita porta ad un

maggior rischio di formazione di trombi negli arti inferiori e superiori quindi un rischio superiore di trombosi o embolia, per questo di solito viene praticata una profilassi antitromboembolica se la contenzione si prospetta lunga;

- 4- lesioni nervose⁵⁵: l'utilizzo di corsetti contenitivi, cinghie a polsi e caviglia, cinte sulla vita, provocano una pressione su vari nervi e plessi nervosi che danneggiano le strutture nervose, si manifesta con formicolio agli arti, perdita di sensibilità, intorpidimento, nei casi più gravi può provocare una contrattura permanente della mano e del polso;
- 5- lesioni ischemiche⁵⁶: dovute all'utilizzo scorretto dei mezzi contenitivi che vengono stretti troppo ai polsi o alle caviglie annullando l'afflusso di sangue agli arti;
- 6- ipertermia⁵⁷: l'eccessivo agitazione dell'utente può portare ad un aumento della temperatura corporea

che, se prolungato, porta a disidratazione, coma e morte;

7- rischio di caduta⁵⁸: spesso l'utilizzo della contenzione viene giustificata dalla prevenzione delle cadute, mentre diversi studi dimostrano esattamente il contrario: l'utilizzo della contenzione aumenta il rischio di caduta perché le persone assistite cercano di liberarsi dai mezzi utilizzati aumentando la probabilità di cadere (scavalcare le sponde);

8- infezioni delle vie urinarie, piaghe da decubito, infezioni polmonari, ipotrofie muscolari, incontinenza, stipsi, fratture dello sterno⁵⁹: provocate da un allettamento prolungato che causa stasi urinaria aumentando la probabilità di infezione urinaria, compressione cutanea sugli stessi punti per un tempo prolungato provocando lesioni da decubito di vario grado, scarsa mobilità che rallenterà la peristalsi intestinale e una prolungata

eccitazione psicomotoria che potrà portare ad una frattura sternale se si utilizzano corsetti contenitivi;

9- disturbo post-traumatico da stress⁶⁰: la persona matura un sentimento di rabbia, frustrazione, disumanizzazione, paura, umiliazione, agitazione, senso di impotenza e violazione della propria libertà⁶¹, tutto questo genera un trauma nell'utente con riscontri in futuro;

10- compromissione dell'alleanza terapeutica tra medico, paziente e infermiere⁶²: la contenzione è un evento negativo nella degenza che porta la persona ad avere sfiducia nei servizi psichiatrici, tutto ciò va contro la compliance che dovrebbe instaurarsi con l'utente peggiorando tutto il processo di cura.

CAPITOLO IV: TECNICHE ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE

4.1-AGGRESSIVITA' E VIOLENZA

L'aggressività e la violenza hanno da sempre interessato l'uomo, infatti parecchi studiosi come Lorenz e Freud hanno cercato di dare una spiegazione a tali fenomeni.

Secondo Lorenz⁶³ l'aggressività ha origine da un istinto endemico, una pulsione interiore attivata da diversi fattori: per difendere un proprio bene materiale, emotivo o affettivo, dalla lotta per il potere o dal bisogno di poter organizzare il proprio ambiente. Per lui è un istinto innato, fondamentale per l'adattamento e la conservazione della specie.

Anche per Freud ha un'origine istintuale legata all'istinto di morte che coabita nell'individuo insieme all'istinto di vita: deve essere indirizzata all'esterno per garantire l'integrità dell'individuo canalizzandola in attività socialmente accettate come la rivalità fra gruppi sociali.

Dollard e Miller affermano che alla base dell'aggressività c'è un meccanismo di frustrazione. Questa emozione si origina nella persona quando ci sono ostacoli che impediscono il raggiungimento di alcuni obiettivi. Secondo questa teoria l'aggressività non viene orientata verso coloro che hanno dato luogo alla frustrazione, ma verso chi ha minor potere o chi è più debole; il passaggio all'atto violento è legato al vissuto del soggetto in un ambiente violento.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la violenza è "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione"⁶⁴.

Elemento base per far scatenare un'aggressione è il conflitto: nasce dal momento in cui le persone non sempre hanno lo stesso pensiero quindi si scontrano mostrando ognuno la propria idea, quando da una delle

due parti, viene infranto il limite socialmente accettabile scatta l'aggressione.

Purtroppo la prevalenza di comportamenti aggressivi, fisici o verbali, in ambito medico-sanitario è elevata e rappresenta una parte importante del problema emergente del rischio di subire aggressioni sul posto di lavoro, i reparti più colpiti sono il Pronto Soccorso e Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)⁶⁵.

4.2- FATTORI SCATENANTI

Ci sono diversi motivi che possono portare ad un episodio violento e soprattutto ci sono fasi che la persona attraversa prima di un'aggressione vera e propria⁶⁶:

1- la prima fase è quella in cui troviamo il fattore scatenante, cioè il motivo per cui inizia l'agitazione della persona, si notano dei cambiamenti come l'assunzione di uno stato di allerta, iniziano ad essere pronunciati i primi insulti, minacce, imprecazioni;

- 2- la seconda fase è quella dell'escalation ed è il momento in cui l'agitazione, la tensione e il nervosismo aumentano, bisogna intervenire per cercare evitare l'atto violento vero e proprio;
- 3- la terza è la fase critica dove c'è il culmine dell'eccitamento in cui avviene l'aggressione;
- 4- la quarta fase è chiamata di recupero, si ritorna alla linea basale psico-emotiva, fase delicata in cui potrebbero esserci altri fattori scatenanti che provocano una nuova aggressione;
- 5- l'ultima è la fase della depressione in cui la persona prova sentimenti negativi dovuti al senso di colpa, al rimorso e alla vergogna per ciò che ha appena compiuto.

I fattori⁶⁷ che scatenano episodi di rabbia spesso sono paura, mancanza di rispetto, lunghe attese, perdita del lavoro, rumore, dolore e privazione di sonno.

4.3-TECNICHE DI DE-ESCALATION

E' importante per un operatore osservare e calcolare la probabilità di un'aggressione ma non sempre è facile, per questo ci sono delle raccomandazione da seguire per cercare di ridurre al minimo la possibilità di essere aggrediti.

Sono le tecniche di de-escalation quelle utilizzate durante un colloquio o qualsiasi contatto con una persona agitata e aggressiva per evitare la fase critica.

Si tratta di una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale⁶⁸.

Nell'utilizzo di queste tecniche sono tre gli aspetti da padroneggiare⁶⁹:

1- l'operatore deve essere in grado di avere il controllo

di sé stesso:

-apparire calmo, sicuro di sé;

- rilassare i muscoli del volto mostrandosi fiducioso e

non ansioso altrimenti l'ansia potrebbe essere percepita

e trasmessa all'utente e scatenare una reazione

aggressiva;

-avere un abbigliamento adeguato che non abbia

riferimenti religiosi o politici che possano turbare i

sentimenti della persona o che non sia troppo spinto o

provocatorio;

-non stare sulla difensiva e non mostrare nessun tipo di

reazione ad insulti o commenti fatti dall'utente, non

difendere mai nessuno, non prendere mai una posizione

o esprimere un giudizio;

-essere rispettoso e far capire che c'è interesse per

l'oggetto di discussione;

2-la posizione fisica:

-mai dare le spalle;

-mantenere sempre il contatto visivo;

-mantenere una distanza circa quattro volte maggiore a

quella usuale;

-non stare faccia a faccia con la persona ma di traverso,

è un colloquio meno formale e mette la persona più a

suo agio;

- non puntare il dito o gesticolare;
- non sorridere o ridere può essere percepito come derisione;
- non tenere le mani in tasca: fa capire che non si hanno armi, che si sta sullo stesso livello e si ha anche la possibilità di potersi difendere se occorre;
- non argomentare per cercare di far cambiare idea all'altro ma illustrare semplicemente più possibilità;

3-l'importanza della de escalation verbale:

- usare un tono di voce basso, modulato, non alzare mai la voce e non parlare sopra all'altra persona;
- aspettare che la persona finisca di esprimersi, è più importante ascoltare che parlare;
- rispondere in maniera chiara e decisa alle domande che vengono fatte durante il colloquio;
- spiegare i ruoli e i limiti dei due interlocutori, non dare troppa confidenza altrimenti si rischia che la persona possa approfittare dell'operatore, mantenere sempre il proprio ruolo cercando di stabilire una certa fiducia con la persona senza mai esporsi troppo in

maniera tale da avere rispetto reciproco per la propria posizione;

- se la conversazione si anima troppo cercare di spostare l'attenzione su qualcos'altro o di proiettare il discorso verso un altro argomento o chiedere di cambiare luogo andando in una zona più tranquilla per farlo calmare un po';
- dimostrarsi empatico e mostrare interesse per i sentimenti che in quel momento l'altra persona sta provando senza cercare di reprimerli;
- mostrare le conseguenze di comportamenti inadeguati senza minacciare;
- se il professionista sente che le varie tecniche di de-escalation non stanno funzionando deve fermarsi, cercare di chiudere la conversazione in maniera non brusca, aumentare la propria distanza ed avvicinarsi ad un luogo di fuga, cercare qualcuno che possa aiutarlo.

Per poter adottare queste tecniche è assolutamente importante aver dato agli operatori la giusta formazione, tutti devono conoscere queste procedure

per aumentare la sicurezza dell'operatore, dell'assistito e anche di tutti gli altri utenti. Attraverso i corsi di formazione bisogna imparare a riconoscere i segni premonitori di un'aggressione e sapersi mettere in sicurezza, gestire un colloquio e, se necessario, sapere come comportarsi di fronte ad una contenzione meccanica, conoscere protocolli, procedure e i vari strumenti utilizzati.

CAPITOLO V: STRESS E BURNOUT

5.1- DEFINIZIONE DI STRESS

La parola stress deriva dal francese “estrece” e significa “strettezza” “oppressione”, il termine rende l’idea della tensione a cui è sottoposto l’organismo che deve reagire ad un evento pressante e minaccioso⁷⁰.

L’individuo percepisce una pressione esterna ambientale che determina una risposta immediata e massiccia attraverso la mobilitazione globale delle risorse dell’organismo; questa mobilitazione determina delle conseguenze perché richiede un certo sforzo all’organismo che rimarrà piuttosto spossato⁷⁰.

Si può fare una distinzione tra eustress e distress in base agli effetti che lo stress ha sull’individuo: si parla di eustress se il soggetto mobilita le sue energie per realizzare i propri obiettivi quindi ha un effetto positivo, mentre si parla di distress se la mobilitazione dell’energia è accompagnata da sentimenti negativi come l’ira, l’ostilità o la paura⁷⁰.

Così Hans Selye ha definito lo stress come “sindrome generale di adattamento”⁷¹, se la pressione emotiva invece è meno eclatante si parla di “sindrome da attivazione” che si manifesta con l’ansia⁷⁰. Le variabili in gioco sono due:

1-eventi stressanti cioè qualsiasi evento che richiede un adattamento nel soggetto;

2-la tensione prodotta nell’individuo.

In relazione a come vengono percepiti gli eventi stressanti possiamo avere stress vero e proprio quando c’è una mobilitazione globale delle risorse energetiche dell’organismo in presenza di un evento piuttosto minaccioso, oppure possiamo avere ansia quando la minaccia non è diretta o oggettiva ma piuttosto un’aspettativa⁷⁰.

5.2- REAZIONI ALLO STRESS

Le conseguenze dello stress cambiano da soggetto a soggetto e può variare da semplici segni di sofferenza a sintomi fisici, possiamo avere tre tipi di reazioni⁷⁰:

1)reazioni psicologiche: riguardano le reazioni che l'evento stressante ha sull'umore del soggetto che lo subisce: esso invece che affrontare gli eventi reagisce in modo esplosivo o, al contrario, rimane inibito e si chiude in sé stesso risultando sconvolto, l'irritazione si trasforma in ostilità e rancore, il soggetto sarà frustrato, ansioso e depresso. I segni iniziali sono irritabilità e affaticabilità, senso di inefficacia, perdita di motivazione, difficoltà a concentrarsi, aumento degli errori commessi;

2-reazioni fisiologiche: le reazioni allo stress sono soprattutto biologiche, con una serie di complesse reazioni ormonali⁷¹, gli ormoni coinvolti sono principalmente due l'adrenalina e la noradrenalina secreti dalla zona midollare del surrenale, che rendono più pronta ed energica la reazione nei confronti degli agenti stressanti, poi entrano in circolo gli ormoni cortico-surrenali che rendono più duratura la risposta alle sollecitazioni ambientali; i sintomi che si manifestano sono: tensione muscolare, disturbi del

sonno, palpitazioni, dispnea, colite, allergie, ipertensione; ci sono evidenze scientifiche che dimostrano la partecipazione dei fattori psicologici nell'insorgere o nell'aggravarsi delle malattie coronariche e tumorali;

3-reazioni comportamentali: sono facilmente individuabili e rappresentano il primo fattore diagnostico per identificare i soggetti stressati, sono persone sempre di fretta, precipitose, irritabili, impazienti.

Rosenman e Friedman hanno definito il tipo A per indicare quelle persone che, essendo sempre sotto stress, sono più a rischio di sviluppare tumori e malattie cardio-vascolari⁷².

5.3-DEFINIZIONE E STORIA DEL BURNOUT

Maslach e Jackson definiscono il burnout come una sindrome costituita da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione professionale: per esaurimento emotivo di intende

l'esaurimento delle risorse emotive e personali e la sensazione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico; la depersonalizzazione fa assumere atteggiamenti negativi, di distacco, di cinismo, di ostilità verso tutti coloro con cui si ha a che fare durante il lavoro; la ridotta realizzazione riguarda la percezione della propria inadeguatezza a lavoro, c'è una caduta dell'autostima e un'attenuazione del desiderio di successo⁷³.

Il termine burnout si può tradurre in italiano come “bruciato”, “scoppiato”, “esaurito”, e venne utilizzato in Italia la prima volta nel 1930 per indicare l'incapacità di un atleta di ottenere risultati migliori o mantenere quelli acquisiti⁷³.

Nel 1975 C. Maslach riprende questo termine per indicare una sindrome i cui sintomi evidenziano una patologia comportamentale a carico di tutte le professioni ad elevata implicazione relazionale fino ad arrivare alla definizione precedentemente citata⁷³.

Negli anni sono state incorporate diverse categorie di

lavoratori: tutti coloro che hanno un contatto frequente con un pubblico, un'utenza: infermieri, medici, avvocati, politici, manager, centralinisti, etc⁷³.

Il burnout è dunque una forma di stress, che rende penosa la situazione lavorativa, il soggetto è reso incerto dall'ansia e frustrato perché sempre più lontano dagli obiettivi iniziali⁷⁰.

5.4-GLI STADI DEL BURNOUT

Edelwich e Brodsky nel 1980 hanno identificato quattro stadi progressivi che caratterizzano

l'evoluzione del burnout:

1) stadio dell'entusiasmo: nei primi periodi gli operatori sono motivati nel proprio lavoro, il proprio ruolo viene considerato eroico, affascinante, si percepisce e si esaltano i lati positivi della professione diventando completamente dipendenti dal lavoro e ignari delle difficoltà;

2) stadio della stagnazione: si scopre che i risultati del proprio lavoro sono incerti, aleatori, difficili da

cogliere quindi si ha uno smorzamento

dell'entusiasmo, si percepisce un sentimento di stallo, di noia e inizia una preoccupazione per la propria carriera;

3)stadio della frustrazione: emerge rabbia e delusione per la differenza tra le aspettative e la realtà, si acquisisce la consapevolezza che i propri ideali hanno poco a che vedere con i reali bisogni di coloro a cui è rivolto il servizio, si inizia a percepire un senso di inutilità, di vuoto e di impotenza;

4)stadio dell'apatia: c'è un completo disimpegno emotivo-affettivo nei confronti della propria condizione professionale frustrante, scompare il desiderio di aiutare gli altri, c'è un sentimento di infelicità, rassegnazione, le aspettative si abbassano ulteriormente, l'empatia si trasforma in apatia arrivando anche alla sfera privata dell'operatore, è la fase vera e propria del burnout.

5.5-LE TEORIE DEL BURNOUT

Ci sono due teorie che cercano di spiegare il burnout: una che lo vede come esito di situazioni oggettivamente stressogene, l'altra che lo attribuisce a processi interni dell'individuo che non sa o non vuole assumersi le responsabilità dei propri comportamenti⁷⁰.

La prima teoria è la più diffusa grazie ai lavori della Maslach, studiosa nota per aver proposto la prima scala di misura del fenomeno: la Maslach Burnout Inventory. E' costituita da diverse affermazioni alle quali il soggetto esaminato indica il suo accordo o disaccordo dando un punteggio che va da 0 a 6, analizzando le risposte date si può individuare quali comportamenti sarebbero da modificare per migliorare lo stato generale dell'operatore ed abbassare quindi i livelli di burnout.

Negli anni '80 sono state prese in considerazione diverse scale per misurare questo fenomeno, alcune di esse miravano ad individuarne le cause, altre gli effetti⁷⁴, però è stata la Maslach ad avere più

popolarità a livello scientifico, essa non si concentra sulle cause o gli effetti, ma inserisce nei sintomi la Realizzazione Personale che potrebbe essere considerata anche come causa del burnout⁷⁵. Negli anni diversi studiosi hanno ripreso la teoria della Maslach e l'hanno ampliata dando una spiegazione sempre più precisa del fenomeno: si ritiene che abbia origine dall'accumularsi di reazioni di stress e frustrazione in un ambiente con un carico importante di lavoro, tensione e scarsi rapporti sociali positivi⁷⁶; è dato dall'evoluzione di una condizione di stress continuo⁷⁷. Ovviamente la sensibilità allo stress è soggettiva e dipende dalla percezione della propria attività lavorativa, sono le differenze individuali a giustificare nella realtà le varie forme dell'esperienza stressante⁷⁷. Pinelli ed alcuni suoi collaboratori hanno rilevato che il burnout è legato a variabili individuali: alla personalità del soggetto, alla condizione sociale, alle richieste in ambito lavorativo, alle interazioni tra operatore e utente; per questo ha orientato l'intervento a livello

preventivo sulle risorse della persona⁷⁸: conoscendo bene ogni operatore, le proprie capacità e i propri bisogni si può contrastare il burnout.

5.6-COME CONTRASTARE IL BURNOUT

Per contrastare lo stress/burnout bisogna riconoscere che è un fenomeno soggettivo.

Esistono due tipologie di problemi: quelli oggettivi dove le difficoltà non dipendono dal soggetto quindi non serve preoccuparsi, e quelli soggettivi dove le difficoltà dipendono dal punto di vista dell'individuo, a questo punto bisogna analizzare il proprio pensiero e modificarlo per poter perseguire gli scopi preposti.

L'obbiettivo può essere definito o per motivi emozionali e quindi guidati dall'istinto oppure utilizzando la ragione cioè superando la parte emozionale e agendo secondo un piano. Per mettere da parte le emozioni c'è bisogno di una certa maturità che nel campo lavorativo chiamiamo maturità professionale: la persona agisce secondo obbiettivi

organizzativi e non secondo esigenze e reazioni soggettive⁷⁰.

La maturità professionale è composta da più parti⁷⁰:

1) competenza tecnica: maggiore è la competenza tecnica minore è lo sforzo richiesto per affrontare situazioni difficili, essa dipende dalla preparazione e dall'esperienza; non si può avere competenza senza la conoscenza, la Benner in uno studio dimostra che la pratica clinica costituisce di per sé una modalità di conoscenza: bisogna dare importanza all'esperienza quotidiana e condividerla con i colleghi⁷⁹; non bisogna mai sottovalutare l'esperienza perché essa deriva da nozioni ed ipotesi preconcepite che vengono messe alla prova per poi essere perfezionate o disconfermate dalla realtà⁸⁰, è quindi un requisito della competenza, maggiore è l'esperienza maggiore è il "saper fare"; il problem solving di un infermiere esperto è completamente diverso da un infermiere ad inizio carriera: l'esperto percepisce la situazione come un insieme, utilizza le situazioni del passato come

paradigmi e si muove verso la parte precisa del problema senza perdere tempo a considerare azioni irrilevanti⁸¹;

2)organizzazione del lavoro: maggiore è

l'organizzazione del lavoro e maggiore è la valorizzazione della competenza tecnica individuale, un operatore competente può sfruttare al meglio le sue capacità se è anche disponibile ad un lavoro di equipe⁸²;

3)competenza relazionale: maggiore è la competenza relazionale e maggiore è l'efficienza dello staff, saper comunicare evita fraintendimenti, recriminazioni, frustrazioni, demotivazione e favorisce lo sviluppo di empatia;

4)capacità di controllo dello stress e del burnout:

maggiore è la capacità del soggetto di capire le cause di alcune emozioni più è chiara la distinzione tra problema oggettivo e quello soggettivo, bisogna cercare di non coinvolgere la parte emozionale nei problemi oggettivi da affrontare.

CAPITOLO VI: APPROCCIO ALLA

CONTENZIONE DI 6 OSPEDALI DIVERSI E

BURNOUT INFERMIERISTICO

6.1-BACKGROUND

C'è una letteratura piuttosto vasta riguardante l'utilizzo della contenzione in psichiatria, dei metodi utilizzati e di come essa viene percepita dai professionisti sanitari⁸³. Vari studiosi si sono chiesti se l'utilizzo della contenzione sia così utile a scopo terapeutico oppure se si potessero gestire le persone con disturbo mentale in un'altra maniera. Molti si sono focalizzati sul fatto che contenere significa limitare la libertà personale che è uno dei diritti fondamentali dell'uomo. Ci sono vari elementi che mettono in discussione l'utilizzo della contenzione ma molte sono anche le cose da considerare nel momento in cui si decide di non applicarla più o limitarla per esempio avere un luogo appropriato con il giusto numero di operatori e formare il personale infermieristico a saper gestire determinate situazioni.

Sono state tutte queste considerazioni ad accendere la curiosità per questo studio: valutare il burnout infermieristico in relazione alle contenzioni effettuate oppure non effettuate in base all'ospedale in cui ci troviamo; ovviamente non poteva essere esclusa la formazione del personale infermieristico e come essa influisce sul burnout. Con questo studio si prova a capire quali elementi influiscono negativamente sul burnout infermieristico quindi in quale contesto di quelli analizzati l'infermiere lavora meglio senza dimenticare che alla base c'è una grande differenza tra le varie organizzazioni passando da chi non contiene per nessuna ragione al mondo a chi invece ha dei protocolli con i quali essa viene applicata.

L'osservazione e le differenze possono essere notate anche in chi ha avuto una formazione e chi no, tra chi ha scelto di lavorare in SPDC e chi invece c'è stato assegnato.

6.2-METODO

Studio analitico effettuato somministrando un questionario in sei ospedali differenti a 10 infermieri per ogni struttura. Una volta raccolti i dati sono stati analizzati, raggruppati e confrontati.

6.3-PARTECIPANTI

In totale hanno partecipato sessanta infermieri, dieci per ogni reparto SPDC, i questionari sono stati distribuiti casualmente senza distinzione di età, sesso, etnia, ecc.

Il campione è costituito per il 53% da donne, per il 30% da uomini e il restante 17% non ha specificato il sesso. La maggior parte dei soggetti analizzati ha un'età compresa tra 40 a 49 anni.

Per quanto riguarda gli anni di servizio il 27% lavora da più di 25 anni, il 22% ha tra 20 e 25 anni di servizio, il 15% ne ha tra 10 e 19, il 13% lavora da meno di 5 anni, il 10% ha tra i 5 e i 9 anni di servizio e il restante 13% non ha risposto.

La maggior parte del campione lavora da poco in SPDC infatti il 27% è da meno di 5 anni che offre servizio, il 23% ci lavora da un periodo che va da 5 a 9 anni, un altro 23% da 10 a 19 anni, il 14% da 20 a 25 anni, solo il 3% da più di 25 anni, il restante 10% non ha voluto specificarlo.

Il 52% dei partecipanti ha lavorato in altre strutture della salute mentale soprattutto in strutture di riabilitazione, il 27% ha lavorato solo in SPDC, il 5% in altri reparti e il restante 16% non si è espresso.

6.4- STRUMENTI

Per svolgere lo studio è stato utilizzato un questionario composto da due parti: la prima parte è stata creata per lo studio inserendo domande riguardanti età, sesso, anni di lavoro, formazione e la gestione della contenzione nell'ospedale in cui il soggetto esaminato lavora, la seconda parte corrisponde alla scala di Maslach Burnout Inventory utilizzata per valutare il burnout infermieristico. (Allegato)

6.5-SCOPO DELLO STUDIO

L'indagine va ad indagare diversi elementi come la formazione, la gestione della contenzione, le aggressioni subite cercando una relazione fra esse e il burnout infermieristico.

Lo scopo è quello di valutare lo stress lavoro correlato in setting e modalità assistenziali diverse per formazione ed organizzazione infatti sono stati analizzati SPDC no restraint, altri che utilizzano la contenzione con protocolli rigidi e aumentano il personale infermieristico nel momento in cui ci sono persone contenute, altri a porta aperte in determinate fasce orarie h12 ed altri, i più diffusi in Italia, che applicano la contenzione con protocolli ma meno restrittivi ai precedenti.

6.6- ANALISI DEI DATI

Dall'analisi dei questionari emergono diversi dati:

- il 50% del campione ha scelto, per vari motivi, di lavorare in SPDC;
- Il 98% è contento di lavorare il SPDC;
- l'83% non ha frequentato corsi di formazione specifici prima di lavorare in SPDC;
- l'80% ha frequentato corsi sulla comunicazione;
- il 68% specifici sull'aggressività;
- il 47% non ha mai frequentato corsi sulla gestione della contenzione, il restante 53% ha frequentato corsi soprattutto per l'utilizzo degli ausili meccanici e per la contenzione farmacologica;
- il 13% non crede che la contenzione sia utile come intervento terapeutico mentre l'87% crede che sia utile soprattutto l'utilizzo della contenzione farmacologica e ambientale;
- quasi il 75% è d'accordo sul fatto che la contenzione sia utile per tutti gli agiti aggressivi, più del 50% concorda anche sul fatto che possa prevenire gesti autolesivi, la metà del campione

è d'accordo sul fatto che possa aiutare nelle crisi indotte da sostanze e che possa prevenire le cadute; (domanda con possibilità di risposta multipla)

- il 90% condivide il protocollo utilizzato, il 5% non lo condivide e il restante 5% non ha risposto;
- il 12 % non è mai stato aggredito, tutti gli altri hanno subito sia aggressioni verbali che fisiche, alcuni soggetti le hanno subite entrambe: su 60 infermieri l'82% è stato aggredito verbalmente e il 63% fisicamente quindi più della metà hanno subito sia aggressioni verbali che fisiche; (domanda con possibilità di risposta multipla)
- il 70% non ha mai subito infortuni negli ultimi 5 anni in seguito ad aggressioni, il 17% ne ha subite solo 1, il 2% ne ha subite 2, il 3% ne ha subite 3, l'8% più di 5; dall'andamento dei dati emerge quindi che la maggior parte non ha subito infortuni negli ultimi 5 anni ma, dimostra

anche che non c'è un andamento lineare negli infortuni e questo ci porta a dire che le persone che subiscono infortuni sono le medesime.

Per quanto riguarda il burnout infermieristico misurato con la scala di Maslach dai questionari è emerso che non c'è una correlazione tra stress e:

- età del personale infermieristico;
- anni di servizio;
- aver lavorato in altre strutture del DSM;
- l'organizzazione interna: posti letto, numero infermieri, gestione della contenzione.

Risultano essere significativi alla riduzione del rischio di sviluppare situazioni di stress due elementi:

- la formazione ricevuta: chi ha ricevuto una formazione specifica prima di lavorare in SPDC, chi ha frequentato corsi sulla comunicazione e sulla gestione dell'aggressività e chi ha frequentato corsi sulla gestione della contenzione;

- la motivazione nel lavorare in SPDC: dai dati è emerso che chi ha scelto di lavorare in SPDC è più soggetto a sviluppare situazioni di stress, chi sceglie di lavorare in questo reparto ha delle aspettative rispetto a chi ci lavora perché assegnato dal servizio delle professioni e, quando le aspettative non vengono raggiunte si crea nel soggetto una delusione professionale che inevitabilmente produce stress;

6.7- DISCUSSIONE

Dallo studio è emerso che non ci sono correlazione, come si potrebbe immaginare, tra stress e l'età di servizio in SPDC quindi non c'è un diverso livello di burnout tra chi lavora da molti anni rispetto a chi offre servizio da poco. Non c'è una correlazione neanche tra stress e l'aver lavorato in altre strutture del DSM: avere esperienza in altre strutture della salute mentale dovrebbe portare l'operatore a saper gestire

meglio la persona assistita quindi ad uno stress ridotto rispetto a chi affronta questa realtà per la prima volta ma i dati dello studio non confermano tale ipotesi.

E' interessante vedere che il 70% degli infermieri non ha mai avuto infortuni legati ad aggressioni negli ultimi 5 anni lavorativi quindi un dato piuttosto buono, però è emersa una situazione paradossale: del restante 30% il 17% ha avuto un solo infortunio, il 2% ne ha avuti due, il 3% tre, l'8% più di cinque. Il dato è interessante in quanto dimostra che, all'interno del nostro campione, sono spesso gli stessi operatori a subire infortuni, dimostrando che l'approccio relazionale dell'infermiere influenza i fenomeni legati all'aggressività.

Un dato emerso molto preoccupante è che il 75% degli infermieri credono che la contenzione sia utile come intervento terapeutico: come ribadito nell'Art.35 del Codice Deontologico 2019 e dalla

Corte di Cassazione a giugno 2018 nel caso Mastrogiovanni la contenzione non è un atto terapeutico perché non porta nessun beneficio alla persona assistita anzi, molti studi hanno dimostrato che aumenta il rischio di lesione, morte, infezioni alle vie respiratorie e urinarie e diminuisce la compliance con gli operatori sanitari prolungando il periodo di degenza. E' piuttosto assurdo che un infermiere di un SPDC creda che tale pratica sia un atto terapeutico dimostrando quindi di non essere a conoscenza di tutti i rischi ad essa collegati e che che non porta nessun beneficio.

Un elemento significativo per lo stress è la formazione ricevuta: dai dati è emerso che chi ha avuto formazione ha un minor rischio di sviluppare burnout. Attraverso l'odds ratio è stato visto che chi non ha avuto formazione ha un rischio 4 volte superiore di avere un alto rischio di esaurimento emotivo rispetto a chi ha avuto formazione.

Esaurimento emotivo che ricordiamo essere la

sensazione di non avere più nulla da offrire a livello psicologico. La stessa cosa vale per la ridotta realizzazione con un rischio relativo (odds ratio) di 1,8 per l'alto rischio e di 2,7 per il medio alto. Ridotta realizzazione intesa come percezione della propria inadeguatezza a lavoro, con diminuzione dell'autostima e un'attenuazione del desiderio di successo.

Un altro dato correlato allo stress è l'aver scelto di lavorare il SPDC: chi ha scelto volontariamente di lavorare in questo reparto ha un rischio alto di esaurimento emotivo di 1,5 volte maggiore rispetto a chi non ha scelto volontariamente; per la ridotta realizzazione il rischio relativo sale a 2,5 per l'alto rischio e 4,7 per il rischio medio alto. Questo probabilmente accade perchè chi sceglie di lavorare il SPDC ha delle aspettative e quando queste non vengono soddisfatte la persona smette di credere nel proprio lavoro, non si sente realizzata e soddisfatto del proprio operato. Nel campione studiato sembra

non essere presente il rischio di depersonalizzazione, inteso come assunzione di atteggiamenti negativi, di distacco, di cinismo, di ostilità verso tutti coloro con cui si ha a che fare durante il lavoro.

Sarebbe interessante, con uno studio longitudinale, capire il diverso andamento dello stress in persone che sono state assegnate al servizio rispetto a chi ha voluto lavorare in SPDC, capire quando compare lo stress, il livello di burnout e indagare sulle motivazioni di tale fenomeno, vedere se, con un campione più ampio e in un periodo più lungo i risultati rimangono invariati o cambiano.

6.8- CONCLUSIONE

Con questo studio è stato visto che gli unici elementi veramente incisivi riguardo lo stress lavoro correlato sono la formazione e la volontarietà di lavorare in questi reparti.

E' emerso anche che non c'è molta conoscenza rispetto alla contenzione e ai suoi rischi visto che il 75% crede che sia un atto terapeutico.

I dati dimostrano anche che solo il 30% ha subito infortuni negli ultimi anni lavorativi ma di questi c'è una piccola parte che subisce spesso infortuni dimostrando di avere una gestione della persona assistita sbagliata.

Sarebbe interessante vedere come i dati possono cambiare dopo una formazione effettuata a tutto il personale e vedere se i dati rimangono invariati.

Bisognerebbe ampliare lo studio aumentando il numero dei soggetti intervistati, concentrandosi maggiormente sui sistemi motivazionali e formativi.

BIBLIOGRAFIA

- 3-** L. Grassi, F. Ramaciotti, La contenzione dell'infermo di mente e del tossicodipendente, 2009.
- 5-** Alessandro Attilio Negroni, Psichiatria e Psicoterapia 2014, p.333.
- 7-** C. Sale, Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico, «Diritto Penale Contemporaneo» (online), 27 aprile 2014, p. 2.
- 9-** M. Foucault, Il potere psichiatrico, Feltrinelli, Milano, 2004.
- 10-** J. Conolly, Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856), Einaudi, Torino, 1976.
- 11-** C. Sale, La responsabilità penale in psichiatria, cit. p.11
- 12-** Art. 153, R.D. 18 giugno 1931, n. 773
- 13-** R.E. Mc Cue et al., Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service, «The Journal of Behavioral Health Services & Research», 2004, p. 217-224.

15- Contenzione e responsabilità sanitaria a cura di Stefano Canestrari, elaborato scritto per Master di I livello in diritto Sanitario a.a. 2015-2016, p.8 di Patrizia Gallinari

16- Cass. Pen., sez. IV, 22 settembre 2009, n. 36852, in F. Giunta, G. Lubinu, D. Micheletti, P. Piccialli, P. Piras, C. Sale, Il diritto penale della medicina nella giurisprudenza di legittimità, Napoli, 2011, p. 18. In questa sentenza non compare mai la parola «contenzione» ma si utilizza il termine «trattamento con sedativi», definizione che non chiarisce se nel caso di specie si trattasse di terapia o di contenzione farmacologica.

17- Alessandro Attilio Negroni, Psichiatria e Psicoterapia 2014, p.336

18- Royal College of Nursing 2008, p. 3

19- G. Del Giudice, Sulla contenzione in psichiatria, Edizioni Alpha Beta Verlag, Merano, 2015, p. 193.

L'autrice sottolinea come «i professionisti che legano utilizzano la parola contenzione cercando di

trasformare la pratica inumana e degradante, per chi la fa e chi la subisce, del legare l'altro in un atto tecnico e professionale, in modo da attenuare l'infamia di tale gesto e non suscitare indignazione critica, né in sé né negli altri [...]».

20- Contenzione e responsabilità sanitaria a cura di Stefano Canestrari, elaborato scritto per Master di I livello in diritto Sanitario a.a. 2015-2016, p.16 di Luciano Barbuto

21- Art.3 della Convenzione delle Nazioni Unite per la tutela dei diritti delle persone con disabilità

22- Art.14 della Convenzione “ “ “ “

23- Art.15 della Convenzione

24- Art.16 della Convenzione

25- Art.17 della Convenzione

26- La lettera e) dell'art. 5 della CEDU è stata richiamata da alcuni per fondare la legittimità dei trattamenti contentivi: cfr. la ricostruzione di C. Sale, Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico, cit., p. 14. Contra, M. Massa,

Contenzione, Digesto delle discipline privatistiche, X, Utet Giuridica, Torino, 2015, il quale sottolinea la necessità della previa mediazione legislativa nazionale che precisi presupposti e garanzie delle restrizioni alla libertà personale.

27- C. cost., sent. 3 luglio 1956, n. 11

28- C. cost. sent. 23 luglio 1991, n. 366

29- C. cost. sent. 29 dicembre 1988, n. 1146

30- S. Rossi, La salute mentale tra libertà e dignità; Un dialogo costituzionale, FrancoAngeli, Milano, 2015, p. 248

31- C. cost. 7 dicembre 1994, n. 419; C. cost., 31 maggio 1995, n. 210; C. cost. 30 giugno 1964, n. 68. Si legge nella sentenza 27 marzo 1962, n. 30: «la garanzia dell'habeas corpus non deve essere intesa soltanto in rapporto alla coercizione fisica della persona, ma anche alla menomazione della libertà morale quando tale menomazione implichi un assoggettamento totale della persona all'altrui potere». Per A. Barbera, I principi costituzionali della libertà personale, Giuffrè, Torino,

1967, p. 120, «il valore tutelato dalla fattispecie ex art. 13 Cost. va individuato nel libero sviluppo della persona attraverso il godimento della libertà fisica" e "la pretesa alla libertà personale va definita come pretesa a che non vengano posti limiti [...] alla libertà fisica, se non con le garanzie ex artt. 13 e 111 Cost., che abbiano come presupposto una valutazione negativa della personalità morale del colpito o, comunque, come effetto un'incidenza sulla dignità sociale del colpito».

32- Comitato Nazionale per la Bioetica, La contenzione: problemi bioetici, 2015.

33- KeskiValkama et al., 2007, Keski-Valkama A, Sailas E., Eronen M., Koivisto A.M., Lönnqvist J., Kaltiala-Heino R.: A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol , 2007.

34- Soininen et al., 2014

- 35-** Di Lorenzo et al., 2014, Lindsey, 2009, Hendryx et al., 2009, Soininen et al., 2013, Van der Schaaf et al., 2013
- 37-** Chaput et al., 2011
- 38-** Knurtzen,. et al. 2011
- 39-** Lindsey, 2009
- 43-** Bergk, Flammera & Stienert, (2010)
- 45-** Sibitz et al., 2011
- 46-** The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients, di Larue C., Dumais A., Boyer R., Goulet M. H., Bonin J. P., Baba N., in Issues Ment. Health Nurs.
- 47-** Sibitz et al., 2011; Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015
- 48-** Kontio et al., 2012; Ling et al., 2015
- 49-** Lanthén et al., 2015; Ling et al., 2015
- 50-** G. FARRELL, K. CUBIT, Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs, in Int. J. Ment. Health Nurs., 2005, 14(1), pp. 44-53; T.L. HUSUM, J.H. BJØRNGAARD, A.

FINSET, T. RUUD, A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics, in BMC Health Serv. Res., 2010, 10, p. 89.

51- L. HOLLINS, Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach, in J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2010, 17(4), pp. 369-76.

52- J. LEBEL, R. GOLDSTEIN, The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination, in Psych. Serv., 2005, 9, 56, pp. 1109–1114; W.K. MOHR,

53- B. PATERSON, P. BRADLEY, C. STARK, D. SADDLER, D. LEADBETTER, D. ALLEN, Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey, in J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2003, 10, pp. 3–15; B. KARGER, T. FRACASSO, H. PFEIFFER, Fatalities related to medical restraint devices Asphyxia is a

common finding, in *For. Science International*, 2008, 178, pp. 178–184; Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations, Preventing restraint deaths, *Sentinel Event Alert*, 1998, 8; A. DUBE, E. MITCHELL, Accidental strangulation from vest restraints, in *JAMA*, 1986, 256, 27256; A. LANGSLOW, Safety and physical restraint, in *Australian Nurses Journal*, 1999, p. 345; S. H. MILES, P. IRVINE, Deaths caused by physical restraints, in *Gerontologist* 1992, P. 7626. 156

54- B. C. DICKSON, M.S. POLLANEN, Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients, in *J. Forensic Leg. Med.*, 2009, 16, 5, p. 284.

55- T.F. SCOTT, J.A. GROSS, Brachial plexus injury due to vest restraints, in *New England Journal of Medicine*, 1989, 320, p. 598.

56- P. McLARDYSMITH, P.D. BURGE, N.A. WATSON, Ischaemic contracture of the intrinsic

muscles of the hand: a hazard of physical restraint, in
Journal of Hand Surgery, 1986, 11, p. 657.

57- D. GULIZIA, F. LUGO, A. COCCHI, A.

ZANOBIO, A. BREZZO, G. LAURETTA, O.

MATTIA, R. CHIAPPA, S. DAL FRATELLO, V.

ADAMO, La contenzione fisica in ospedale, Azienda

Ospedaliera Niguarda Cà Granda; B. MAVRETISH,

Nursing home issues in restraint use, H.E.C Forum,

1998, 10 (3-4), pp. 300-305; G. BONNER, T. LOWE,

D. RAWCLIFFE, N. WELLMAN, Trauma for all: a

pilot study of the subjective experience of physical

restraint for mental health inpatients and staff in the

UK, in J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2002, 9, pp.

465– 73; D. EVANS, J. WOOD, L. LAMBERT, M.

FITZGERALD, Physical Restraint in Acute and

Residential Care, A Systematic Review n. 22, Joanna

Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002

59- D. GULIZIA, F. LUGO, A. COCCHI, A.

ZANOBIO, A. BREZZO, G. LAURETTA, O.

MATTIA, R. CHIAPPA, S. DAL FRATELLO, V.

ADAMO, La contenzione fisica in ospedale, Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda; B. MAVRETISH, Nursing home issues in restraint use, H.E.C Forum, 1998, 10 (3-4), pp. 300-305; G. BONNER, T. LOWE, D. RAWCLIFFE, N. WELLMAN, Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK, in J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 2002, 9, pp. 465– 73; D. EVANS, J. WOOD, L. LAMBERT, M. FITZGERALD, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review n. 22, Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia, 2002.

60- A. FIORITTI, Tra Pinel e Giorgio III: la storia infinita di libertà e coercizione in psichiatria, cit, p8

61- J. BERGK, E. FLAMMER, T. STEINERT, Coercion Experience Scale (CES): validation of a questionnaire on coercive measures, BMC Psychiatry, 2010, 14, pp. 10-15; T. D. STROUT, Perspective on the experience of being physically restrained: an

integrative review of the qualitative literature, in *Int. J. Ment. Health Nurs.*, 2010, 19, pp. 416-427.

62- S. JAEGER, C. PFIFFNER, P. WEISER, G. LÄNGLE, D. CROISSANT, W. SCHEPP, R. KILIAN, T. BECKER, G. ESCHWEILER, T. STEINERT, Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion, in *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2013, 48 (11), pp. 1787-1796; S. PRIEBE, C. KATSAOUKU, K. YEELES, T. AMOS, R. MORRIS, D. WANG, Predictors of clinical and social outcomes following involuntary hospital admission: a prospective observational study, in *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2011, 261(5), pp. 377–386; L.H. MYKLEBUST, K. SØRGAARD, K. RØTYOLD, R. WYNN, Factors of importance to involuntary admission, in *Nordic Journal of Psychiatry*, 2012, 66, pp. 178–182.

63- K. Lorenz, *Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression*, 1963

- 64-** World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Krug E, Dahlberg L, et al. World Health Organization, Ginevra. 2002. Versione italiana In: Quaderni di sanità pubblica. Violenza e salute nel mondo. Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. CIS editore. 6. World -Health Organization (WHO). WHO global consultation on violence and health. Violence: a public health priority (document WHO/EHA/SPI.POA.2). Ginevra, World Health Organization. 1996.
- 66-** La contenzione fisica in ospedale. Evidence based guideline. Data revisione gennaio 2008;
- 67-** Hillard R, Zitek B. Il paziente potenzialmente violento, Emergenza psichiatrica. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005:63-75
- 70-** R. Anchisi, M. Gambotto Dessy, Il burnout del personale sanitario, 2008
- 71-** Selye H.: Stress: the physiology and pathology of exposure to stress; a treatise based on the concept of the general adaptation syndrome and the disease of

adaptation. Montreal. Acta Inc. Medical Publishers,
1950

72- Rosenman R. H. e Friedman M.: Type A behavior
and your heart. New York: Knopf, 1974.

73- Maslach C. e Jackson S.E. (1981), Maslach
Burnout Inventory, Consulting Psychologists Press
Inc., Palo Alto CA

74- Pedrabissi L., Santinello M.: Confronto tra due
scale per la misura del burnout. Bollettino di psicologia
applicata 1991, 199, P.: 25-31.

75- Zani e Cicognani infatti danno importanza alla
scarsa Realizzazione Personale come fattore causale
per il futuro emergere di vissuti di Esaurimento
Emotivo e l'accostano al concetto di self-efficacy e di
empowerment

76- Rossati A. e Magro G.: Stress e burnout. Roma.
Carocci, 1998.

-Shapiro S. L., Schwartz G. E., Bonner G.: Effects of
Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and

Premedical Students. *Journal of Behavioral Medicine*
1998, 21, P.: 581-600.

-Sirigatti S., Stefanile C.: Correlati individuali e
ambientali del burnout in infermieri professionali.

Bollettino di Psicologia Applicata 1993, 207, P.: 15-24.

77- Caprara G. V., Borgogni L.: Stress e
organizzazione del lavoro. *Bollettino di psicologia
applicata* 1988, 187, 56, P.: 5-23.

- Pinelli M., Pelosi A., Goldoni P., Boldrini F., Fano
E., Gozzi, E.: Il burnout nell'insegnante. Rapporto tra
aspetti di personalità ed esaurimento psichico.

Psicologia e Scuola, 1998, 96, P.: 4-14.

79- Patricia Benner "From Novice to Expert.

Excellence

and Power in Clinical Nursing Practice" (1984)

80- Gadamer, G. 1970. *Truth and method*. London:

Sheer Ward;

Heidegger, M. 1962. *Being and time*. New York:

Harper Row. Trad. It.: "Essere e tempo"; Guida,

Napoli, 1998.

- 81-** Dreyfuss, H.L. 1979. What computers can't do: the limits of artificial intelligence. Revised ed. New York: Harper & Row;
- Dreyfuss, S.E. 1982. Formal models vs. human situational understanding: inherent limitations on the modeling of business expertise. *Office: Technology and People* 1, 133-155.
- 82-** Mengozzi U.: La Sindrome del Burnout in Pronto Soccorso. Relazione al Convegno "La Sindrome del Burnout in Pronto Soccorso", Civitanova Marche, 1998.
- 83-** R. WHITTINGTON, L. BOWERS, P. NOLAN, A. SIMPSON, L. NEIL, Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England, in *Psychiatric Services*, 2009, 60(6), pp. 792-798; C. DACK, J. ROSS, C. PAPADOPOULOS, D. STEWART, L. BOWERS, A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression, in *Acta Psychiatr. Scand*, 2013, 127(4), pp.

255–268; J. GUIVARCH , N. CANO, Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives, in *Encephale*, 2013, 39(4), pp. 237-43; E.C. MUIR-COCHRANE, J. BAIRD, T.V. McCANN, Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2015, 22(2), pp. 109-15; T.V. McCANN, J. BAIRD, E. MUIR-COCHRANE, Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units, in *BMC Psychiatry*, 2014, 19, pp. 14:80; E. FARINA-LÒPEZ, G.J. ESTÉVEZ-GUERRA, M. GANDOYCREGO, L.M. POLO-LUQUE, C. GÒMEZ-CANTORNA, E.A. CAPEZUTI, Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints, in *J. Nurs. Scholarsh.* 2014, 46(5), pp. 32230; L. DE BENEDICTIS, A. DUMAIS, N. SIEU, M.P. MAILHOT, G. LÉTOURNEAU, M.A. TRAN, I. STIKAROVSKA, M. BILODEAU, S. BRUNELLE, G. COTÉ, A.D. LESAGE, Staff

perceptions and organizational factors as predictors of
seclusion and restraint on psychiatric wards, in
Psychiatr Serv., 2011, 62(5), pp. 484-91; VON POST
I., Perioperative nurses' encounter with value conflicts.
A descriptive study, Scandinavian Journal of Caring
Sciences, 1998, 12(2), 81-88.

SITI INTERNET

1.https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RA_PPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf

2.http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf

4.<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-37-articolo-443.htm>

6.https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46506452/L-Infermiere-2012-n2_Indagine_di_prevalenza_Contenzione_Fisica.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLutilizzo_della_contenzione_fisica_negli.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191111%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191111T194859Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-

Signature=c4e6f805ad017028686d80d93b2059a268e6
d7f50991b5795028681c095a0a49

8.<http://www.tartavela.it/la-salute-mentale-nella-storia.html#sms02>

14.https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=67779

36- Studio condotto da Bergk et al. 2011,

https://www.researchgate.net/publication/51974500_A_Randomized_Controlled_Comparison_of_Seclusion_and_Mechanical_Restraint_in_Inpatient_Settings

40- Studio condotto da Van der Schaaf et al., 2013,

<https://translate.google.com/translate?hl=it&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23307922&prev=search>

41- Ricerca effettuata da Berzlanovich, 2012,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334818>

42- Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer & Amering, 2011,

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/impact-of-coercive->

measures-on-life-stories-qualitative-
study/522495A328930D5E3384608ABFFEC8EB

44- Studio condotto da Beghi et al., 2013,

<https://www.researchgate.net/publication/235728388>

Prevalence and risk factors for the use of restraint
in psychiatry A systematic review

58.[https://www.infermieritalia.com/2015/12/16/rischi-](https://www.infermieritalia.com/2015/12/16/rischi-e-lesioni-correlate-alla-contenzione-fisica/)
e-lesioni-correlate-alla-contenzione-fisica/

65.[https://www.valeriorosso.com/2016/10/18/gestione-](https://www.valeriorosso.com/2016/10/18/gestione-del-paziente-aggressivo-de-escalation/)
del-paziente-aggressivo-de-escalation/

68.[http://istitutohfc.com/la-tecnica-della-de-escalation-](http://istitutohfc.com/la-tecnica-della-de-escalation-per-la-gestione-dei-conflitti/)
per-la-gestione-dei-conflitti/

69- Insieme per il sociale: SERVIZIO DI

PREVENZIONE E PROTEZIONE PREVENZIONE

DEGLI ATTI DI VIOLENZA NEI LUOGHI DI

LAVORO, revisione del 2017,

[https://www.insiemeperilsociale.it/IMG/pdf/Procedura](https://www.insiemeperilsociale.it/IMG/pdf/Procedura_prevenzione_atti_violenti.pdf)
_prevenzione_atti_violenti.pdf

ALLEGATI

ALLEGATO 1

secco	F			M	
Età in anni	Meno di 30	Tra 30 e 39	Tra 40 e 49	Tra 50 e 60	Più di 60
Anni di servizio	Meno di 5	Tra 5 e 9	Tra 10 e 19	Tra 20 e 25	Oltre 25
Anni di servizio in SPDC	Meno di 5	Tra 5 e 9	Tra 10 e 19	Tra 20 e 25	Oltre 25
Ha lavorato in altre strutture della salute mentale?	CSM	Strutture Riabilitative	Centro Diurno	Gruppi Appartamento	Altro:
Quanti posti letto ha l'SPDC in cui lavora?			Meno di 10	Tra 10 e 16	Più di 16
Quanti Infermieri sono in turno h24	Meno di 12	Tre 12 e 17	Tra 18 e 29	Tra 30 e 40	Più di 40
Ci sono infermieri fuori turno	Si un part time	Uno	Due	Più di due	Solo il coordinatore
Sono presenti OSS	Meno di 6	Tra 6 e 11	Tra 12 e 17	Tra 18 e 23	Più di 24
Perché lavora in SPDC	Ho scelto io per motivi famigliari o di distanza dal domicilio	Ho scelto io perché fisicamente meno impegnativo	Ho scelto io perché mi piace il rapporto con l'assistito	Sono stato assegnato dal servizio infermieristico/ dipartimento delle professioni	Sono stato assegnato dal medico competente
E' contento della tua assegnazione all'SPDC?				Si	No
Ha frequentato corsi di formazione specifici prima di iniziare a lavorare in salute mentale?				Si	No
Ha frequentato corsi sulle tecniche di de escalation o gestione dell'aggressività?				Si	No
Ha frequentato corsi sulla comunicazione?				Si	No
Ha frequentato corsi sulla gestione della contenzione?	Si, con ausili meccanici	Si, ambientale (isolamento)	Si, farmacologica	Si, attuata dall'operatore come solo mezzo contenitivo	No,mai
E' a conoscenza di protocolli o procedure, nella sua realtà operativa, sulla	Si, con l'utilizzo di ausili meccanici	Si, ambientale (isolamento)	Si, farmacologica	Si, attuata dall'operatore come solo mezzo contenitivo	No

contenzione o su come evitarla?					
Crede sia utile la contenzione come intervento terapeutico?	Si, con ausili meccanici	Si, ambientale (isolamento)	Si, farmacologica	Si, attuata dall'operatore come solo mezzo contenitivo	No
Crede che la contenzione possa essere utilizzata	Per sopperire al poco personale	Per le crisi indotte da sostanze	Per tutti gli agiti aggressivi	Per evitare cadute accidentali	Per evitare gesti autolesivi
Quanto dura, in ore, nella sua realtà operativa, mediamente, una contenzione?			Meno di 24 ore	Tra le 12 e le 24 ore	Oltre 24 ore
Condividi il protocollo utilizzato nella tua realtà operativa?				Si	no
Viene sempre rispettato?				Si	no
E' mai stato aggredito?			Verbalmente	Fisicamente	no
Ha mai avuto infortuni a seguito di aggressione negli ultimi 5 anni?	Una volta	Due volte	Tre volte	Più di tre volte	mai

Scala di Maslach Burnout Inventory

Per ciascuna di queste domande segna il numero corrispondente a come ti senti, tenendo conto che:

0 = MAI

1 = QUALCHE VOLTA ALL'ANNO

2 = UNA VOLTA AL MESE O MENO

3 = QUALCHE VOLTA AL MESE

4 = UNA VOLTA ALLA SETTIMANA

5 = QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA

6 = OGNI GIORNO

1. Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro. 0 1 2 3 4 5 6
2. Mi sento sfinito alla fine della giornata. 0 1 2 3 4 5 6
3. Mi sento stanco quando mi alzo alla mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro. 0 1 2 3 4 5 6

4. Posso capire facilmente come la pensano i miei pazienti.	0	1	2	3	4	5	6
5. Mi pare di trattare alcuni pazienti come se fossero degli oggetti.	0	1	2	3	4	5	6
6. Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi.	0	1	2	3	4	5	6
7. Affronto efficacemente i problemi dei pazienti.	0	1	2	3	4	5	6
8. Mi sento esaurito dal mio lavoro.	0	1	2	3	4	5	6
9. Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro.	0	1	2	3	4	5	6
10. Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11. Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente.	0	1	2	3	4	5	6
12. Mi sento pieno di energie.	0	1	2	3	4	5	6
13. Sono frustrato dal mio lavoro.	0	1	2	3	4	5	6
14. Credo di lavorare troppo duramente.	0	1	2	3	4	5	6
15. Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni pazienti.	0	1	2	3	4	5	6
16. Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa Tensione.	0	1	2	3	4	5	6
17. Riesco facilmente a rendere i pazienti rilassati e a proprio agio.	0	1	2	3	4	5	6
18. Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i pazienti.	0	1	2	3	4	5	6
19. Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro.	0	1	2	3	4	5	6
20. Sento di non farcela più.	0	1	2	3	4	5	6
21. Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma.	0	1	2	3	4	5	6
22. Ho l'impressione che i pazienti diano la colpa a me per i loro problemi.	0	1	2	3	4	5	6

Esponi brevemente le principali problematiche con le quali devi confrontarti al lavoro, riportando i tuoi punti di vista e i pensieri su ciò che maggiormente ti crea disagio e illustra eventuali azioni per affrontare le situazioni stressanti.
