



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**Il ruolo infermieristico nella gestione del
paziente aggressivo in area critica:
la contenzione tra etica e realtà sanitaria**

Relatore:

Dott.ssa Silvia Giacomelli

Tesi di Laurea di:

Chiara Molinas

A.A. 2019/2020

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: *Il comportamento violento*

1.1 L'aggressività

1.2 I fattori correlati allo sviluppo di un comportamento aggressivo

1.3 L'assistenza infermieristica in salute mentale

1.4 La valutazione preventiva del rischio di sviluppare comportamenti violenti

1.5 La gestione infermieristica del paziente nella varie fasi di aggressività: tecniche di de-escalation

CAPITOLO 2. *La contenzione: aspetti generali*

2.1 La contenzione: tipologie e indicazioni all'utilizzo clinico

2.2 La procedura e le linee guida di riferimento

2.3 La responsabilità infermieristica: il monitoraggio del paziente contenuto e la prevenzione degli effetti indesiderati

2.4 Il quadro legislativo

2.5 Il dibattito sull'eticità

CAPITOLO 3: *La gestione del paziente aggressivo in Area Critica ed in SPDC*

3.1 Obiettivo

3.2 Materiali e metodi

3.3 Risultati

3.4 Discussione

CAPITOLO 4: *Conclusioni*

ALLEGATI

ACRONIMI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

ABSTRACT

Background

Nel corso dell'attività lavorativa in ambiente sanitario può capitare di doversi relazionare con utenti che hanno o che stanno per avere comportamenti aggressivi ed è necessario che gli operatori sanitari presenti sappiano gestire nel modo più corretto possibile tali "emergenze comportamentali".

La corretta gestione dell'aggressività e dei disturbi del comportamento in fase acuta richiede l'assimilazione di competenze relazionali, di competenze tecniche e di capacità di coordinamento fra gli operatori. L'utilizzo di misure costrittive, come la contenzione psicologica, ambientale, farmacologica, fisica e/o meccanica, sono considerate pratiche diffuse da molto tempo sebbene ci siano numerosi dibattiti sull'etica e sulla legalità di tali procedure.

Obiettivo

L'obiettivo di questo lavoro è quello di indagare quali siano le effettive conoscenze degli infermieri su questa tematica e capire quali siano le sensazioni provate dagli stessi durante l'applicazione della contenzione e il monitoraggio del paziente contenuto.

Materiali e metodi

La popolazione di riferimento è rappresentata dagli infermieri attraverso l'uso di piattaforme social che sono state utilizzate per la diffusione del questionario, creato con Google Moduli. Il campione comprende infermieri di Area Critica ed SPDC, includendo nei risultati anche le risposte provenienti da infermieri di setting lavorativi di cure intensive e quelli della Salute Mentale.

Risultati

L'analisi dei dati ha dimostrato che la gestione del paziente aggressivo e l'uso della contenzione sono una tematica molto dibattuta nel corpo professionale infermieristico. Secondo i dati ottenuti, l'emergenza comportamentale è una condizione clinica che si verifica frequentemente; nonostante ciò, gli infermieri talvolta non vengono messi nelle condizioni di fronteggiare in maniera sicura una situazione simile, in quanto non tutte le aziende o gli enti ospedalieri di appartenenza mettono a disposizione protocolli o procedure per la corretta gestione del paziente con comportamenti violenti, evitando,

quindi, la possibilità che si verifichi un danno al paziente. Dall'indagine portata avanti si evidenzia che le carenze dal punto di vista tecnico – comportamentale sono in numero ridotto; dai risultati ottenuti si evince che gli infermieri non sono indifferenti dal punto di vista emotivo nell'applicazione della contenzione, che provoca in loro sensazioni negative quali disagio, frustrazione e sensi di colpa per aver messo in atto tale procedura. Resta una procedura che porta con sé numerosi risvolti etici e deontologici.

Conclusioni

La gestione dell'aggressività e del comportamento violento è caratterizzata dalla valutazione sistematica del rischio con scale di valutazione, dall'osservazione di segni e sintomi premonitori, dagli interventi ambientali e relazionali volti a ridurre la portata dell'aggressività. La contenzione, come mezzo per la gestione del paziente in fase acuta, è utilizzata con il fine di proteggere non solo il paziente ma anche tutti coloro che si trovano nello stesso ambiente, operatori sanitari ed altri ospiti. Nonostante venga considerata come ovvia privazione della libertà, talvolta risulta essere la tecnica più efficace quando il rapporto causa effetto propende sul rischio che può accadere all'incolumità del paziente stesso (rischiare di sfilarsi drenaggi, accessi venosi centrali, ed in casi estremi anche supporti ventilatori avanzati ecc.) nonché quando la relazione e l'isolamento ambientale non hanno nessun effetto rilassante sul paziente. Una maggiore conoscenza delle indicazioni, della modalità di applicazione e della gestione del paziente contenuto vanno a ridurre di gran lunga la possibilità di mettere in atto un abuso di contenzione, che è uno dei motivi per il quale il dibattito sull'etica di tale procedura è tutt'oggi ancora aperto.

Parole chiave: agitation; physical restraint; violent behavior; aggressive behavior; critical care; de-escalation; violence; management; nursing; patient experience; restraint impact.

INTRODUZIONE

Nel corso dell'attività lavorativa in ambiente sanitario può capitare di doversi relazionare con utenti che hanno o che stanno per avere comportamenti aggressivi ed è necessario che gli operatori sanitari presenti sappiano gestire nel modo più corretto possibile tali "emergenze comportamentali", che vengono definite come situazioni in cui i pazienti presentano un'alterazione del tono dell'umore, dei processi ideativi o dell'atteggiamento, che richiede un intervento diagnostico e terapeutico immediato (Chiaranda, M., 2016).

I medici e gli infermieri sono gli operatori più a rischio in quanto la loro professione viene svolta a contatto diretto con il paziente; questi episodi di violenza vengono considerati eventi sentinella¹ e l'accadimento mette in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare scarsa consapevolezza, da parte dell'organizzazione, del pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie (Ministero della Salute e delle Politiche sociali, 2009). In particolare l'evento può essere dovuto a scarsa sorveglianza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche ed a difficoltà relazionale tra operatori e utenza. In risposta a questa esigenza espressa dalla realtà sanitaria, nel 2007 è stata emanata la Raccomandazione Ministeriale n.8, denominata "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", dalla quale emerge che *"gli eventi di violenza si verificano più frequentemente in servizi di emergenza-urgenza, in strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, in luoghi di attesa, nei servizi di geriatria e nei servizi di continuità assistenziale"*.

In generale, il fenomeno è diffuso a larga scala in ambito sanitario; in questo progetto di Tesi l'argomento sarà trattato soprattutto facendo riferimento al Dipartimento di Emergenza - Urgenza e al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Si parla, quindi, di *urgenza psichiatrica*, che è una condizione in cui il paziente si ritrova a dover affrontare una situazione di sofferenza psichica grave che può essere causata da

¹ Il Ministero della salute definisce "evento sentinella" un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione".

disturbi mentali (ES: schizofrenia, disturbo psicotico, disturbo delirante o disturbo maniacale), da disturbi organici che causano delirium acuto, da malattia cerebrale cronica (ES: demenza) e da intossicazione ed astinenza da alcol o da sostanze stupefacenti.

La corretta gestione dell'aggressività e dei disturbi del comportamento in fase acuta richiede l'assimilazione di competenze relazionali, di competenze tecniche e di capacità di coordinamento fra gli operatori. L'utilizzo di misure coercitive, come la contenzione psicologica, ambientale, farmacologica, fisica e/o meccanica, sono considerate pratiche diffuse da molto tempo sebbene ci siano numerosi dibattiti sull'etica e sulla legalità di tali procedure.

Alcuni autori ricordano che *“il ricorso frequente alla contenzione sia associato, anche, a disfunzionalità interne alle strutture, che rendono incapace il personale medico-infermieristico di far fronte a situazioni che richiederebbero cure psico-relazionali, piuttosto che l'esercizio della limitazione della libertà di movimento; ciò è attestato dal fatto che l'uso di interventi coercitivi è stato più volte selezionato in ambito scientifico come indicatore della carenza di qualità del trattamento dei pazienti ricoverati”* (Strout D., 2010 citato da Calderone, V. et al., 2017).

Si ricorre alla contenzione soltanto in circostanze di emergenza, dove l'approccio psicologico e relazionale non produce nessun effetto: si parla, quindi, di *extrema ratio*, ovvero quando la limitazione del paziente viene attuata perché rappresenta l'unica scelta possibile. Di conseguenza, è importante considerare che l'utilizzo di queste procedure debba essere limitato e mirato alla tutela del rispetto e delle libertà dell'individuo, sottolineando che l'abuso e l'uso improprio di tali mezzi vengono puniti dalla Costituzione, dal Codice Penale e da quello Etico e Deontologico; risulta essere essenziale, quindi, non oltrepassare il limite che si interpone tra lecito e illecito.

CAPITOLO 1. Il comportamento violento

1.1 L'aggressività

Nei setting lavorativi sanitari, sia intra-ospedalieri che territoriali, non è inusuale che gli operatori si trovino ad dover affrontare un paziente con comportamento violento.

Secondo uno studio effettuato dall'Università Tor Vergata di Roma, l'89% degli infermieri, cioè un numero pari circa a 239 mila, ha subito violenza durante la sua vita professionale: di questi, circa 180mila sono donne; nel 58% dei casi si è trattato di un'aggressione fisica (FNOPI, 2019).

Quando si parla di comportamenti violenti, si fa riferimento ad una serie di azioni che prevedono l'uso della forza fisica, l'abuso verbale, la minaccia o le intimidazioni, che possono provocare danni, ferite o lesioni ad un'altra persona (J. R. Harwood, 2017).

In particolar modo, per le condizioni cliniche e psicologiche dell'individuo, l'aggressività si manifesta soprattutto in realtà sanitarie come il Dipartimento di Emergenza e il SPDC. Per questo, è di assoluta importanza utilizzare modus operandi che siano riconosciuti efficaci nel migliorare la sicurezza ed aumentare la consapevolezza del personale; tra questi, si evidenzia la necessità di usufruire di protocolli aziendali e linee guida internazionali che permettano agli operatori sanitari coinvolti di effettuare una corretta gestione della prevenzione della violenza, implementando la formazione sull'uso della contenzione, il controllo accurato delle persone inclini alla violenza e il training e l'intervento del personale di sicurezza in caso di necessità (Fernandez, CM et al. 2002 citato da Petit, JR. 2005).

L'aggressività è un atteggiamento innato, è una funzione fisiologica della mente; viene anche definita come un istinto finalizzato a combattere ogni fenomeno che minacci l'integrità dell'organismo e la soddisfazione dei suoi bisogni. Infatti, secondo Freud, la pulsione aggressiva è considerata come un "*impulso istintivo primario*" che garantisce la sopravvivenza dell'individuo e della specie.

Talvolta, invece, la reazione violenta è una risposta aggressiva a uno stimolo che viene percepito come pericoloso ed è regolata dalla reazione di "*attacco o fuga*"; nei comportamenti violenti è possibile rilevare l'intervento del meccanismo che regola l'ansia, la quale, affiancata dalla necessità di garantire la sopravvivenza della persona, produce l'accumulo di un'ingente quantità di energia che trova sfogo attraverso l'attività motoria: il mancato controllo di una o più di queste tre funzioni (aggressività, ansia,

movimento) può portare allo sviluppo di comportamenti violenti, che si possono manifestare in modi diversi.

In letteratura sono identificate quattro categorie di aggressione, differenziate a seconda dell'oggetto dell'atto violento:

- Verbale;
- Contro la proprietà;
- Contro se stessi;
- Contro altre persone.

1.2 Fattori correlati allo sviluppo di un comportamento aggressivo

L'aggressione è, quindi, il risultato che deriva dall'interazione tra il soggetto e l'ambiente a lui circostante. Per questo, attraverso l'accertamento infermieristico, è doveroso e necessario effettuare una valutazione della presenza di fattori di rischio di sviluppo di un comportamento aggressivo. Ciò rende l'intervento di gestione dell'aggressività meno impulsivo e più ragionato, tanto da prevenire e bloccare la fase di escalation dell'aggressione, diminuendo la probabilità di dover utilizzare le strategie di intervento coercitive.

La causa dei comportamenti violenti può essere attribuita ad una combinazione di fattori intrinseci al paziente, come ad esempio la personalità, sintomi fisici o un importante disagio mentale, e di fattori estrinseci, inclusi atteggiamenti e comportamenti assunti dal personale sanitario o da altre persone, l'ambiente circostante e le restrizioni che limitano il movimento del paziente (Harwood, RH. 2017).

In maniera più specifica, i fattori di rischio intrinseci comprendono quelli psico - sociali, che includono diverse condizioni come la schizofrenia, la ridotta tolleranza alle frustrazioni, la carenza di controllo degli impulsi, la confusione mentale, il panico, il delirio, le allucinazioni, l'atteggiamento personale e l'incapacità di diversa espressione della rabbia.

Inoltre, si possono includere in questa categoria anche quelli socio – culturali: nell'accertamento infermieristico si va ad indagare se nel contesto familiare in cui ha vissuto il paziente ci sia una storia di violenza o maltrattamenti infantili, se abbia mai fatto riferimento a modelli culturali violenti o se abbia assistito ad interazioni violente tra i componenti della famiglia.

I fattori intrinseci fisiologici associano lo sviluppo di comportamenti aggressivi più frequentemente in soggetti giovani maschi, in persone affette da patologie cerebrali, con deficit nutrizionale, con un ridotto livello ematico di neurolettici e con reazioni tossiche a farmaci.

In ultimo, i fattori anamnestici come le aggressioni recenti, la storia di comportamenti violenti e la storia di episodi di collera.

Le cause estrinseche, invece, comprendono condizioni che vengono associate alla situazione o all'ambiente e alle interazioni. Le prime, fanno riferimento principalmente al setting in cui il paziente si trova: linee guida di condotta vaghe del reparto, mancata privacy e coinvolgimento del paziente nel progetto di cura, conflittualità tra i pazienti, forzata adesione alle regole di reparto, necessità di scaricare energia, TSO, costrizione della libertà personale.

Le seconde, si rivolgono principalmente ad una scorretta interazione tra il paziente e il personale, oltre ad una impreparazione ed un atteggiamento aggressivo degli operatori (Barelli P., Spagnoli E. 2013).

Tuttavia, il comportamento violento del paziente non è attribuibile solo ad una percezione distorta degli stimoli provenienti dall'esterno, e quindi a disturbi mentali come disordine della personalità borderline, demenza, disordine dissociativo, disordine post-traumatico, schizofrenia di tipo paranoide, abuso di sostanze, ma anche a cause di tipo secondario. Tra queste, si evidenziano quelle metaboliche – endocrine, come gli squilibri elettrolitici, quelle neurologiche, come nel caso dell'ictus e dell'emorragia intracranica, quelle tossicologiche, infezioni e condizioni come l'ipertermia o l'ipotermia (Gottlieb, M. et al. 2018). A queste cause, Chiaranda (2016) aggiunge anche tumori cerebrali, intossicazioni, patologie iatrogene ed epilessia temporale.

1.3 L'assistenza infermieristica in salute mentale

Il recupero delle capacità di autocura è l'obiettivo primario dell'infermiere di salute mentale e significa aiutare la persona a riacquistare modelli comunicativi e comportamentali che gli permettano di recuperare la propria autosufficienza ed indipendenza all'interno della società.

La relazione interpersonale è lo strumento operativo infermieristico principale nella gestione del paziente con disturbo psichico.

L'infermiere può avere funzione di holding al paziente, ovvero fare da contenitore alla sua sofferenza, mettendo in atto interventi che vanno ad alleviare la sofferenza psichica (Winnicott, D. W 1965 citato da Barelli, P. et al. 2013).

Le caratteristiche di una relazione terapeutica valida sono la comunicazione, attraverso cui c'è uno scambio di informazioni, che deve essere efficace e può essere sia di tipo verbale che non verbale, l'ascolto attivo e la comprensione empatica, in cui la difficoltà principale è quella di mantenere la giusta distanza con il paziente.

Peplau è l'autrice della Teoria del Nursing Psicodinamico, un modello di interazione infermiere - paziente che evolve durante l'assistenza in un percorso di crescita e indipendenza. Secondo Peplau (American Journal of Nursing, 1962), esistono diversi sotto ruoli che, in generale, possono essere assunti dalla figura infermieristica: il nursing psichiatrico enfatizza il ruolo dell'infermiere di consulente e psicoterapista. Peplau è stata la prima ad aver teorizzato non solo la relazione infermiere - paziente ma anche il processo che questa attraversa. La sua teoria individua quattro fasi interdipendenti: l'orientamento, l'identificazione, l'utilizzazione e la risoluzione.

Nella prima fase, l'orientamento, il paziente ricerca l'assistenza mosso da un bisogno percepito ma poco compreso e può avere idee confuse riguardo il suo problema; l'operatore svolge il ruolo dell'estraneo ed è disponibile all'ascolto, decodifica la domanda del paziente e comprende qual è il suo bisogno (Vellone, E. et al. 1997).

Nella seconda fase, l'identificazione, il paziente si riconosce simile alle persone che gli forniscono aiuto; come affermano Vellone et al. (1997) *“il comportamento dell'infermiere, il suo aspetto, il modo di agire, la gestualità, il modo di parlare saranno valutati dal paziente secondo la sua passata esperienza e rivissuti allo stesso modo”*. Ciò sta a significare che si possono riscontrare tre tipi di comportamenti da parte del paziente: rapporti di interdipendenza, indifferenza o isolamento, inettitudine o dipendenza. Il ruolo dell'infermiere è di risorsa.

Nella terza fase, di sviluppo, si stabilisce una relazione di fiducia in cui il paziente utilizza le risorse a disposizione e si stacca dallo stato di dipendenza con l'infermiere. Il ruolo assunto dall'operatore sanitario è quello educativo, di leadership e di sostituto.

Nell'ultima fase, la risoluzione, il paziente termina la relazione intrapresa con l'infermiere e risulta essere maggiormente consapevole delle sue capacità; questa fase

cessa quando il paziente non vede più l'operatore come indispensabile per il recupero del suo stato di salute. Il ruolo assunto da quest'ultimo è di consigliere.

Il processo di nursing in salute mentale comprende la raccolta di dati oggettivi e soggettivi della persona e, contemporaneamente, l'osservazione dei comportamenti del paziente. Durante il colloquio, che può essere effettuato in ospedale, in ambulatorio, a domicilio o in strutture territoriali, vengono raccolte informazioni in riferimento all'anamnesi emotiva e sociale, allo stato mentale e ad alterazioni comportamentali. In questa fase, vengono accertati il funzionamento psicologico ed i sistemi di coping; lo scopo principale, però, è quello di instaurare una relazione terapeutica con la persona. Trovandosi di fronte ad un paziente con disturbi mentali, l'infermiere deve utilizzare un giusto approccio sia dal punto di vista fisico che verbale, andando a ridurre il rischio di provocare una reazione inaspettata da parte del paziente, che potrebbe sentirsi imbarazzato, umiliato o disorientato; è doveroso lasciargli raccontare la sua storia, senza deriderlo ed indagare eventuali pensieri autolesivi, di suicidio o di aggressione.

In generale, è sempre opportuno coinvolgere la famiglia, che fa da supporto al paziente e che, allo stesso tempo, può fornire delle informazioni su di lui quando questo non è in grado di farlo adeguatamente. Il nursing in salute mentale non riguarda, infatti, in maniera esclusiva la persona con disturbi mentali ma si rivolge anche alla famiglia, specialmente nei casi in cui sia necessario prendere decisioni in merito all'assistenza e pianificare una corretta dimissione del paziente o quando questo non sia parzialmente o completamente autonomo e indipendente. Inoltre, se il paziente ha un'inclinazione all'aggressività, i familiari possono fornire informazioni utili in merito a cosa normalmente provoca o calma la situazione (Harwood, 2017).

L'osservazione permette di ottenere informazioni sulla storia del paziente, sulle funzioni della mente, sui modelli di risposta ai bisogni di salute. In questa fase vengono utilizzare le scale di valutazione. In ultimo, viene eseguito un esame fisico e compilata la documentazione, in cui si trascrive quanto accertato in maniera concisa e specifica.

1.4 La valutazione preventiva del rischio di sviluppare comportamenti violenti

L'obiettivo prioritario è la prevenzione degli agiti e si può attuare attraverso l'eliminazione o il controllo dei fattori di rischio, in particolar modo quelli che sono associati all'interazione tra l'ambiente e il soggetto e che sono percepiti da quest'ultimo

come “provocazione”. Il primo intervento da effettuare è, quindi, quello di creare un setting che abbia una bassa provocatorietà; è necessario anche riconoscere i potenziali aggressori, i segni precoci di aggressione imminente ed utilizzare le migliori strategie relazionali per evitare l’agito.

Seppur non sia possibile prevedere un comportamento violento in modo efficace, con una corretta osservazione del paziente, è possibile rilevare dei segnali premonitori, che permettono al personale sanitario di agire prima della crisi di aggressività.

I segni che precedono la crisi riguardano soprattutto l’espressione del viso che è tesa ed arrabbiata, l’aumento dell’attività motoria e della gesticolazione, che designano uno stato di agitazione, l’irrequietezza, l’eloquio provocatorio e offensivo associato ad un aumento del tono della voce, al rifiuto della comunicazione e al distacco emotivo.

Alla valutazione dei segni e sintomi, si aggiunge quella ambientale, in cui si identifica qualsiasi elemento o situazione che possano fungere da stimolo all’agito del paziente, cercando di capire se ci siano persone che sono a rischio di essere aggredite e la gravità del rischio potenziale.

Durante la fase dell’osservazione nell’accertamento infermieristico, non solo vengono raccolte informazioni relative alla condizione clinica e psichica ma, sfruttando le scale di valutazione che ha a disposizione, l’infermiere raccoglie dati relativi alla possibilità di sviluppo di un comportamento violento da parte del paziente in esame.

In letteratura sono disponibili diverse scale di valutazione che indagano il livello di agitazione: la BARS, la OASS e la OAS, la quale è stata modificata successivamente in MOAS. Altre scale che vengono primariamente utilizzate per la valutazione della sedazione e che possono essere usate per prevenzione dell’aggressione sono la RASS e la SAS (Gottlieb, M. et al. 2018).

Per la valutazione dell’impulsività, l’infermiere prende come riferimento la BIS 11-ITA (Fossati et al. 2001) che è composta da 30 item il cui punteggio va da 30 a 120. Ogni item prevede una risposta su una scala a quattro punti e va a valutare l’impulsività attentiva, data dalla somma dei punteggi attribuiti all’autocontrollo e all’instabilità cognitiva, l’impulsività motoria, data dalla somma dei punteggi attribuiti all’instabilità motoria e alla perseveranza, e l’impulsività da non pianificazione, data dalla somma dei punteggi attribuiti all’autocontrollo e alla complessità cognitiva.

Per la valutazione dell'aggressività, l'infermiere utilizza la MOAS, che si compone di quattro categorie: aggressione verbale (ostilità verbale espressa con affermazioni o invettive che mirano a ferire psicologicamente un'altra persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza fisica), aggressione contro oggetti (distruzione deliberata dell'attrezzatura ospedaliera o degli effetti personali altrui), aggressione contro se stessi (lesioni fisiche contro la propria persona, come l'autoumiliazione e il tentativo di suicidio) e aggressione fisica contro gli altri (azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere dolore, lesioni fisiche o morte). Ogni categoria è composta da cinque risposte, che vanno da 0 a 4 e che permettono di valutare a quanto corrisponde lo score del paziente in esame.

1.5 La gestione infermieristica del paziente nella varie fasi di aggressività: tecniche di de – escalation

Secondo Giulia Marin e Mauro Marin (2017), le fasi del ciclo dell'aggressività sono 5 e sono caratterizzate da diversi sintomi clinici:

- Fase di scatenamento, o trigger: il soggetto manifesta uno stato di allerta; la reazione si innesca a causa di stimoli che vengono percepiti come ostili.
- Fase d'escalation: l'agitazione del soggetto aumenta di intensità, si innesca una paura incontrollata e il paziente inizia a minacciare ed insultare il personale e compie atti di violenza contro cose.
- Fase di crisi: il soggetto è in uno stato di massimo eccitamento e compie atti di violenza verbale e/o fisica.
- Fase di recupero: il soggetto rielabora l'episodio accaduto e c'è una riduzione dell'eccitamento; rimane comunque alta la vulnerabilità a un nuovo trigger.
- Fase post - critica, o depressione post – crisi: c'è un rientro dei sintomi emotivi nella condotta abituale ma il soggetto si sente in colpa.

Per affrontare una tale condizione di emergenza, è opportuno che tutti gli operatori sanitari che lavorano nei setting più a rischio siano formati adeguatamente nella gestione dei comportamenti violenti, includendo argomentazioni come la prevenzione del rischio, le tecniche di de- escalation, l'uso dei mezzi di coercizione, il BLS, l'uso del defibrillatore e gli effetti collaterali dei farmaci che vengono utilizzati per sedare i pazienti aggressivi.

Secondo le linee guida NICE (2015) per affrontare le situazioni di emergenza comportamentale, dovrebbero essere usate prima di qualsiasi altro intervento le tecniche di de – escalation. Qualora sfruttare la relazione terapeutica non fosse utile a calmare il soggetto, è comunque importante che il dialogo venga mantenuto attivo durante tutta la procedura di contenimento.

Il controllo della situazione potenzialmente violenta deve essere assunto da un solo membro dell'equipe che deve considerare quale tecnica di de – escalation sia appropriata, gestire la situazione ambientale (ES: allontanando gli altri pazienti e cercando aiuto da altri colleghi), dare istruzioni, spiegare alle persone che si trovano nelle immediate vicinanze cosa si intende fare, spostarsi verso un luogo sicuro ed evitare di rimanere intrappolato in un angolo.

Questa persona deve presentarsi al paziente, ricordandogli chi è ed utilizzare il termine “noi” per enfatizzare la cooperazione; deve indagare sul motivo che ha scatenato la reazione e cercare di stabilire un rapporto ed una collaborazione con il soggetto, mostrare preoccupazione e attenzione verso le sue risposte, ascoltarlo attivamente e mostrare empatia senza minimizzare le preoccupazioni del paziente.

Nel fare ciò deve apparire calmo e sicuro di sé senza essere sprezzante o prepotente, deve lasciargli un ampio spazio e mantenere una postura aperta, evitando di incrociare le braccia e tenere le mani dietro la schiena o nelle tasche.

CAPITOLO 2. La contenzione: aspetti generali

2.1 La contenzione: tipologie ed indicazioni all'utilizzo clinico

Secondo SIMEU (2018) in Italia si stima che in ambito psichiatrico e geriatrico il ricorso alla contenzione viene attuato nel 20%-50% dei casi, sottolineando come queste situazioni si verificano sempre più frequentemente anche nei Pronto Soccorso-DEA.

Il termine “contenzione” indica un insieme di pratiche e strumenti che vengono utilizzati per limitare le possibilità di movimento di un soggetto (Canestrari, S. et al. 2017).

Evans et al. (2002) definiscono la contenzione come qualsiasi dispositivo, materiale o attrezzatura applicato o adiacente al corpo di una persona che non può essere controllato o facilmente rimosso dalla persona stessa e che limita volontariamente il movimento e/o il normale accesso al proprio corpo.

Tale pratica viene messa in atto principalmente per prevenire, ridurre o arrestare i comportamenti aggressivi ove ogni altro mezzo non sia stato efficace o per finalità assistenziali.

Facendo riferimento in particolar modo alla contenzione fisica e meccanica, tra le ragioni che spingono il personale sanitario ad utilizzare i mezzi coercitivi, Casciarri, nella rubrica *Prevenire gli errori, imparare dagli errori* (2007), afferma che le principali siano “*il disorientamento del paziente con la finalità di mantenere il soggetto in sicurezza, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressione, il controllo del comportamento, la prevenzione del vagare ed il fornire sostegno fisico ai soggetti con alterazioni della postura o per obiettivi organizzativi*”.

Uno studio di prevalenza puntuale (Benbenbishty, J. et al. 2010 citato da Perez, D. et al. 2019) effettuato nelle terapie intensive in tutta Europa ha rilevato che la contenzione fisica viene utilizzata per due motivi principali: per la prevenzione della rimozione di cateteri, drenaggi e dispositivi intra-arteriosi e per la prevenzione dell'auto estubazione, causata da agitazione del paziente, scarsa esperienza degli infermieri e carenza di personale.

Inoltre secondo Benci, L. (2008) citato da SIMEU (2018) la contenzione fisica può essere giustificata quando siano presenti determinati requisiti, come l'evidenza di un pericolo attuale che prevede un danno alla vita o all'integrità della persona: la gravità del danno deve essere imminente ed oggettiva e la coercizione deve essere proporzionale al pericolo da evitare.

Secondo Canestrari et al. (2017), è possibile individuare cinque tipologie di contenzione: psicologica o relazionale, ambientale, chimica – farmacologica, fisica, meccanica:

- Psicologica o relazionale, che è la misura di primo livello in pazienti con atteggiamenti violenti e si caratterizza dall'uso di ascolto attivo e comprensione empatica, che hanno la finalità di diminuire l'aggressività e rassicurare il paziente.
- Ambientale, che si mette in atto modificando l'ambiente in cui vive il soggetto per controllarne i movimenti (ES: limitazione delle uscite dal reparto in determinate fasce orarie, chiudere a chiave le porte di accesso al reparto, vietare l'uscita dal reparto da soli o accompagnati, limitare il contatto con l'esterno e isolare il soggetto in apposite stanze di degenza).
- Chimica – farmacologica, cioè la somministrazione di alti dosaggi di farmaci sedati tranquillanti per ridurre sia la capacità di vigilanza del paziente sia la capacità di muoversi.

La contenzione farmacologica viene considerata un mezzo terapeutico d'urgenza e consiste nella somministrazione di farmaci, su prescrizione medica; generalmente la sedazione rapida è caratterizzata dall'uso di farmaci ad alta potenza antipsicotica, i neurolettici, associati a benzodiazepine a breve emivita.

Nelle emergenze comportamentali causate da intossicazione da alcol, droghe o farmaci, la terapia farmacologica prevede la somministrazione di benzodiazepine. In caso di demenza senile, si devono usare dosi inferiori per evitare lo sviluppo di effetti collaterali come la disinibizione comportamentale, un aggravamento dello stato di coscienza e, nei casi più gravi, la depressione respiratoria (Chiaranda, 2016).

Le benzodiazepine hanno attività ansiolitica, ipnotica, miorilassante e anticonvulsivante ed è necessario utilizzarle limitatamente perché il paziente è esposto ad un alto rischio di svilupparne dipendenza. Sonnolenza, astenia, depressione respiratoria e l'*effetto Hangover*, cioè la manifestazione al risveglio di un malessere generale, cefalee e stordimento, sono effetti collaterali tipici delle benzodiazepine, il cui sovradosaggio si caratterizza da profonda sonnolenza e astenia muscolare. In generale, dosi molto elevate possono indurre un arresto respiratorio se le benzodiazepine sono associate ad alcol e sostanze depressori del Sistema Nervoso Centrale (neurolettici, analgesici, narcotici, barbiturici). Se si

verifica un'intossicazione acuta, il paziente va monitorato, devono essere supportate le funzioni vitali e, se prescritto, viene somministrato per via endovenosa l'Anexate, farmaco antagonista delle benzodiazepine.

Si possono utilizzare anche i neurolettici, che riducono i sintomi positivi ed hanno un'azione anticolinergica, antiadrenergica e antistaminica. Tra gli effetti collaterali, si riscontrano disturbi extrapiramidali (distonie acute, acatisia, parkinsonismo, discinesia tardiva), disturbi a carico del SNC, sedazione, ipotensione, depressione dei centri del respiro, sindrome maligna da neurolettici. Quest'ultima è una reazione abnorme che si caratterizza da rigidità muscolare, iperpiressia, tachicardia, ipertensione, tachipnea associate ad alterazione dello stato psichico e neurovegetativo, accompagnate da acidosi metabolica e respiratoria, mioglobinuria, elevazione della CK e leucocitosi (Chiaranda, 2016). La contenzione farmacologica deve essere utilizzata con cautela a causa di alcuni rischi nella somministrazione come la perdita di coscienza invece che la tranquillizzazione, la sedazione con perdita di vigilanza, collasso cardiovascolare e respiratorio, interazione con altri medicinali già prescritti o con sostanze illecite assunte dal soggetto. È preferibile utilizzare come via di somministrazione quella orale; quando si ritiene necessario, ovvero quando la terapia orale viene rifiutata o non c'è una risposta al farmaco, deve essere utilizzata la via di somministrazione parenterale (NICE, 2015).

- La contenzione fisica o manuale, in cui il paziente viene immobilizzato con l'uso della forza fisica da parte del personale sanitario senza utilizzo di mezzi di coercizione. Ciò crea una comunicazione extra - verbale che permette di superare il momento di criticità, soprattutto se associata ad una specifica terapia farmacologica.
- La contenzione meccanica, cioè l'insieme di strumenti fisici applicati alla persona o usati come mezzi di barriera nell'ambiente capaci di ridurre o condizionare i movimenti.

2.2 La procedura e le linee guida di riferimento

La contenzione fisica in emergenza - urgenza richiede almeno 5 operatori formati ed addestrati che agiscano velocemente andando ad identificare anche un leader e ad eliminare qualsiasi pericolo nell'ambiente, come precedentemente specificato.

Le linee guida NICE suggeriscono che l'equipe debba continuare ad utilizzare le tecniche di de – escalation anche durante l'intervento con mezzi coercitivi, che non devono essere utilizzati per periodi prolungati e devono essere rimossi quanto prima. Pertanto, si prediligono alternative come la sedazione farmacologica o l'isolamento quando è possibile.

Un membro dello staff scelto deve essere responsabile del supporto e della protezione della testa e del collo, guidando il team durante tutto il processo di contenzione fisica e controllando che la pervietà delle vie aeree sia mantenuta e il respiro non venga compromesso. Inoltre, non deve essere applicata nessuna pressione al collo, torace, addome, schiena e zona pelvica e continuare a monitorare i bisogni del paziente sia fisici che psicologici.

Il livello di forza applicato deve essere giustificabile, appropriato, ragionevole e proporzionato ad una situazione specifica, evitando di provocare dolore al paziente, il quale non ha nessun valore terapeutico.

Per attuare la contenzione fisica e/o meccanica è necessaria la prescrizione medica, anche se oggi la contenzione non è considerata come puro atto medico prescrittivo in quanto *“la professionalizzazione dell'infermiere attuata in questi anni lo colloca perfettamente nell'identificazione dei bisogni legati al rischio di cadute accidentali e alle manovre autolesive”*, come viene affermato da SIMEU (2018). Pur essendo un atto medico, la decisione dell'applicazione della contenzione avviene dopo un confronto con il personale infermieristico e dopo una valutazione completa del paziente; nel caso in cui lo psichiatra non sia reperibile ed in regime di emergenza, il personale infermieristico può applicare la contenzione fisica e meccanica a suo giudizio per stato di necessità, avvertendo tempestivamente il medico che interverrà per rivalutare la situazione.

Nella prescrizione il medico deve indicare la motivazione che lo ha spinto a decidere per la contenzione, specificando quali siano stati i mezzi utilizzati e il tempo di inizio e di fine, considerando che la durata massima è di 12 ore, che può essere prolungata dopo un'attenta rivalutazione e il riscontro di un necessario prolungamento del tempo di contenzione. La prescrizione non deve essere prevista per un futuro indeterminato e deve riguardare quel singolo episodio (SIMEU, 2018). Si dovrà informare della decisione presa i familiari, gli amici e gli altri ospiti e l'atto dovrà essere documentato in cartella clinica.

L'assistenza al paziente contenuto non è sostituita dalla contenzione ed è previsto che ci sia, anzi, un continuo contatto diretto e una socializzazione che impedisce al paziente di pensare di essere stato "legato ed abbandonato".

La contenzione meccanica utilizza i mezzi di coercizione che vengono applicati direttamente sul corpo del soggetto. Tra questi, si distinguono:

- Le fasce senza bulloni: un bracciale di stoffa imbottito, che viene posizionato attorno a polsi o caviglie e va allacciato in un punto del letto non raggiungibile dal paziente;
- Le fasce con bulloni: sono simili a quelle descritte precedentemente ma hanno in più dei bulloni che possono essere rimossi solo da apposite chiavi;
- Lenzuolo da contenzione: viene fatto passare dietro la nuca e anteriormente sotto le ascelle ed infine fissato alla testata del letto;
- Gli hand mitts: sono dei guantoni in cui viene inserita la mano del paziente e possono essere usati come mezzi di contenzione se sono legati o attaccati in qualche modo al letto, se immobilizzano le mani o le dita del paziente, se riducono la capacità di movimento della mano e se non possono essere rimossi facilmente dal paziente (The Joint Commission, 2021).

L'uso delle sponde laterali del letto, secondo la Joint Commission (2021), può essere considerato come un intervento di contenimento in base all'intento dell'applicazione: infatti se sollevare le sponde significa impedire al paziente di alzarsi volontariamente dal letto o di tentare di uscirne, le sponde laterali sono considerate una restrizione. Se l'intento è di impedire al paziente di cadere inavvertitamente dal letto, o se il paziente non ha la capacità fisica di alzarsi indipendentemente dal fatto che le sponde laterali siano sollevate o meno, l'uso di quest'ultime non è considerato contenimento.

Più in generale, soprattutto facendo riferimento ai mezzi che si applicano direttamente sul corpo del soggetto, è fondamentale avere come obiettivo finale quello di non provocare dolore ed impedire che dalla contenzione possano scaturire effetti collaterali importanti. Per questo motivo, le fasce che vengono applicate alle estremità degli arti devono essere posizionate in modo tale da lasciare un leggero spazio tra la fascia e il corpo del paziente interponendo tra le due superfici il cotone di Germania e rimuovendo oggetti di disturbo che non permettono la valutazione visiva della cute del paziente.

Nella contenzione del tronco, invece, l'aspetto fondamentale è che non deve essere impedita in alcun modo la respirazione.

2.3 La responsabilità infermieristica: il monitoraggio del paziente contenuto e la prevenzione degli effetti indesiderati

L'assistenza infermieristica al paziente contenuto si caratterizza di un monitoraggio intensivo del paziente e comprende la soddisfazione di tutti i bisogni, a partire da quelli primari come l'igiene personale e l'alimentazione; infatti l'infermiere effettua una rilevazione dei parametri vitali ogni 4 ore e valuta le condizioni generali ogni 30 minuti, concentrandosi sulle condizioni cliniche, sull'orientamento, sul corretto posizionamento dei presidi e sulla motilità e sensibilità delle estremità contenute, di cui si stabilisce la presenza di circolazione e di eventuali danni provocati dai mezzi di contenzione.

Il paziente deve essere liberato almeno ogni 2 ore per consentirgli di bere, mangiare e andare in bagno, documentando il tempo in cui non è contenuto e le attività che compie.

La pratica della contenzione può provocare degli effetti dannosi che possono essere classificati in lesioni fisiche dirette e lesioni fisiche indirette (Gulizia, D. et al. 2008 citata da Ferioli, V. 2013).

Le prime comprendono:

- Lesioni nervose, provocate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco e polsini di contenzione: la forza di scivolamento verso il basso dei polsini e la risalita del corpetto fino alle ascelle provocano una pressione sul plesso brachiale distale;
- Lesioni ischemiche nei distretti corporei a valle di un presidio applicato in maniera non adeguata;
- Tromboembolia
- Asfissia, provocata dal movimento del paziente contenuto nel tentativo di liberarsi.

Secondo l'EBPISHP (2002), un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso dei dispositivi di contenzione fisica. Tuttavia è difficile da dimostrare il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni; infatti l'articolo riporta che *“gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione sono maggiormente esposti al rischio di caduta, hanno degenze di maggiore durata, incorrono nelle infezioni*

nosocomiali, hanno un'aumentata mortalità e più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione".

Gli effetti fisici indiretti sono quelli che derivano dall'immobilità forzata; il paziente può manifestare un'alterazione della sfera cognitiva e nei contatti sociali, può sviluppare lesioni da pressione, incontinenza urinaria e fecale.

Quelli fisici non sono gli unici effetti collaterali che si potrebbero verificare in un paziente contenuto; infatti non è da trascurare l'aspetto psicologico.

Come riportato da Strout (2010), Chien et al (2005) hanno condotto uno studio in cui sono stati coinvolti i pazienti contenuti; alcuni di questi hanno riportato di essersi sentiti al sicuro e hanno avuto fiducia nel personale durante il ricorso alla contenzione fisica, altri hanno descritto quella esperienza come negativa. Le sensazioni provate da questi ultimi sono state la rabbia, la paura, l'umiliazione, la demoralizzazione, la disumanizzazione, la degradazione, il senso di impotenza, l'imbarazzo, l'angoscia; si sono sentiti come se la loro integrità come persona fosse stata violata.

In un altro studio condotto da Cusack et al. (2018), le tematiche emerse dalle interviste sono molto simili a quelle riscontrate nello studio precedentemente citato: la retraumatizzazione, l'angoscia, la paura, il sentirsi ignorato, il controllo, la forza, la calma e la disumanizzazione. È stato riscontrato che la contenzione fisica abbia fatto riaffiorare ricordi relativi a traumi del passato, come un'esperienza di stupro, abusi infantili, esperienze ospedaliere traumatiche in età infantile, abusi sessuali o traumi relativi ad un episodio di contenzione avvenuto in passato. Gli intervistati hanno riferito di aver percepito che i loro desideri e i loro sentimenti fossero stati ignorati dal personale.

Dallo studio di Bonner et al. (2002) citati da Cusack et al. (2018) è emerso che i pazienti si sono sentiti angosciati prima della contenzione e che i loro sentimenti siano stati ignorati, a tal punto da iniziare a gridare per attirare l'attenzione del personale; come conseguenza a episodi è scaturito in loro un senso di vergogna e di isolamento.

Un altro tema predominante in diversi studi è stato quello della disumanizzazione. Bonner et al. (2002) hanno riferito che alcuni pazienti siano stati lasciati in abiti sporchi di urina per 3 ore dopo la contenzione e che questi ultimi non avessero chiesto aiuto perché troppo timidi per dirlo a qualcuno.

Dagli studi di Bronphy et al. (2016) e di Haw et al. (2011) è stato messo in evidenza che i pazienti hanno trovato che il personale fosse mancante di empatia ed a loro indifferente;

in quello di Wilson et al. (2017) i pazienti hanno descritto la contenzione fisica come disumanizzante, a tal punto che sentivano di non essere trattati come “essere umano dignitoso”.

Nello studio di Haw et al. (2011) viene segnalato anche che i partecipanti hanno percepito la contenzione come un mezzo utilizzato dal personale per punirli e per abusare del loro potere, rafforzando sentimenti di auto – colpa, inutilità, bassa autostima e sensazione di non avere più controllo della propria vita.

Un'altra tematica emersa è quella dell'angoscia. Nello studio di Haw et al. (2011), 15 dei 57 partecipanti hanno riferito di come la contenzione abbia causato spiacevoli pensieri, accompagnati da sentimenti di umiliazione e perdita di dignità; nello studio di Wynn et al. (2004) viene riportato che la contenzione fisica ha danneggiato l'integrità dei pazienti, facendoli sentire ansiosi, arrabbiati, ostili e diffidenti nei confronti del personale; altri hanno riferito di aver subito un trattamento non adeguato.

Di pari passo all'angoscia c'è la paura di una futura contenzione a causa dell'esperienza già vissuta (trauma) che ha portato loro a sviluppare difficoltà nel prendere sonno associata ad incubi notturni (Sequeira, H. et al. 2002).

Brophy et al. (2016) ha riscontrato che la contenzione è stata utilizzata come risposta di primo livello e considerata come un modo per controllare i pazienti con una forza eccessiva; altre interviste riportano invece che l'intervento coercitivo abbia calmato il loro stato di agitazione e quindi lo hanno ritenuto come necessario per placare i propri agiti.

2.4 Il quadro legislativo

Il dibattito circa la liceità della contenzione fisica e meccanica non è ancora stato risolto, sia sotto l'aspetto della giurisprudenza sia della dottrina (Mauceri, S. et al. 2017). Secondo il manuale dell'American Psychiatric Association (2003) e della National Association of Psychiatric Health System *“la contenzione, se utilizzata in maniera appropriata, può rappresentare un mezzo in grado di salvare la vita ed evitare lesioni. Si tratta di un rimedio di emergenza finalizzato sia alla protezione di pazienti in pericolo di gesti auto od etero lesivi, sia a consentire la continuazione del trattamento con successo ed efficacia”*. Tuttavia, non esistono leggi specifiche che vanno a regolare l'uso della contenzione, che rimane, quindi, un problema irrisolto per l'assistenza al paziente con disturbo mentale.

Secondo Dodaro (2011), il punto saliente sarebbe quello di *“dotarsi di protocolli e regolamenti operativi che definiscano le modalità di impiego e le procedure correlate all'intervento di contenzione”*, per evitare, quindi, che ci sia un uso inappropriato di questa procedura.

Se da una parte la legislazione non cita direttamente l'uso della contenzione, dall'altra si fa molto spesso riferimento alla privazione delle libertà dell'individuo, sia in ambito nazionale, tramite la Costituzione Italiana, il Codice Deontologico medico ed infermieristico, che internazionale.

Analizzando la normativa italiana, l'art. 2 della Costituzione sancisce che *“la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali, ove si svolge la sua personalità [...]”*, affermando quindi il valore supremo dell'intangibilità della libertà personale dell'individuo nel rispetto dei principi di legalità. Su questa linea si pone anche l'art.13 in cui si sottolinea che la libertà personale è un diritto inviolabile e 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”*. Di conseguenza, contenere il paziente in assenza di giustificazione è una pratica ascrivibile alla privazione della libertà personale; ciò significa che gli atti che implicano la restrizione della libertà devono essere motivati dall'autorità giudiziaria.

A questo articolo si aggiunge quello relativo alla libera scelta dell'individuo di sottoporsi ad un trattamento sanitario, che può essere reso obbligatorio solo per *“disposizione di legge”*, come è scritto nell'art. 32 della Costituzione Italiana che sancisce *“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”*.

Come affermato da SIMEU (2018), similmente a quanto succede per gli atti sanitari, la contenzione richiede l'espressione del consenso informato da parte del paziente, in forma scritta; nel caso in cui il soggetto non sia in grado di autodeterminarsi, e quindi sottoposto a misure di tutela, è riconosciuto il diritto di prestare il consenso informato alle cure dal rappresentante legale dell'interessato (tutore, curatore ecc.). Se il soggetto incapace è privo di tutela giuridica, la decisione di contenzione spetta all'Autorità Giudiziaria che

può rilasciare o meno il consenso all'atto. Se nessuno può attestare che il paziente può essere sottoposto a contenzione, la decisione viene presa dal medico di guardia (art. 40 c.p. e art. 359 c.p.)

Dodaro (2011) afferma che fino all'emanazione della legge n. 180 di Basaglia, la contenzione meccanica del paziente psichiatrico *“era disciplinata dall'art. 60 del Regio Decreto del 16 agosto 1909, n. 615 recante il Regolamento per l'esecuzione della legge manicomiale 14 febbraio 1904, n. 36”* in cui era previsto che nei manicomi ci fosse l'abolizione o la riduzione ai casi eccezionali dell'uso dei mezzi di coercizione e che non potessero essere usati se non con l'autorizzazione scritta, che doveva indicare il mezzo di coercizione, del direttore o di un medico dell'istituto. L'art. 63 della norma disponeva l'obbligo di tenere un registro in cui fossero indicate informazioni relative alla procedura utilizzata.

La legge Basaglia n.180 del 1978 ha determinato un vero e proprio cambiamento nell'ambito della salute mentale anche per quello che riguarda la concezione del malato psichiatrico, ponendo al centro le esigenze della persona e il suo diritto alla salute e alla cura, consegnando le prerogative proprie di soggetto pienamente titolare di dignità e diritti (Mauceri, S. et al. 2017).

La legge Basaglia è considerata una legge importante perché ha disposto la chiusura degli ospedali psichiatrici e il passaggio dell'assistenza psichiatrica dalle province al Servizio Sanitario Nazionale (Legge. 833/78); ha sancito la riorganizzazione dipartimentale dell'assistenza psichiatrica e il ricovero negli ospedali generali come trattamento volontario: il Trattamento Sanitario Obbligatorio è ammesso solo come misura eccezionale ed è regolato da particolari procedure tese a garantire la massima tutela della persona. Ha natura sanitaria e di ordine pubblico e comporta la temporanea restrizione della libertà personale: devono, quindi, sussistere 3 condizioni:

- Le condizioni psichiatriche richiedono un intervento terapeutico urgente;
- Il paziente rifiuta l'intervento;
- Non è possibile attuare interventi tempestivi e idonei in ambito extra ospedaliero.

La riforma Basaglia ha stabilito sul piano giuridico i cambiamenti intervenuti nell'approccio alla malattia mentale, sia nel campo della comprensione psicodinamica, sia nel campo della psicobiologia con la messa a punto di psicofarmaci ad azione più mirata. Gli obiettivi che Basaglia voleva raggiungere erano depenalizzare la malattia

mentale e regolamentare il trattamento sanitario obbligatorio in un quadro di tutela dei diritti del paziente oltre che della collettività, favorire il recupero sociale e suggerire un modello assistenziale allargato nel territorio, facilmente accessibile agli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare.

Secondo Mauceri et al. (2017) la legge Basaglia *“conferma quanto già stabilito nel codice penale rendendo il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione illecito [...] in sostanza, i soggetti sottoposti contro la loro volontà a contenzione meccanica si troverebbero nelle condizioni oggettive di coloro i quali subiscono abusi e lesioni fisiche e psichiche [...] tali abusi presenterebbero la condizione aggravante dell'essere commessi da persone responsabili della custodia della persona interessata”*.

Il Codice Penale prevede situazioni in cui la contenzione è giustificata (art. 51 c.p., “Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere”; art. 54 c.p., “Stato di necessità”), o è dovuta (art. 589 c.p., “Omicidio colposo”; art. 590 c.p., “Lesioni personali colpose”; art. 591 c.p., “Abbandono di persone minori o incapaci”).

L'illegittimità della contenzione si configura se è sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare, per sopperire a carenze organizzative o per convenienza del personale sanitario: è prevista dall'art. 571 del c.p. “Abuso dei mezzi di correzione”.

Quando la contenzione viene attuata in modo ingiustificato, la responsabilità riguarda i reati di sequestro di persona (art. 605 del c.p.), di maltrattamento (art. 572 c.p.) e di violenza privata (art. 610 del c.p.): la contenzione è da considerarsi lecita nel caso di un paziente che versi condizioni di grave agitazione psicomotoria o di un eccitamento maniacale o di scompenso psicotico con disturbi del comportamento, laddove cioè quest'ultimo non sia genericamente disturbato o disturbante ma costituisca un serio, concreto ed immediato pericolo per l'incolumità del paziente stesso o degli altri pazienti. Qualora, per l'uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche ecc.), si potrebbero configurare altre ipotesi di reato, per “responsabilità colposa” (art. 589 c.p., “Omicidio colposo” e art. 590 c.p., “Lesioni personali colpose”) o per violazione dell'art. 586 c.p. “Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto”.

L'art. 40 c.p. stabilisce, inoltre, che la regola di equivalenza che connette il non impedire un evento dannoso e il cagionarlo attivamente sia coadiuvata da un ulteriore elemento: avere l'obbligo giuridico di impedire la conseguenza negativa.

Nel nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019), l'art. 35 dispone che *“l’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe 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.”*.

FNOPI (2019) ha fornito un commentario del Codice Deontologico per permettere a tutti gli infermieri di comprendere appieno il significato degli articoli che riguardano la propria deontologia.

In maniera più specifica, l'art. 35 afferma che la contenzione, salvo circostanze eccezionali, non viene considerata un atto terapeutico o sanitario tranne nei casi in cui venga giustificata l'adozione: in tutti gli altri, si parla di violazione dei diritti fondamentali dell'individuo. Il *“carattere esclusivamente cautelare, di natura eccezionale e temporanea”* rimanda alla sola finalità di protezione, escludendo come motivazione dell'utilizzo le cause dovute alle lacune organizzative, alla carenza di personale o all'insufficiente formazione degli operatori sanitari.

La temporaneità sottolinea che la contenzione debba essere usata in maniera transitoria e contingente, con durata limitata allo stretto necessario e con un monitoraggio dei presupposti per i quali è stata adottata, in modo da prevenire un uso non adeguato della contenzione. La decisione di attuare questa misura è disposta, di norma, dal medico dopo essersi consultato con l'equipe; nei casi di *“urgenza indifferibile”* e nel caso in cui il medico non sia reperibile, l'infermiere, in quanto titolare della posizione di garanzia, può attuare la contenzione in presenza dei presupposti dello stato di necessità, con l'obbligo di attivarsi affinché ci sia una successiva valutazione del paziente da parte del medico, rimarcando che l'infermiere si sostanzia in un obbligo giuridico di protezione, tutelando contro ogni rischio o pericolo concreto l'incolumità delle persone a lui affidate.

È previsto, inoltre, un monitoraggio intensivo del paziente per rilevare effetti dannosi della contenzione ed accertare la presenza della causa giustificativa *“che ha posto in essere il sacrificio della libertà personale”*.

Il professionista infermiere deve essere *“co /prescrittore e decisore nelle varie fasi, deve essere guidato dai saperi distintivi della disciplina infermieristica, pronto a giustificare il proprio operato nel caso di contenzioso e particolarmente capace di ispirare, anche nei setting più complessi, il senso della fiducia che ogni persona assistita deve saper di poter provare verso un professionista sanitario”* (FNOPI, 2019).

A livello internazionale, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (1948) esplicita che *“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”*, pertanto 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”*.

A livello europeo la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina 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”*.

2.5 Il dibattito sull'eticità

In quanto professionisti della salute, il compito del personale sanitario è quello di mettere in pratica tutte le conoscenze acquisite nel corso della propria vita professionale al solo scopo di produrre in effetto positivo nel paziente che necessita assistenza.

L'etica sanitaria guida i professionisti sanitari secondo i principi applicabili in tutte le situazioni perché collocati al di sopra di ogni guadagno, di ogni interesse e di ogni differenza (Nurse24, 2016).

Nel dibattito bioetico sulla salute mentale, importante è il cambiamento che ha subito la figura del malato di mente rispetto al passato. Dall'approccio manicomiale in cui il malato di mente era il destinatario di coercizione e segregazione, in quanto considerato come

portatore di pericolosità sociale, a un nuovo paradigma in cui il malato mentale diventa una persona sofferente di cui prendersi cura secondo i principi e le modalità di presa in carico simili a quelli usati per le altre patologie: ciò significa *“predisporre servizi psichiatrici che rispondano appieno ai criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo delle prestazioni di cura”* (Comitato Nazionale per la Bioetica, 2015). Carlo Petrini, responsabile dell’Unità di Bioetica dell’ISS e membro del Comitato Nazionale per la Bioetica, ha effettuato una ricerca in ambito etico sull’attuazione della contenzione pubblicata sugli Annali dell’Istituto Superiore di Sanità (2013).

Secondo Petrini (2013), la letteratura riguardante gli aspetti bioetici e legali della contenzione in psichiatria affronta due tematiche principali: il problema dell’abuso, che è sia eticamente che legalmente illecito, e i requisiti per legittimare l’uso, in termini clinici, legali ed etici.

Per quanto riguarda il problema dell’abuso, Petrini riporta un documento pubblicato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (2010), il quale afferma che l’opinione del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e delle Pene o Trattamenti Inumani o Degradanti riguardo le pratiche della contenzione è che queste non dovrebbero essere usate ordinariamente nell’assistenza dei pazienti psichiatrici e dovrebbero essere prese in considerazione soltanto in situazioni di emergenza, in cui dovrebbero essere utilizzate per il minor tempo possibile, dimostrando che il livello di forza applicata non supera la violenza che si intende controllare.

Petrini non fornisce regole procedurali tecniche ma criteri decisionali, facendo riferimento ai documenti emanati dalle istituzioni nazionali e internazionali (codici deontologici, linee guida, normativa), e il quadro teorico dei valori e dei principi di etica. Queste due argomentazioni, pur essendo diverse, risultano intersecate, poiché i documenti necessariamente fanno riferimento ai valori. Nonostante ciò, è possibile che coloro che devono prendere la decisione di attuazione della contenzione si trovino in difficoltà, anche per motivi di coscienza.

I principi bioetici che guidano l’etica sanitaria sono:

- Il principio di beneficenza e non maleficenza: l’infermiere si adopera per garantire la promozione degli interessi dell’utente, dei vantaggi e dei risultati migliori possibili per l’assistito e, dall’altro, prevenire, rimuovere ed educare ad evitare le situazioni pericolose per sé e per gli altri;

- Il principio di autonomia: l'infermiere crea i presupposti affinché l'assistito (o il tutore, in caso di minori, disabili psichici o soggetti incapaci di intendere e di volere) possa prendere le sue decisioni sanitarie in maniera autonoma nel rispetto delle diversità culturali e di pensiero: l'uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona, anche se giustificata da valide motivazioni.
- Il principio di giustizia: l'infermiere tratta ogni singolo assistito nel rispetto della propria dignità e organizza la distribuzione di tempo e risorse disponibili in base ai bisogni di ciascun utente secondo il concetto di equità (fornire a ciascuno ciò di cui ha bisogno per raggiungere un determinato obiettivo), piuttosto che di uguaglianza (fornire a tutti, indistintamente, le stesse prestazioni). Il solo fatto che la misura della contenzione è strettamente necessaria e non può essere sostituita da una misura meno traumatica, non la legittima e dovrebbe essere sempre proporzionata al livello di pericolosità (Petrini, 2013).

Il CNB, affiancato da altri organismi internazionali, ha indicato l'obiettivo della riduzione fino al completo superamento della contenzione, che considera come un residuo della cultura manicomiale, prospettando un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale nella pienezza dei suoi diritti. Viene ribadito, inoltre, che non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione ma deve essere necessaria la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti lesivi o commetta un reato contro la persona o contro terzi.

L'effetto della contenzione non si riversa soltanto sui pazienti che vengono contenuti; secondo alcuni studi anche gli operatori sanitari provano emozioni negative nel momento in cui è necessario ricorrere alla contenzione. Cusack et al. (2018) riferiscono che alcuni infermieri ritengono che sia una pratica necessaria per controllare i comportamenti violenti: un numero significativo ha riferito che non ha avuto nessuna reazione emotiva, altri hanno riportato di aver provato angoscia e sensazioni negative.

In un altro studio condotto da Castaldo et al. (2015), gli intervistati hanno riportato una varietà di emozioni associate all'uso della contenzione fisica, spesso contrastanti tra loro: rabbia, pena, angoscia, tristezza, imbarazzo, sollievo e tranquillità, sensazione di prevaricazione, senso di impotenza, fallimento e soddisfazione. Tra questi, l'immedesimazione con il paziente è il sentimento più diffuso e più frequentemente citato.

CAPITOLO 3: La gestione del paziente aggressivo in Area Critica ed SPDC

3.1 Obiettivo

L'obiettivo del questionario è stato quello di indagare come viene gestito il paziente aggressivo in fase acuta in setting lavorativi specifici come Rianimazione, Pronto Soccorso, Servizio 118, UTIC ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, nonché di analizzare sia le conoscenze teoriche relative all'applicazione della contenzione, sia le modalità di utilizzo di tale procedura.

Un altro scopo è stato quello di analizzare l'aspetto etico, relativo soprattutto alle sensazioni percepite dal personale infermieristico e di indagare su quanto frequentemente gli infermieri compilatori si siano trovati di fronte ad una situazione di emergenza comportamentale, chiedendo loro se hanno mai assistito alla contenzione illecita di un paziente.

3.2 Materiali e metodi

La popolazione di riferimento è costituita da infermieri che lavorano sia in ambito intraospedaliero che territoriale presenti nei Social Network, Facebook ed Instagram; il campione utilizzato per l'indagine è rappresentato da infermieri il cui setting lavorativo è il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura e l'Area Critica, specificando che sono stati presi in considerazione dall'indagine la Rianimazione, il Pronto Soccorso, il Servizio 118 e l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica.

Non è stato possibile effettuare un vero e proprio campionamento sulla popolazione generale in quanto il questionario è stato diffuso in rete; poiché hanno aderito anche infermieri di altri reparti/setting lavorativi rispetto a quelli richiesti esplicitamente nell'introduzione, le loro risposte sono state escluse dall'indagine e il numero ammonta a 14 questionari su 104 risposte totali; quelle ritenute rispondenti a requisiti richiesti in partenza sono 90.

La quantità di risposte ricevute è stata influenzata da variabili legate alla visibilità dei post pubblicati sui Social Network e all'effettiva attività dei destinatari in questi ultimi; lo studio è stato condotto attraverso la creazione di un questionario tramite Google Moduli e la diffusione dello stesso in Internet (ALLEGATO 1).

Il questionario è costituito da due sezioni: nella prima è stata richiesta la compilazione di dati socio – demografici, nella seconda sono state poste domande in relazione alle conoscenze e all'utilizzo della contenzione e all'aspetto etico, riguardanti soprattutto le sensazioni provate dagli infermieri durante l'applicazione di tale procedura.

È stato possibile rispondere al questionario dal giorno 2 Marzo 2021 al giorno 20 Marzo 2021.

3.3 Risultati

Il numero totale dei questionari raccolti è 104, di cui ne sono stati presi in considerazione soltanto 90; 14 questionari sono stati esclusi perché l'area lavorativa indicata dagli infermieri compilatori non era idonea alla tipologia di indagine che è stata effettuata. L'elaborazione dei dati è stata fatta inserendo i risultati in un foglio di calcolo Excel, in cui sono state indicate le percentuali per ogni singola risposta alle varie domande.

Domanda n. 1: “Regione di provenienza”.

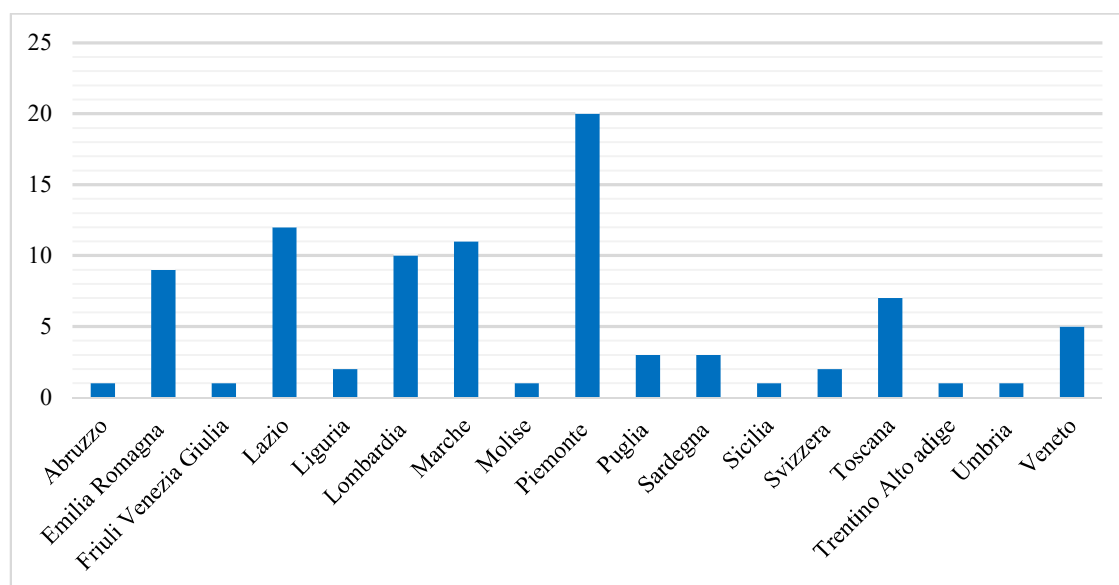


Grafico n. 1. “Regione di provenienza”.

I risultati ottenuti dimostrano che 1 infermiere (1,11%) proviene dall'Abruzzo, 9 infermieri (10%) dall'Emilia – Romagna, 1 infermiere (1,11%) dal Friuli Venezia – Giulia, 12 infermieri (13,33%) dal Lazio, 2 infermieri (2,22%) dalla Liguria, 10 infermieri (11,11%) dalla Lombardia, 11 infermieri (12,22%) dalle Marche, 1 infermiere (1,11%) dal Molise, 20 infermieri (22,22%) dal Piemonte, 3 infermieri (3,33%) dalla Puglia, 3 infermieri (3,33%) dalla Sardegna, 1 infermiere (1,11%) dalla Sicilia, 7 infermieri (7,78%) dalla Toscana, 1 infermiere (1,11%) dal Trentino Alto Adige, 1 infermiere

(1,11%) dall'Umbria, 5 infermieri (5,56%) dal Veneto e 2 infermieri (2,22%) hanno risposto dalla Svizzera.

La **domanda n. 2** del questionario viene omessa nei risultati in quanto fa riferimento alle province di provenienza, che sono un dato superfluo se si considera già la regione di appartenenza. Si passa, quindi, direttamente ad analizzare i risultati delle domande successive.

Domanda n. 3: "Genere".

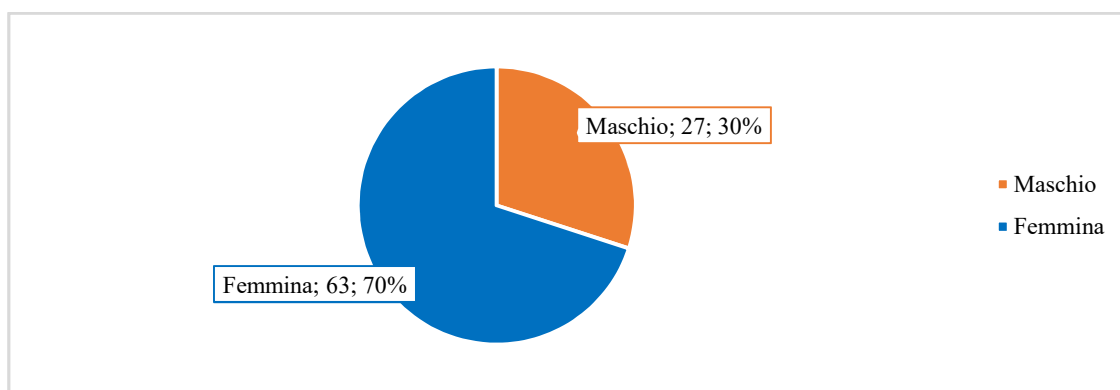


Grafico n. 3. "Genere del campione".

Dai risultati si evince che il campione rispondente è costituito da 63 femmine, che corrispondono al 70% del campione, e da 27 maschi, che corrispondono al restante 30%.

Domanda n. 4: "Età".

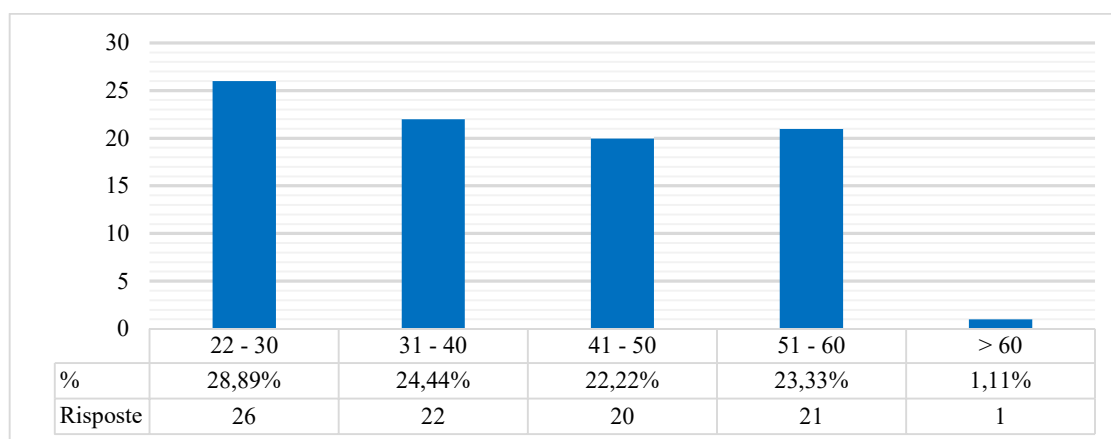


Grafico n. 4. "Età del campione".

Dal grafico n. 4 si ricava che 26 infermieri (28,89%) hanno un'età compresa tra 22 – 30 anni, che 22 infermieri (24,44%) appartengono alla fascia 31 – 40, che l'età di 20 infermieri (22,22%) si colloca nell'intervallo 41 – 50, che 21 infermieri (23,33%) hanno un'età compresa tra 51 – 60 e che 1 solo infermiere compilatore (1,11%) ha un'età > 60.

Domanda n. 5: “Titolo di studio”.

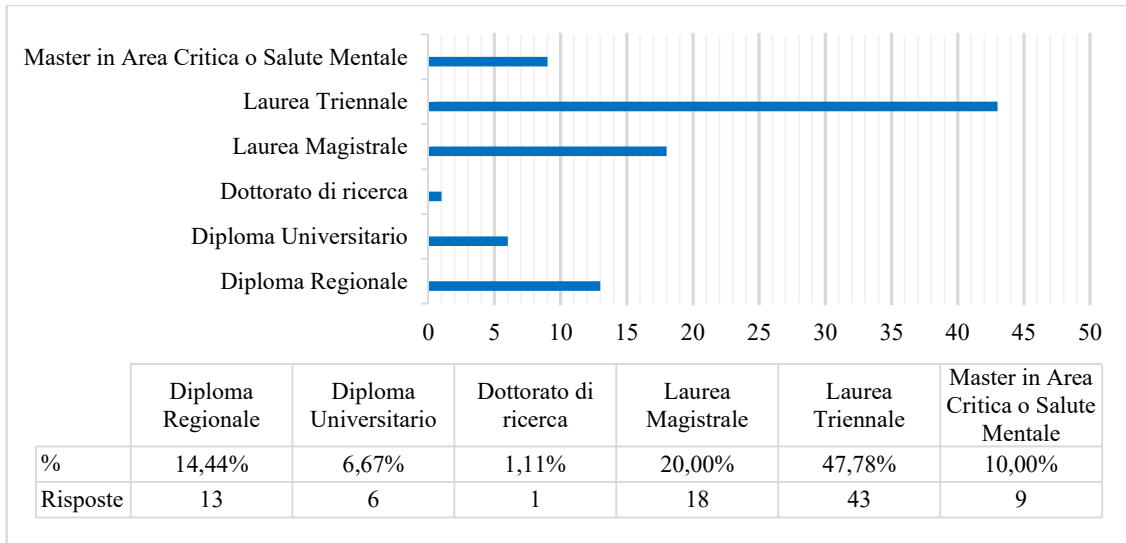


Grafico n. 5. “Titolo di studio”.

Gli infermieri che hanno compilato il questionario, in questa domanda avevano a disposizione diverse opzioni. 13 infermieri (14,44%) hanno risposto di avere come titolo di studio il Diploma Regionale, 6 infermieri (6,67%) il Diploma Universitario, 43 infermieri (47,78%) la Laura Triennale, 18 infermieri (20%) la Laurea Magistrale, 9 infermieri (10%) un master in Area Critica o Salute Mentale e 1 infermiere (1,11%) ha dichiarato di possedere come titolo di studio il Dottorato di ricerca.

Domanda n. 6: “Anni di esperienza lavorativa in Area Critica (Rianimazione, Pronto Soccorso, Servizio 118, UTIC, SPDC)”.

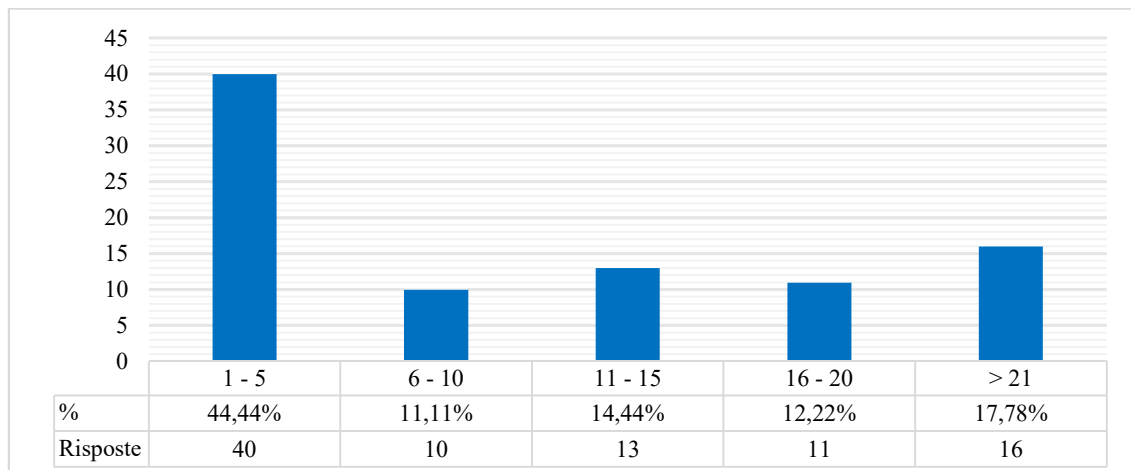


Grafico n. 6. “Anni di esperienza lavorativa in Area Critica (Rianimazione, Pronto Soccorso, Servizio 118, UTIC, SPDC)”.

Dal grafico n. 6 si evince che gli anni di esperienza nei setting indicati dalla domanda sono così distribuiti: 40 infermieri (44,44%) ha un’esperienza lavorativa che rientra nella

fascia “1 – 5”, la fascia “6 – 10” riguarda 10 infermieri (11,11%), la fascia “11 – 15” comprende 13 infermieri (14,44%), alla fascia “16 – 20” fa riferimento 11 infermieri (12,22%) e 16 infermieri (17,78%) ha un’esperienza lavorativa di anni “> 21”.

Domanda n. 7: “Area lavorativa”.

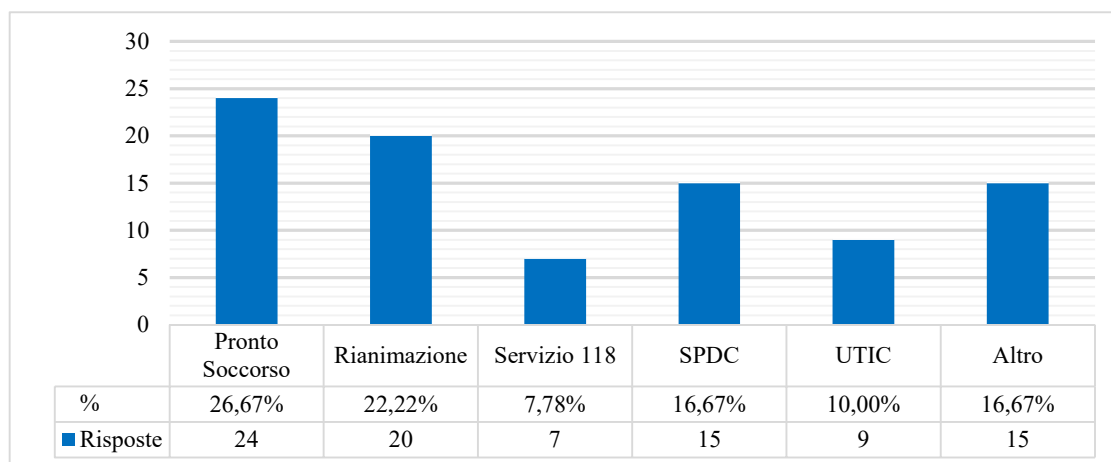


Grafico n. 7. “Area lavorativa”.

Dal grafico si evince che la maggior parte dei partecipanti lavora in Pronto Soccorso, per una quantità di risposte pari a 24 infermieri (26,67%). 20 infermieri (22,22%) lavorano in Rianimazione, 7 infermieri (7,78%) lavorano nel territorio con il servizio del 118, 15 infermieri (16,67%) lavorano in SPDC, 9 infermieri (10%) lavorano in UTIC. In “Altro” si comprendono ulteriori reparti di Area Critica e di Salute Mentale che non sono stati specificati direttamente dal questionario ma inseriti dai compilatori: 15 infermieri (16,67%) lavorano in questi setting.

Domanda n. 8: “Ruolo lavorativo”.

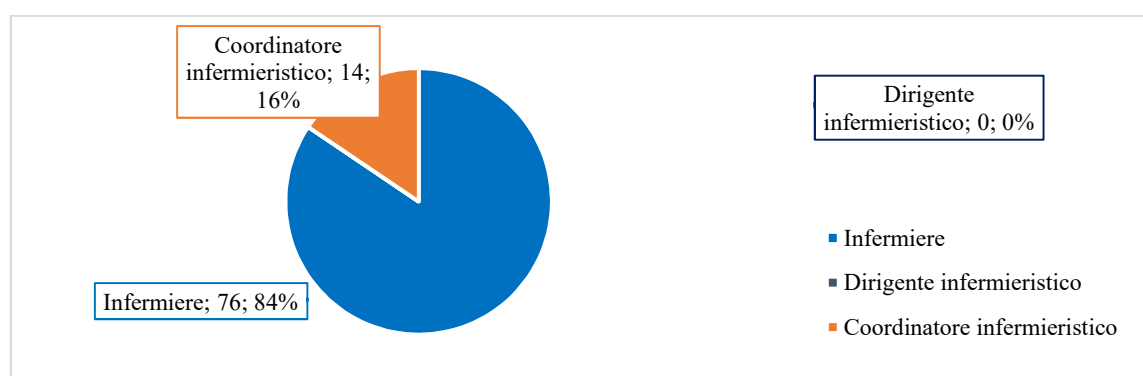


Grafico n.8. “Ruolo lavorativo”.

Il grafico n. 7 rappresenta il ruolo lavorativo degli infermieri compilatori. Si evince che 14 partecipanti (15,56% approssimato dal grafico a 16%) siano coordinatori

infermieristici, 76 partecipanti (84,44% approssimato dal grafico a 84%) siano infermieri e che nessuna risposta è stata ricevuta dalla categoria dei dirigenti infermieristici.

Domanda n. 9: “Durante la sua esperienza lavorativa le è mai capitato di assistere un paziente aggressivo in fase acuta?”.

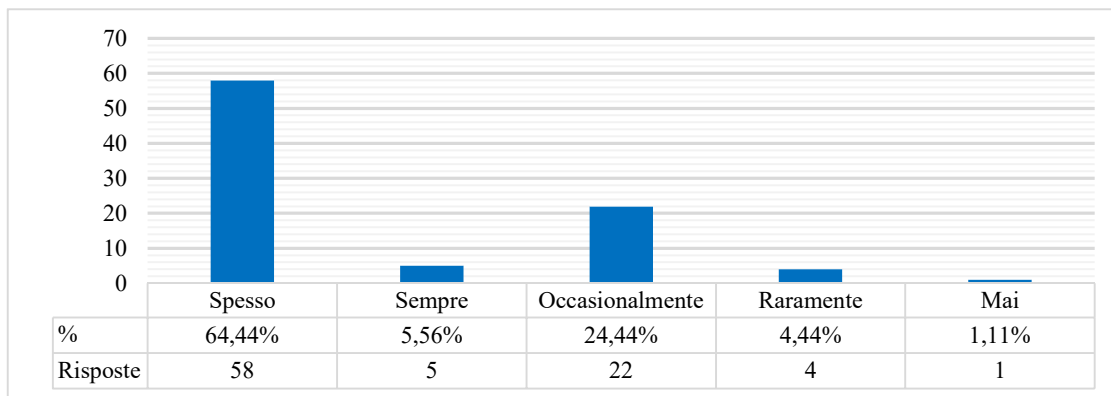


Grafico n. 9. Durante la sua esperienza lavorativa le è mai capitato di assistere un paziente aggressivo in fase acuta?.

Il grafico n. 9 rappresenta le risposte ricevute in merito all’esperienza dei partecipanti nell’assistenza ad un paziente aggressivo in fase acuta. 5 infermieri (5,56%) hanno risposto “sempre”, 58 infermieri (64,44%) hanno risposto “spesso”, 22 infermieri (24,44%) hanno risposto “occasionalmente”, 4 infermieri (4,44%) hanno risposto “raramente” e solo 1 infermiere (1,11%) ha risposto “mai”.

Domanda n. 10: “All'interno della sua Unità Operativa sono previsti protocolli o procedure per la corretta applicazione della contenzione?”.

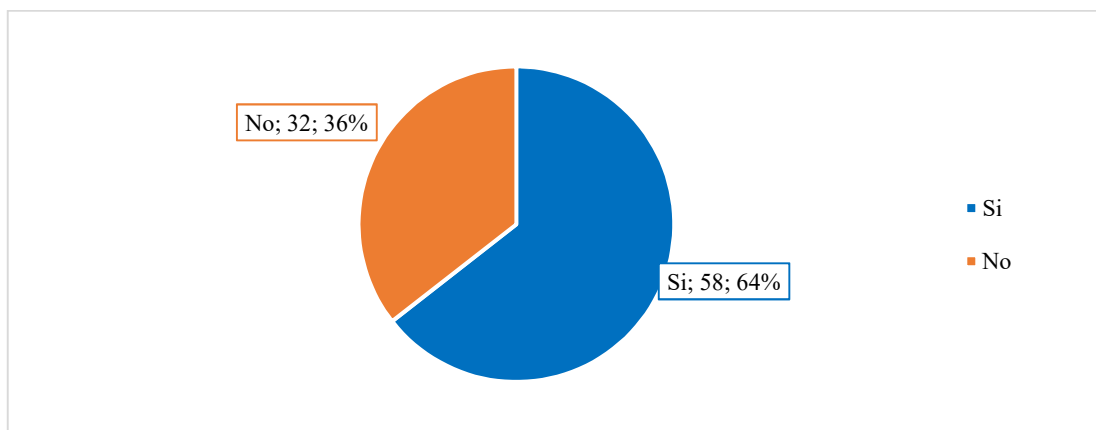


Grafico n. 10. “All'interno della sua Unità Operativa sono previsti protocolli o procedure per la corretta applicazione della contenzione?”.

Dal grafico si evince che 58 partecipanti (64,44% approssimato dal grafico a 64%) affermano di poter usufruire di protocolli e procedure per la corretta applicazione della

contenzione, mentre 32 infermieri (35,56% approssimato dal grafico a 36%) afferma di non avere questa possibilità.

Domanda n. 11: “Attraverso l’utilizzo di scale di valutazione e di un’intervista strutturata, è possibile effettuare una previsione del rischio specifico di comportamento aggressivo per ogni paziente durante la fase di accertamento infermieristico”.

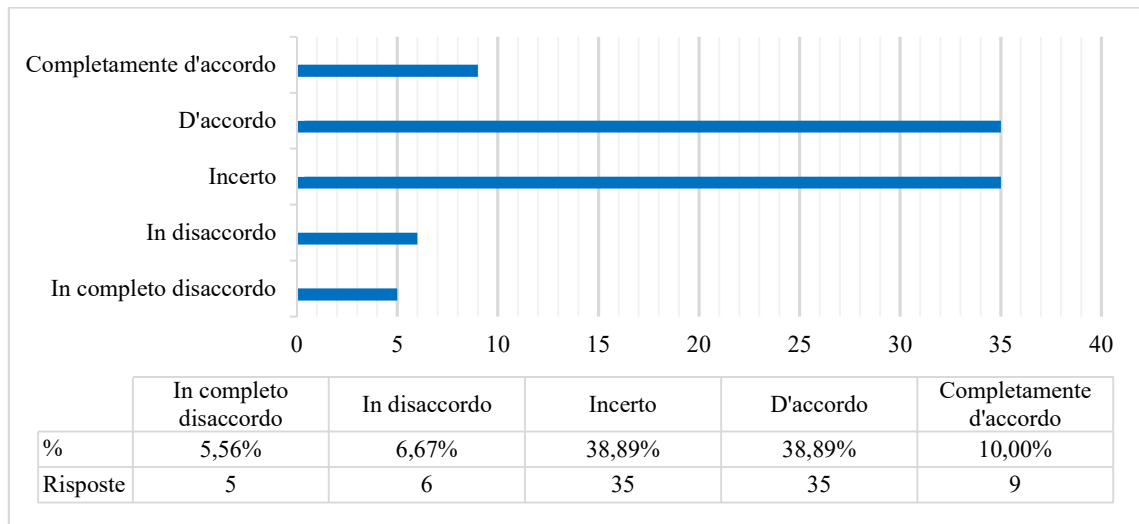


Grafico n. 11. “Attraverso l’utilizzo di scale di valutazione e di un’intervista strutturata, è possibile effettuare una previsione del rischio specifico di comportamento aggressivo per ogni paziente durante la fase di accertamento infermieristico”.

In merito alla domanda posta, gli infermieri hanno affermato di essere “completamente d’accordo” nel 10% dei casi (n. 9), di essere “d’accordo” e “incerto” nel 38,89% dei casi (n. 35), di essere “in disaccordo” nel 6,67% dei casi (n. 6) e di essere “in completo disaccordo” nel 5,56% dei casi (n. 5).

Domanda n. 12: “Le fasi di aggressività sono precedute da una serie di segni e sintomi che permettono di prevedere la crisi?”.

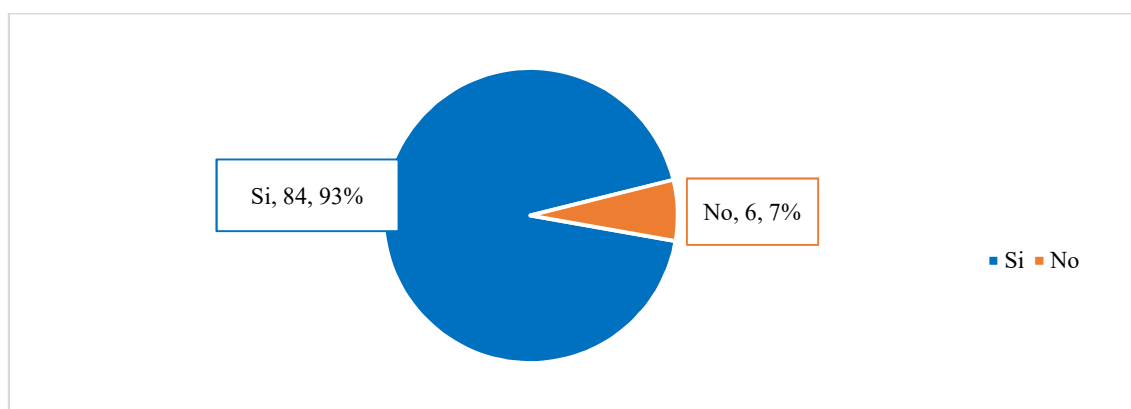


Grafico n. 12. Le fasi di aggressività sono precedute da una serie di segni e sintomi che permettono di prevedere la crisi?”.

Dal grafico si desume che 84 partecipanti (93,33% approssimato dal grafico a 93%) ritengono che ci siano segni e sintomi con i quali si può prevedere la crisi, mentre 6 compilatori (6,67% approssimato dal grafico a 7%) ritengono che questo non sia possibile.

Domanda n. 13: “Quali tipi di contenzione esistono?”.

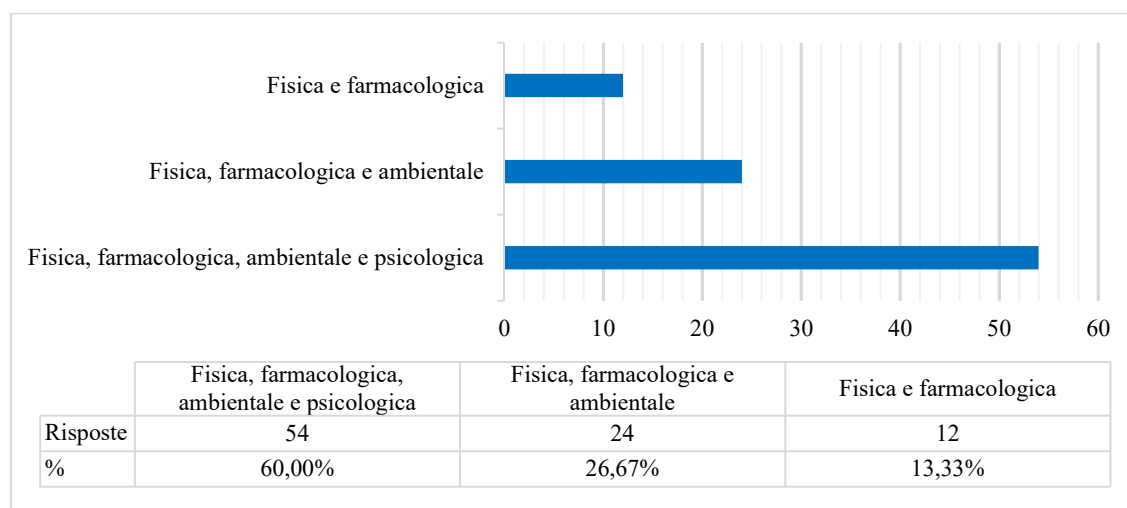


Grafico n. 13. “Quali tipi di contenzione esistono?”.

Il 60% degli infermieri (n. 54), ha risposto che esistono 4 tipi di contenzione e cioè “fisica, farmacologica, ambientale e psicologica”, il 26,67% degli infermieri (n. 24) ha risposto “fisica, farmacologica, ambientale” e il 13,33% dei compilatori (n. 12) ha risposto “fisica e farmacologica”.

Domanda n. 14: “Durante la crisi di aggressività, la risposta di primo livello per la gestione del paziente è sempre la contenzione fisica?”.

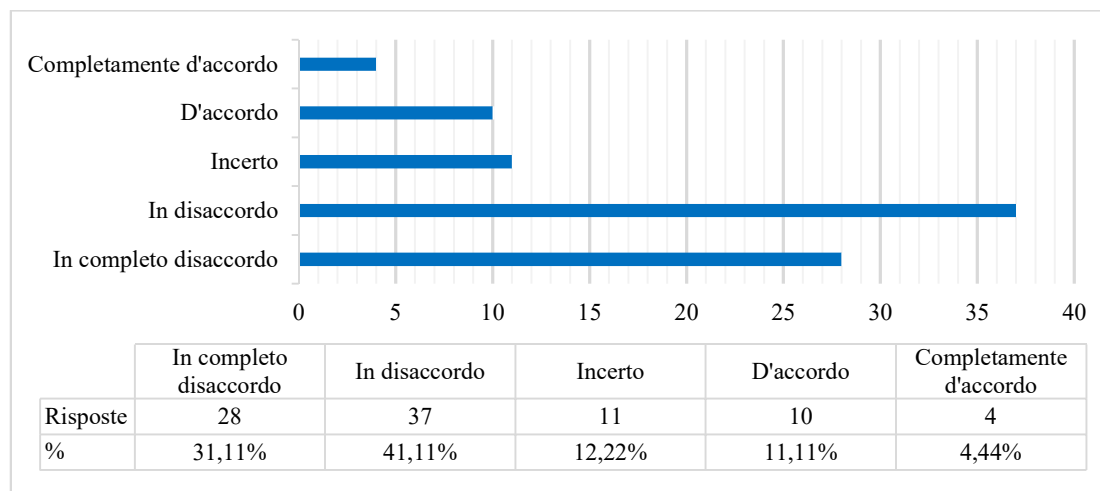


Grafico n. 14. “Durante la crisi di aggressività, la risposta di primo livello per la gestione del paziente è sempre la contenzione fisica?”.

Dal grafico n. 16 si ricava che 28 infermieri (31,11%) hanno dichiarato di essere “in completo disaccordo” con l’affermazione fatta; 37 infermieri (41,11%) hanno risposto di essere “in disaccordo”, mentre 11 infermieri (12,22%) hanno dichiarato di essere “incerti” a riguardo. Infine 10 infermieri (11,11%) hanno risposto di essere “d’accordo” e 4 infermieri (4,44%) hanno dichiarato di essere “completamente d’accordo”.

Domanda n. 15: “Per l’utilizzo della contenzione fisica e farmacologica è sempre necessaria la prescrizione medica, in cui venga indicata la motivazione, la tipologia di contenzione, il tempo di inizio e di fine e la durata massima”.

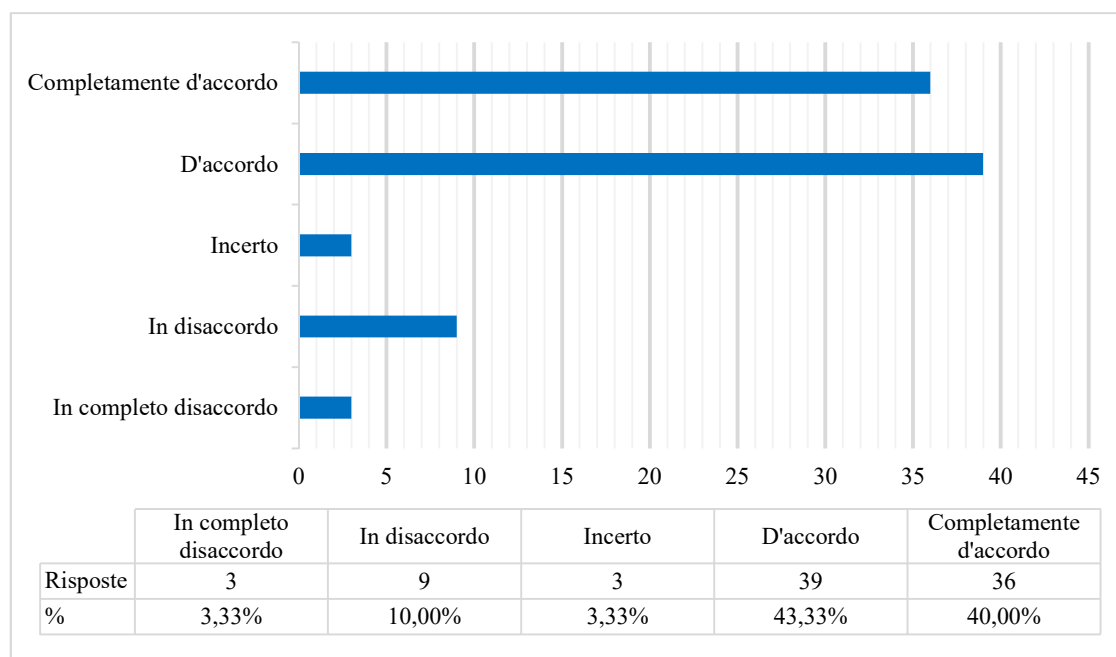


Grafico n. 15. “Per l’utilizzo della contenzione fisica e farmacologica è sempre necessaria la prescrizione medica, in cui venga indicata la motivazione, la tipologia di contenzione, il tempo di inizio e di fine e la durata massima”.

Dal grafico n. 15 risulta che 3 infermieri (3,33%) sono “in completo disaccordo” con l’affermazione fatta, 9 infermieri (10%) sono “in disaccordo”, 3 infermieri (3,33%) sono “incerti”, 39 infermieri (43,33%) sono “d’accordo” e 36 infermieri (40,00%) sono “completamente d’accordo”.

Domanda n. 16: “Quando si applica la contenzione fisica, è importante stringere con forza i mezzi di coercizione perché è fondamentale che il paziente non si liberi”.

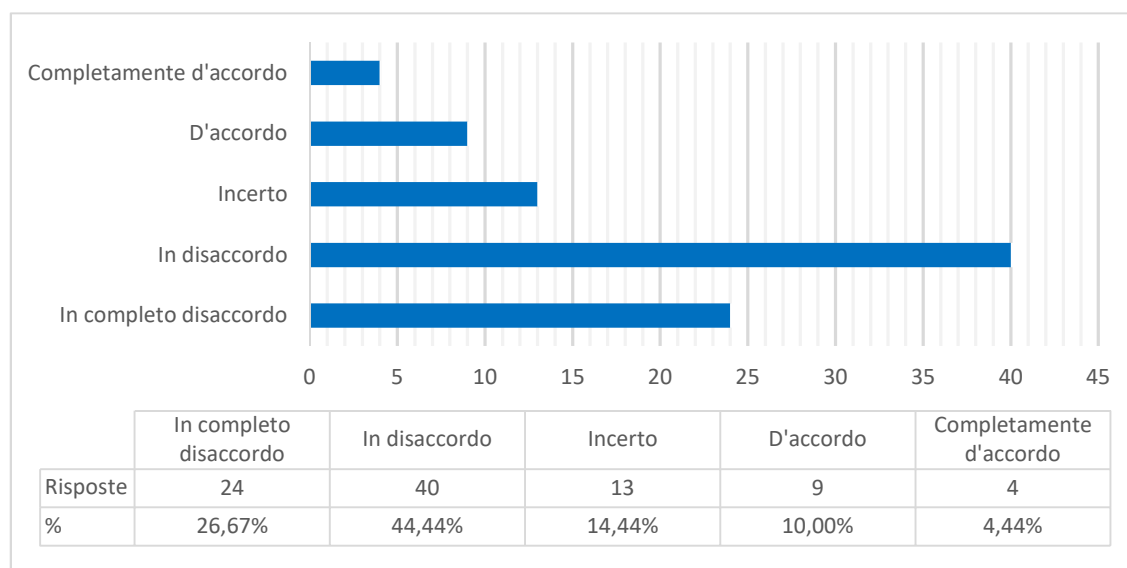


Grafico n. 16. “Quando si applica la contenzione fisica, è importante stringere con forza i mezzi di coercizione perché è fondamentale che il paziente non si liberi”.

Dal grafico n. 16 si può dedurre che 24 infermieri (26,67%) sono “in completo disaccordo” con l’affermazione fatta, 40 infermieri (44,44%) sono “in disaccordo”, 13 infermieri (14,44%) sono “incerti”, 9 infermieri (10%) sono d’accordo e 4 infermieri (4,44%) sono “completamente d’accordo”.

Domanda n. 17: “Gli effetti indesiderati della contenzione fisica sono...”

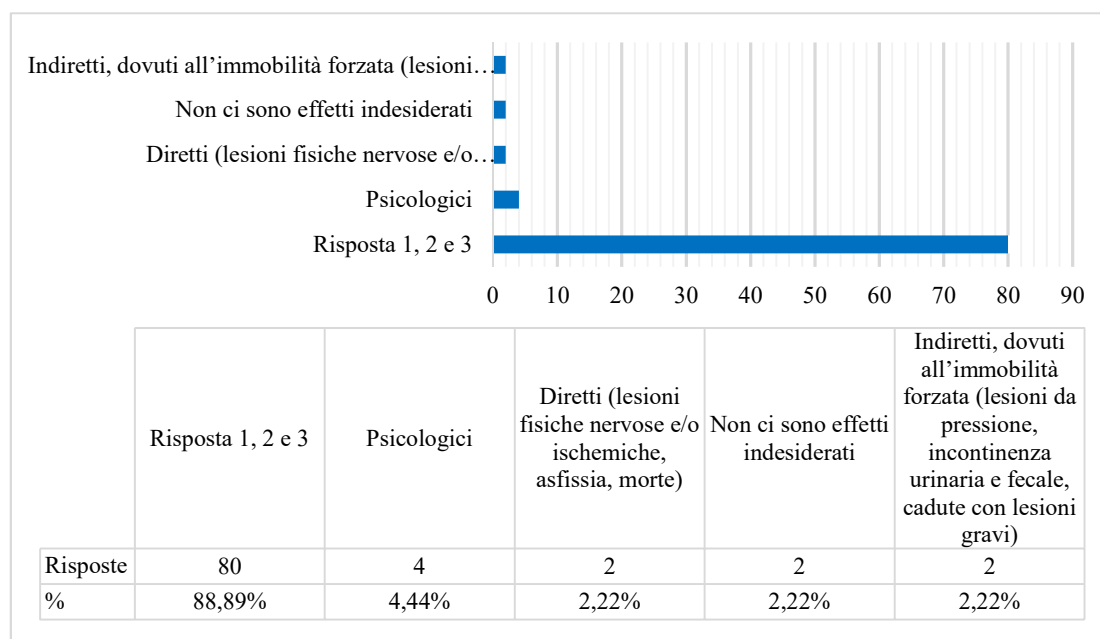


Grafico n. 17. “Gli effetti della contenzione fisica sono...”.

80 infermieri (88,89%) pensano che tutte le risposte siano giuste; allo stesso tempo 4 persone (4,44%) pensano che gli effetti siano solo psicologici, 2 infermieri (2,22%) pensano che ci siano effetti diretti, altri 2 infermieri (2,22%) pensano che non ci siano effetti indesiderati; infine altri 2 infermieri (2,22%) pensano che ci siano effetti soltanto indiretti dovuti all'immobilità.

Domanda n. 18: “La sorveglianza del paziente contenuto deve essere effettuata ogni 30 minuti e deve comprendere il monitoraggio...”

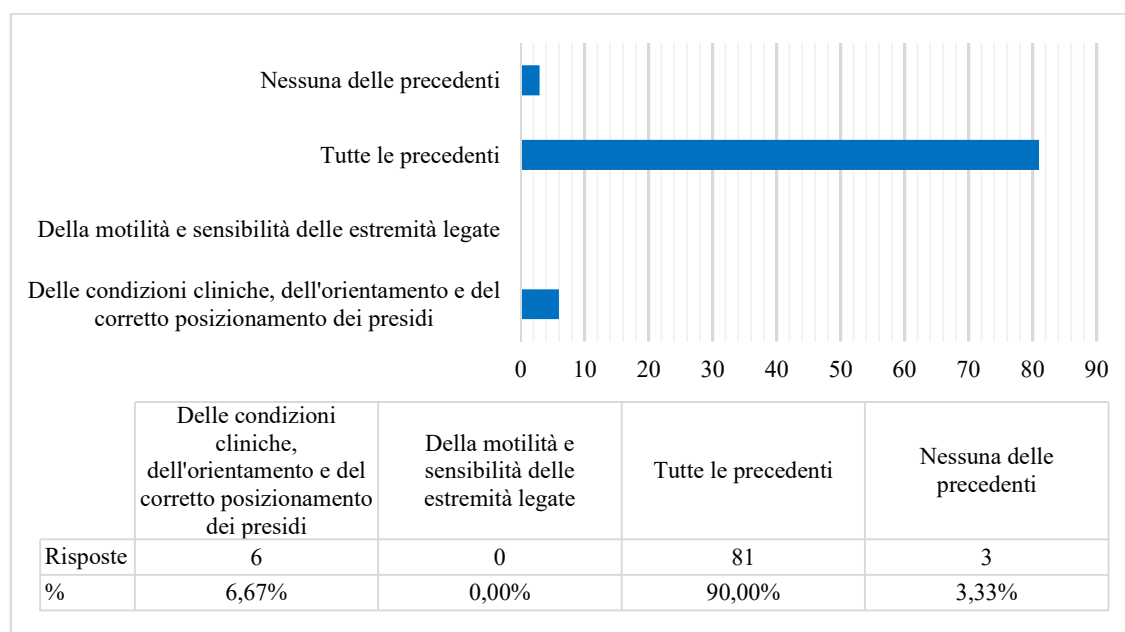


Grafico n. 18. “La sorveglianza del paziente contenuto deve essere effettuata ogni 30 minuti e deve comprendere il monitoraggio...”

Dal grafico si deduce che 6 infermieri (6,67%) hanno dichiarato che la sorveglianza deve comprendere il monitoraggio delle condizioni cliniche, dell'orientamento e del corretto posizionamento dei presidi; nessun infermiere (0%) ha risposto che è necessario monitorare la motilità e la sensibilità delle estremità legate, in 81 persone (90%) hanno risposto “tutte le precedenti” e 3 persone (3,33%) hanno risposto “nessuna delle precedenti”.

Domanda n. 19: “Il paziente deve essere liberato almeno ogni _ ore per consentirgli di bere, mangiare e andare in bagno, documentando il tempo in cui non è contenuto e le attività che compie”.

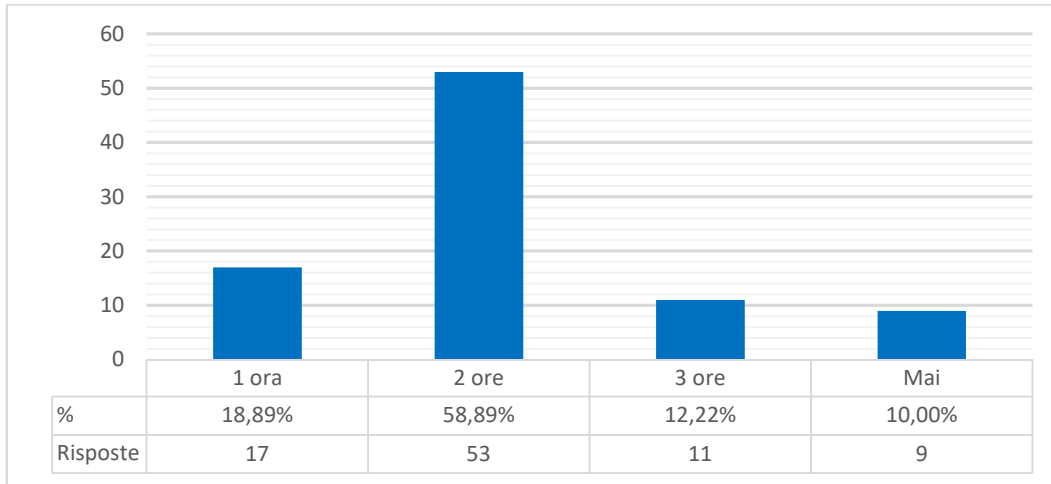


Grafico n. 19: “Il paziente deve essere liberato almeno ogni _ ore per consentirgli di bere, mangiare e andare in bagno, documentando il tempo in cui non è contenuto e le attività che compie”.

Dal grafico si può comprendere che 53 persone (58,89%) pensano che il paziente debba essere liberato ogni 2 ore, 17 persone (18,89%) ogni ora, 11 persone (12,22%) hanno risposto ogni 3 ore e 9 persone (10%) hanno risposto mai.

Domanda n. 20: “Dopo aver applicato la contenzione, prova sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti del paziente?”.

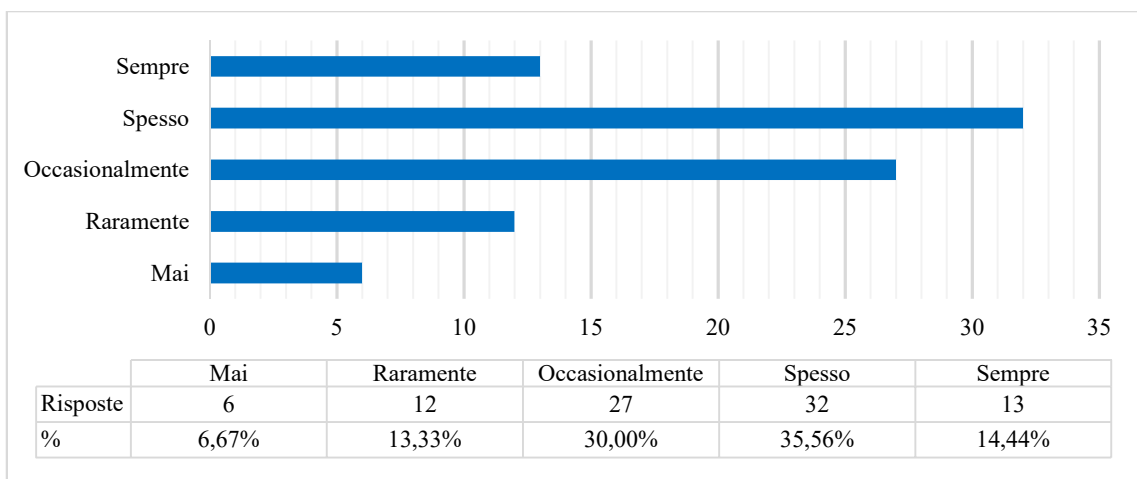


Grafico n. 20: “Dopo aver applicato la contenzione, prova sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti del paziente?”.

Dal grafico si ricava che 6 persone (6,67%) non provano mai sensazioni simili, 12 persone (13,33%) provano tali emozioni raramente, 27 infermieri (30%) le provano

occasionalmente, 32 persone (35,56%) le provano spesso e 13 persone (14,44%) le provano sempre.

Domanda n. 21: “Ritiene che il ricorso alla contenzione sia il mezzo più efficace per trattare il paziente aggressivo?”.

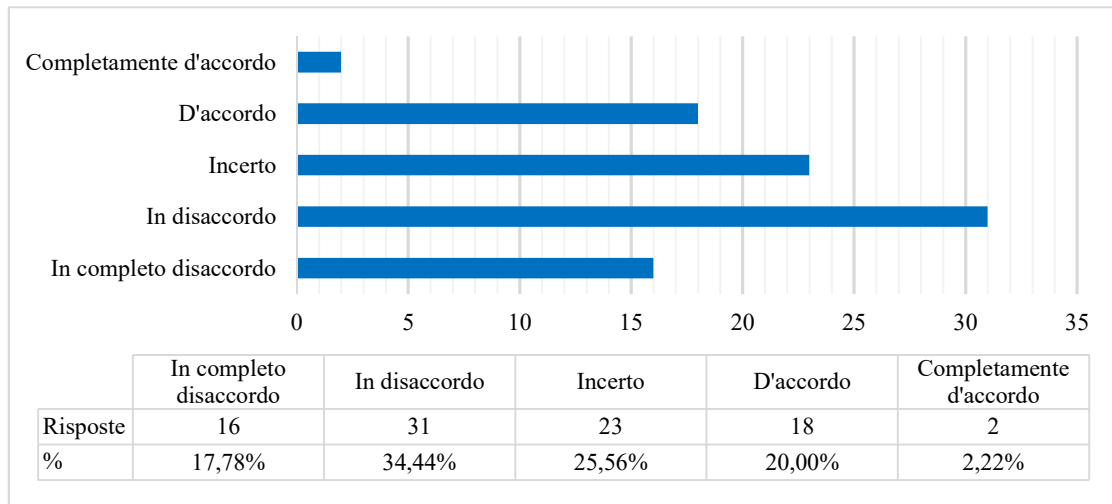


Grafico n. 21. “Ritiene che il ricorso alla contenzione sia il mezzo più efficace per trattare il paziente aggressivo?”.

Dal grafico n. 21 è possibile vedere che 16 compilatori (17,78%) sono “in completo disaccordo”, 31 infermieri (34,44%) si trovano “in disaccordo” con l’affermazione fatta nella domanda; 23 infermieri (25,56%) sono “incerti”, 18 compilatori (20%) sono “d’accordo” e soltanto 2 infermieri (2,22%) sono “completamente d’accordo”.

Domanda n. 22: “Ritiene che il paziente aggressivo in fase acuta subisca una perdita di dignità quando viene sottoposto a contenzione?”.

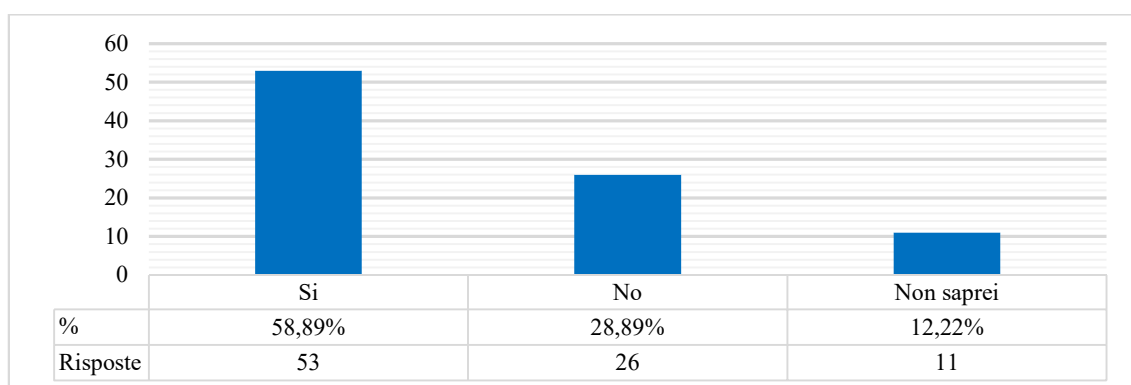


Grafico n. 22. “Ritiene che il paziente aggressivo in fase acuta subisca una perdita di dignità quando viene sottoposto a contenzione?”.

Alla seguente domanda, 53 infermieri (58,89%) ha risposto “sì”, 26 infermieri (28,89%) hanno risposto “no” e 11 infermieri (12,22%) hanno risposto “non saprei”.

Domanda n. 23: “Ritiene che contenere un paziente possa ridurre il tempo di assistenza infermieristica?”.

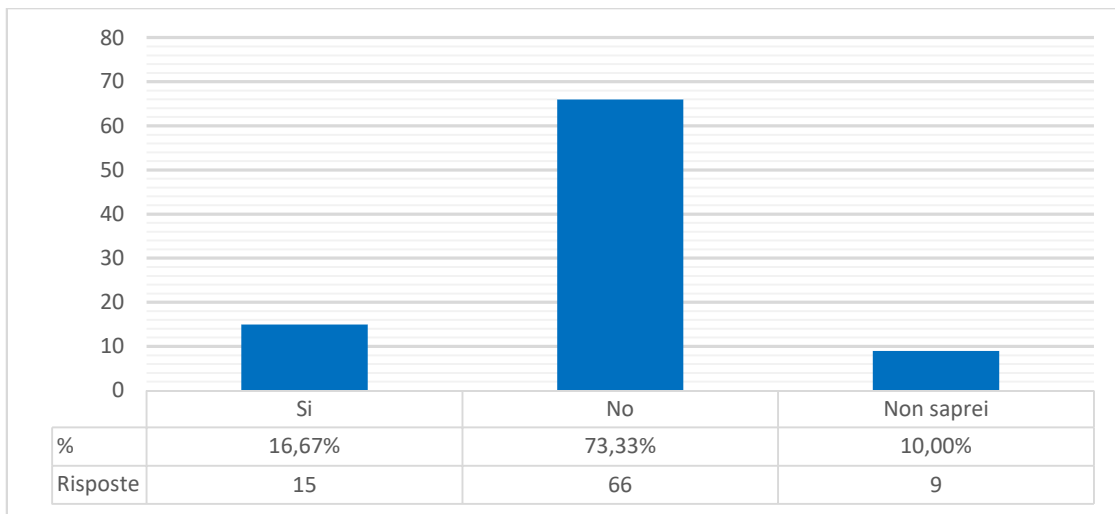


Grafico n. 23. “Ritiene che contenere un paziente possa ridurre il tempo di assistenza infermieristica?”.

Il grafico dimostra che 15 infermieri (16,67%) pensano che la contenzione riduca il tempo di assistenza infermieristica ed hanno risposto “si”; al contrario, 66 infermieri (73,33%) pensano che questo non sia vero ed hanno risposto “no”. In ultimo 9 infermieri (10%) hanno dichiarato di non saper rispondere a questa domanda.

Domanda n. 24: “Ritiene che ci siano mezzi alternativi alla contenzione?”.

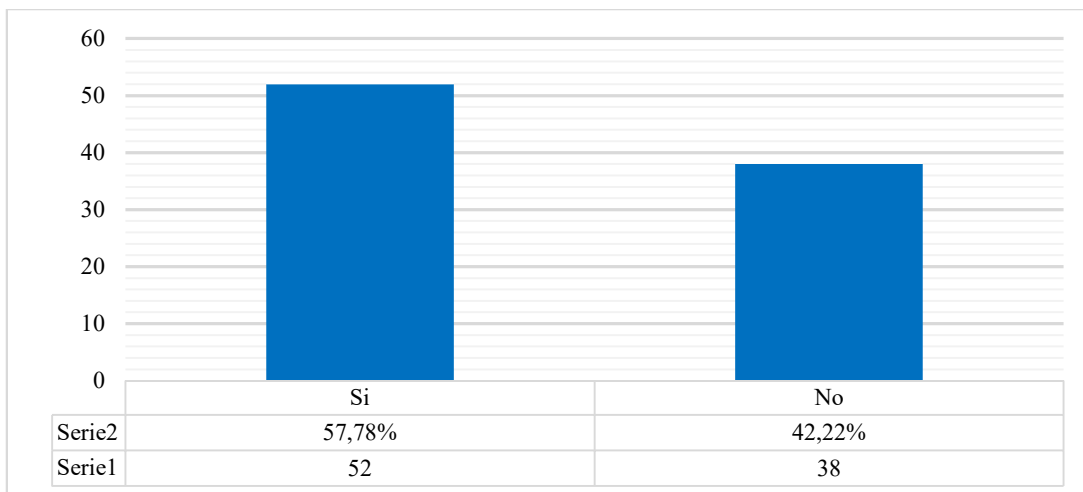


Grafico n. 24. “Ritiene che ci siano mezzi alternativi alla contenzione?”.

La maggior parte dei rispondenti, pari a 52 infermieri (57,78%) ha dichiarato che ci siano mezzi alternativi alla contenzione, mentre 38 infermieri (42,22%) hanno affermato che la contenzione sia l’unico mezzo per gestire un paziente aggressivo.

Domanda n. 25: “Se sì, quali?”.

In questo quesito è stato chiesto agli infermieri che hanno risposto “sì” alla domanda precedente quali fossero, secondo loro, i mezzi alternativi alla contenzione. Su 90 risposte totali, 43 (47,78%) infermieri non hanno dato alcuna risposta, gli altri 47 (52,22%) infermieri hanno dichiarato che ci sono diverse modalità che permettono di non contenere fisicamente il paziente. Molti infermieri hanno ritenuto che l’aspetto fondamentale per evitare gli agiti è quello della prevenzione dei segni e sintomi e di una corretta valutazione del paziente durante il colloquio nella fase di accertamento; altri hanno ritenuto necessario l’utilizzo del dialogo e la presenza dei caregiver durante gli agiti per evitare la fase di escalation. Nei momenti più critici, hanno suggerito l’utilizzo di una sedazione farmacologica ed, inevitabilmente, l’uso della contenzione fisica.

Un altro aspetto che è stato sottolineato è che molto spesso il paziente viene contenuto perché ci sono delle mancanze a livello organizzativo e numerico: per questo motivo, alcuni di loro hanno suggerito un aumento del personale infermieristico e un rapporto 1:1 con il paziente. Altri ancora hanno dichiarato che attraverso la relazione terapeutica hanno abbandonato la contenzione da diversi anni, affermando implicitamente che la ritengono come mezzo efficace per la gestione del paziente in fase acuta.

Domanda n. 26: “Le è mai capitato di assistere un paziente che è stato contenuto in maniera illegittima, senza il rispetto della sua dignità personale?”.

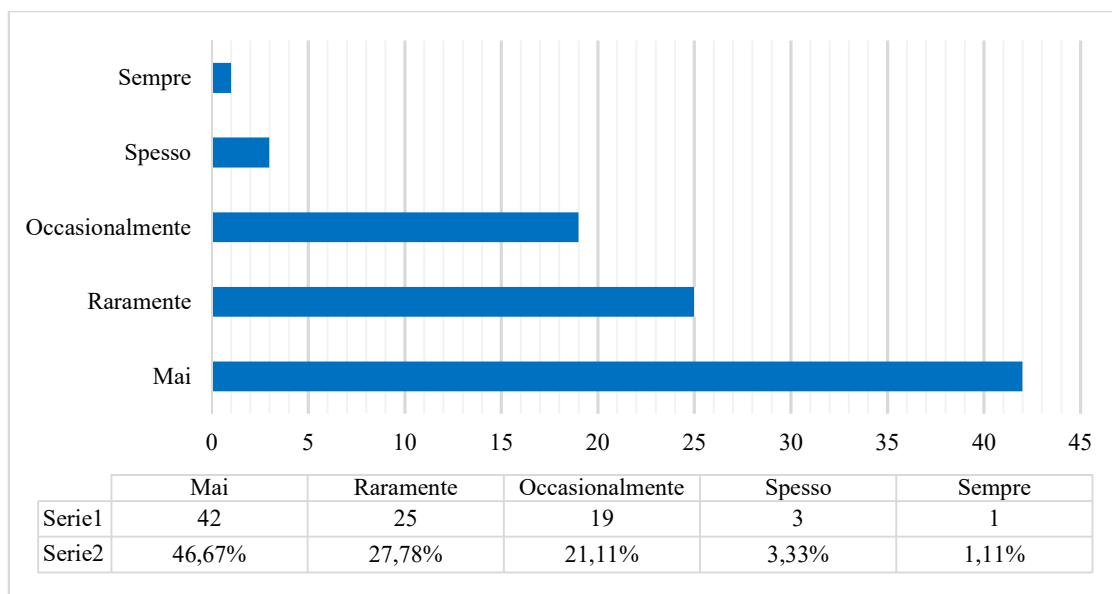


Grafico n. 25. “Le è mai capitato di assistere un paziente che è stato contenuto in maniera illegittima, senza il rispetto della sua dignità personale?”.

Dal grafico si evince che la maggior parte degli infermieri, corrispondente ad un numero pari a 42 (46,67%) non ha mai assistito ad un abuso di contenzione, mentre a 25 infermieri (27,78%) è capitato raramente, a 19 infermieri (21,11%) è successo occasionalmente, a 3 infermieri (3,33%) è capitato spesso e a 1 infermiere (1,11%) succede sempre.

3.4 Discussione

Con questa indagine conoscitiva si è cercato di capire, in relazione anche all'esperienza e all'area lavorativa di riferimento dei vari compilatori, quali fossero le conoscenze in merito alla gestione del paziente aggressivo nei setting lavorativi di Area Critica ed SPDC. Le domande poste mirano non solo a cercare di capire se effettivamente gli infermieri abbiano i requisiti adeguati per fronteggiare questo problema ma anche ad evidenziare quali siano le sensazioni e le emozioni provocate in loro nel momento in cui si trovino ad affrontare una situazione simile e siano obbligati ad applicare una procedura (seguendo o meno i protocolli aziendali, sempre se presenti) sulla quale ancora oggi sorgono molti dibattiti.

L'indagine conoscitiva ha provocato diverse reazioni da parte dei compilatori. Infatti, alcuni di loro si sono trovati in completo disaccordo sul fatto che si parlasse ancora oggi di contenzione come un mezzo efficace per la gestione del paziente aggressivo in fase acuta. Tuttavia, la maggior parte di loro ha ritenuto che sia necessario mettere in atto questa pratica clinica nei momenti clou di agito del paziente, sia per evitare che lesioni se stesso, sia per evitare che possa fare del male a chi lo circonda, in accordo con la letteratura scientifica precedentemente citata.

Partendo dai dati socio - demografici, i risultati ottenuti evidenziano che c'è stata un'ottima aderenza al questionario dal punto di vista numerico che coinvolge quasi tutte le regioni italiane, specificando che alcune risposte provengono da paesi esteri come la Svizzera (n.2). In totale sono state prese in considerazione 90 risposte su 104, di cui 48 provenienti dal Nord Italia, 33 dal Centro Italia e 7 dal Sud Italia.

Nel questionario è stato richiesto anche di specificare la provincia di appartenenza, i cui dati ottenuti non sono stati riportati nei risultati in quanto, per semplicità, sono state prese in considerazione soltanto le regioni. Il campione rispondente è principalmente costituito da donne, per il 70%, mentre il 30% è uomo, per la maggior parte infermieri (n. 76) e 14 coordinatori infermieristici.

Dai risultati ottenuti, si evince che la fascia di età con un numero maggiore di risposte (28,89%) è stata quella 22 – 30: ciò sta a significare che il campione rispondente è costituito prevalentemente da soggetti giovani; dal grafico n. 4 si evince anche che a seguire si trova la fascia 31 – 40 con il 24,44 % delle risposte, la fascia 41 – 50 con il 22,22 %, la fascia 51 – 60 con il 23,33 % e un solo partecipante appartiene alla fascia over 60.

Nel grafico n. 5 si riportano le percentuali relative ai titoli di studio acquisiti dagli infermieri compilatori; si ricava che la maggior parte, per un numero pari a 43, ha ottenuto la Laurea Triennale, di cui 21 appartengono alla fascia 22 – 30, 12 alla fascia 31 – 40, 8 alla fascia 41 – 50, 2 alla fascia 51 – 60 e nessuno risulta avere un'età superiore a 60 anni. La Laurea Magistrale è stata conseguita da 18 infermieri, di cui 3 appartenenti alla fascia 22 – 30, 6 alla fascia 31 – 40, 2 alla fascia 41 – 50 e 7 alla fascia 51 – 60 (nessun over 60 ha ottenuto questo titolo di studio).

Per quanto riguarda il Diploma Universitario, 4 soggetti hanno dichiarato di appartenere alla fascia 41 – 50, mentre 2 alla fascia 51 – 60.

Inoltre, è stato possibile individuare 3 infermieri appartenenti alla fascia 41 – 50, 8 alla fascia 51 – 60 e 1 over 60 con il titolo di Diploma Regionale.

Un solo infermiere ha dichiarato di possedere come titolo di studio il Dottorato di Ricerca (fascia 51 – 60); 1 infermiere tra i 22 – 30 anni, 4 tra i 31 – 40 anni, 3 tra i 41 – 50 anni e 1 tra i 51 – 60 anni possiedono un Master in Area Critica o Salute Mentale, per un totale di 9 infermieri.

Le aree lavorative di riferimento sono state il Pronto Soccorso, la Rianimazione, il Servizio 118, SPDC e UTIC. Oltre a questi setting, sono state ricevute risposte anche da personale sanitario di reparti di Terapia Intensiva, Medicina D'urgenza ed altri setting lavorativi relativi alla salute mentale, che non rispondevano esattamente ai requisiti richiesti ma sono stati presi in considerazione in quanto è facilmente dimostrabile che molto spesso anche in questi setting ci si trovi ad affrontare un paziente aggressivo.

Dai risultati emerge che la maggior parte degli infermieri si sono spesso trovati a confrontarsi con situazioni di pericolo dovute all'agito di un paziente, a dimostrazione del fatto che il fenomeno dell'aggressività è tutt'oggi ancora molto diffuso. In accordo con gli articoli scientifici citati nei capitoli precedenti, è evidente che sia necessario preparare gli operatori sanitari a queste evenienze, permettendo loro di avere linee guida

e protocolli che consentano una corretta gestione del paziente in fase acuta. Tuttavia, nonostante questa sembri essere una situazione clinica da non sottovalutare per i potenziali rischi che si corrono, non tutte le aziende sanitarie mettono a disposizione protocolli e procedure per la corretta applicazione della contenzione, facendo in modo che gli operatori sanitari non abbiano uno schema adeguato da seguire in queste circostanze: ciò favorisce l'uso scorretto di tale procedura e l'abuso di contenzione, in quanto non vengono fornite indicazioni precise. Nonostante il numero di rispondenti "sì" alla domanda "*All'interno della sua Unità Operativa sono previsti protocolli o procedure per la corretta applicazione della contenzione?*" sia pari al 64,44%, quindi più della metà, si riscontra che una percentuale di 35,56% dei compilatori non ha a disposizione questi mezzi, non garantendo quindi un'efficacia, un'efficienza ed un'appropriatezza all'interno dei vari setting assistenziali. I protocolli risultano essere fondamentali, soprattutto in queste circostanze, poiché il mancato adempimento porta a rispondere il professionista delle proprie azioni e il paziente a subire un trattamento non adeguato.

Ammettendo che gli operatori di Area Critica e Salute Mentale debbano avere una formazione di base appropriata per la gestione dell'agito, in quanto il setting lavorativo critico implica necessariamente un confronto con queste tipologie di pazienti, è altrettanto vero che una corretta stilazione di un piano di intervento sia la soluzione più adeguata per favorire l'agire degli operatori sanitari.

Tutto ciò si rende necessario anche per fornire informazioni e dare la possibilità agli infermieri di imparare a riconoscere se un paziente è a rischio di sviluppare un comportamento aggressivo: nella valutazione iniziale, è fondamentale che si traggano quante più informazioni possibili per la previsione del rischio specifico. Tra le risposte ricevute, è emerso che alcuni compilatori non siano d'accordo col fatto che sia possibile effettuare una previsione, in quanto hanno dichiarato di non essere a conoscenza dell'esistenza di scale di valutazione dell'aggressività e dell'impulsività, in disaccordo con la letteratura scientifica, che ne mette a disposizione diverse.

Nonostante non ci sia una conoscenza specifica sulle scale di valutazione, molti compilatori hanno affermato che, invece, le fasi di immediata aggressività possano essere precedute da una serie di segni e sintomi che permettono di prevedere la crisi, con una percentuale bassissima di compilatori in disaccordo con questa affermazione.

Nel questionario è stato indagato anche quanto il personale infermieristico abbia conoscenze adeguate sull'applicazione della contenzione, a partire da quali tipologie esistono. Molti compilatori hanno fornito risposte in accordo con la letteratura scientifica, dichiarando che la contenzione può essere di tipo psicologico, ambientale, farmacologico e fisico, altri non hanno considerato l'isolamento del paziente e la relazione interpersonale con esso come mezzi di contenzione ma piuttosto come un'alternativa a tale procedura, sottintendendo che questa terminologia vado utilizzata solo quando si parla di somministrazione farmacologica di sedativi e di applicazione di mezzi coercitivi.

Per questo motivo, quando è stato chiesto se la contenzione fisica fosse la risposta di primo livello per la gestione del paziente aggressivo, gran parte del campione ha espresso il proprio disaccordo o la propria incertezza in riferimento a questa affermazione, specificando poi nella domanda aperta messa a disposizione successivamente che la contenzione è l'ultima scelta e che prima è necessario applicare le tecniche di de-escalation, compresa lo sfruttamento della relazione terapeutica e dell'isolamento ambientale.

Ricordando che la letteratura scientifica afferma la necessità di avere sempre la prescrizione medica come giustificazione all'uso della contenzione fisica, molti compilatori hanno dichiarato essere in accordo con questa linea di pensiero, in quanto la decisione viene presa dal medico, pur essendosi precedentemente consultato con gli altri operatori appartenenti all'equipe, compresa la figura infermieristica. Alcuni compilatori non si sono trovati d'accordo ed hanno affermato di essere incerti al riguardo o disaccordo con l'affermazione fatta, sottintendendo che la prescrizione non sia sempre necessaria ai fini dell'applicazione della contenzione fisica. La letteratura dimostra che, in casi di necessità o quando la figura medica non sia reperibile, la decisione possa essere presa dall'infermiere: ciò non toglie che il medico non debba valutare il paziente una volta tornato disponibile, in quanto deve accertarsi che la misura messa in atto sia adeguata e rispetti i criteri di necessità.

È stata indagata anche la modalità attraverso la quale viene applicata la contenzione fisica, soprattutto per capire quali siano le differenze tra chi ha a disposizione un protocollo aziendale e chi no. Analizzando i dati, le risposte ricevute sono state pressoché simili in entrambi i casi: infatti, la maggior parte dei compilatori ha affermato che i mezzi coercitivi debbano essere applicati correttamente per non provocare danni al paziente, in

riferimento soprattutto al fatto che non sia necessario stringere con forza per evitare che il paziente si liberi. È emerso anche che alcune risposte affermino il contrario, dando la priorità all'evitare la liberazione del paziente utilizzando una forza non adeguata, piuttosto che a provvedere che non si manifestino effetti diretti in corrispondenza dei mezzi coercitivi. In sintesi, quello che emerge è che non tutti si trovino d'accordo sul dare priorità alla salute del paziente quanto piuttosto all'evitare la sua liberazione.

Questo pensiero si allontana di gran lunga da ciò che viene affermato in letteratura, ovvero che deve esserci un'attenzione particolare per quello che riguarda i potenziali effetti indesiderati della contenzione fisica: quelli diretti, in cui vengono inclusi quelli precedentemente citati, e quelli indiretti. Al campione è stato chiesto quali fossero le conseguenze di questa pratica clinica: alcuni di loro hanno risposto correttamente, indicando che gli effetti collaterali possono riguardare sia l'immobilità forzata che lesioni fisiche, nervose, ischemiche, fino ad arrivare alla morte, associate a effetti psicologici; seppur in numero limitato, alcuni compilatori hanno dichiarato che non ci siano conseguenze nell'applicazione della contenzione fisica.

La letteratura scientifica ha dimostrato che la sorveglianza del paziente contenuto debba essere effettuata ogni 30 minuti e debba comprendere il monitoraggio della motilità e della sensibilità delle estremità contenute e delle condizioni cliniche, dell'orientamento e del corretto posizionamento dei presidi; dai risultati ottenuti, si evince che buona parte dei compilatori si trovino d'accordo con quanto affermato, a differenza di una leggera minoranza che afferma che non debba esserci alcun monitoraggio del paziente, in completo disaccordo con le evidenze scientifiche.

Quando è stato chiesto ogni quanto debba essere liberato il paziente per consentirgli di bere, mangiare ed andare in bagno, la maggior parte degli infermieri compilatori ha risposto ogni 2 ore, così come affermato dalla letteratura; altri hanno ritenuto che il paziente non debba mai essere privato delle contenzioni, altri ancora hanno dichiarato di liberare il paziente ogni 1/3 ore.

L'indagine conoscitiva non mira soltanto a capire se effettivamente il campione abbia una conoscenza approfondita della contenzione, ma un altro aspetto preso in considerazione è quello etico. Come precedentemente anticipato, il dibattito etico sull'uso della contenzione è tutt'oggi aperto e genera numerose polemiche in quanto diversi sono i pensieri a riguardo.

In letteratura non solo è evidente che la contenzione provochi un disagio fisico ed emotivo al paziente ma viene anche riportato che gli stessi operatori sanitari provino sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa e compassione nei confronti dei pazienti contenuti. A questo proposito, è stato chiesto ai compilatori se questo si verificasse anche per loro; i risultati ottenuti dimostrano che, pur ritenendo la contenzione una pratica clinica necessaria in quel determinato momento, molto spesso gli infermieri hanno provato sentimenti negativi e solo raramente non abbiano provato compassione o frustrazione. Quando è stato chiesto se ritenessero che il paziente contenuto subisse una perdita di dignità, la maggior parte ha dichiarato di essere d'accordo con tale affermazione.

Più in generale, si afferma che la contenzione non viene vista come il mezzo più efficace per trattare il paziente aggressivo, anche se alcuni compilatori hanno dichiarato di non averne la certezza.

Dall'analisi della letteratura è emerso che molti operatori sanitari ritengono che la contenzione sia un mezzo efficace per ridurre il tempo di assistenza infermieristica, nonostante questo sia dimostrato essere una considerazione errata, perché il paziente va contenuto per una determinata necessità e non per facilitare il lavoro. A questo proposito, la maggior parte degli infermieri compilatori ha dichiarato di non essere d'accordo, mentre alcuni hanno considerato la contenzione come un modo di ridurre il tempo di assistenza.

Più della metà, pari al 57,78% hanno dichiarato che ci siano mezzi alternativi alla contenzione, specificando che la prevenzione di segni e sintomi sia il fattore principale per evitare una crisi di aggressività; è stato inoltre dichiarato che il dialogo e la presenza di un caregiver possano, in qualche modo, placare gli agiti del paziente ed evitare l'uso di mezzi coercitivi.

Inoltre, è stato fatto presente che, a prescindere dall'aspetto tecnico e relazionale, andrebbe rinforzato quello organizzativo, sottolineando come il numero di infermieri e di operatori sanitari in turno non sia adeguato per la gestione dei pazienti aggressivi o, più in generale, dei pazienti che abbiano la necessità di cure intensive.

Un altro punto su cui si è dibattuto è la liceità della contenzione: molto spesso, infatti, è possibile riscontrare un utilizzo non appropriato dei mezzi contenitivi, soprattutto quando il personale non è addestrato o preparato adeguatamente all'uso di tali procedure. Quello che si può verificare è un abuso di contenzione, che viene punito penalmente. A proposito

di questo, è stato indagato quante volte durante la propria carriera lavorativa il campione abbia assistito all'utilizzo improprio di tale pratica clinica: i dati ricavati permettono di affermare che per la maggior parte delle volte gli infermieri compilatori abbiano assistito raramente a situazioni simili, o addirittura mai; soltanto alcuni, per un numero pari a 23, hanno dichiarato che questo sia avvenuto occasionalmente, spesso o sempre.

CAPITOLO 4: Conclusioni

“E TU SLEGALO SUBITO.... una frase che il Dr. Franco Basaglia ripeteva spesso “quando vedi un uomo legato, tu slegalo subito.”

Questa indagine conoscitiva ha permesso di comprendere quali siano le opinioni riguardanti l'uso della contenzione, soprattutto quella fisica, in Area Critica e negli ambiti emergenziali della Salute Mentale. Il dibattito sulla liceità e sulla necessità dell'utilizzo di questa pratica clinica è tuttora aperto e porta con sé numerosi discrepanze nel campione estratto dalla popolazione e preso come riferimento.

In linea generale, si può affermare che molti siano concordi sul fatto che in diverse occasioni sia necessario usufruire della contenzione, anche se considerata come ultima ratio. La contenzione si “nasconde” nei luoghi della cura. La contenzione non solo impaurisce, ferisce, umilia chi la subisce, ma anche gli operatori sanitari (medici, infermieri), che, non più soggetti portatori di competenze, affettività, relazioni, sono ridotti ad un ruolo di freddi custodi. La rabbia, il dolore, l'impotenza, l'umiliazione che le persone legate devono vivere sono così profondi che a fatica riescono a raccontare. Nel nostro Paese, in gran parte dei servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, la contenzione è pratica diffusa, come denuncia il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2015.

L'illiceità del trattamento è ammessa da tutti e dovunque, anche quando le scarse risorse delle organizzazioni e l'esiguo numero di personale fanno apparire inevitabile il ricorso alle fasce. Ci sono luoghi dove sono evidenti pratiche e organizzazioni dei servizi rispettose della persona, della dignità e dei diritti di tutti, utenti ed operatori. Luoghi dove gli operatori e le organizzazioni sanitarie si pongono con rigore il problema, accettano di interrogarsi e sentono come fallimento del lavoro terapeutico il ricorso alla contenzione. Occorre che chi cura e chi è curato sia consapevole dei propri diritti, e li possa agire. Che una comunità informata e partecipe attraversi i luoghi della cura, riconoscendo ciò che accade alle persone nei momenti di maggiore fragilità e dolore. L'Infermiere riconosce che la contenzione non è un 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. Il vuoto normativo statale è l'espressione di una granitica resistenza culturale alla filosofia "no restraint" e "open door" che in buona parte dell'Europa si è affermata sin dal XIX secolo.

In tale substrato, di fronte ad un eventuale "silenzio deontologico", nella maggior parte delle regioni italiane gli infermieri si sarebbero trovati in totale contrapposizione con il proprio referente istituzionale in quanto privi di una adeguata formazione, mentale e pratica, utile all'abbandono della contenzione, alla mercé di una regolazione professionale in netta antitesi con quella giuridica e giurisprudenziale (quest'ultima ammette e talvolta pretende l'uso delle contenzioni).

Attualmente le principali carenze di sistema riguardano la refrattarietà degli ambienti giurisprudenziali ad assorbire il concetto di ineliminabilità del rischio di caduta – da un lato – e la mancanza di adeguate strategie di pianificazione e attuazione della prevenzione in capo alla maggior parte degli infermieri operanti nelle realtà assistenziali, dall'altro.

A tale impostazione tuttavia sembra mancare un elemento essenziale per ottenere il salto culturale nel medio termine: è indispensabile il completamento di quanto previsto nel Codice Deontologico attraverso la previsione di un programma di precisi percorsi di formazione e aggiornamento (obbligatori) per i professionisti in attività e l'inserimento di moduli ad hoc nei corsi di laurea per gli studenti universitari.

“La rivoluzione parte sempre ‘dal basso’ e le idee si cementano nelle coscienze attraverso la prassi.”

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO:

“Il ruolo infermieristico nella gestione del paziente aggressivo in area critica: la contenzione tra etica e realtà sanitaria.”

Salve, mi chiamo Chiara Molinas e sono una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche, polo didattico di Ancona. Dopo le varie esperienze di tirocinio presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e dopo aver potuto osservare l'applicazione di questa procedura, per la mia Tesi di Laurea ho deciso di trattare l'argomento della contenzione, soprattutto concentrandomi sulla gestione del paziente aggressivo in fase acuta in Area Critica. Con il seguente questionario, chiedo la vostra collaborazione per la raccolta dei dati in merito alla conoscenza della procedura, alle modalità di utilizzo, andando a considerare anche l'aspetto etico. La compilazione del questionario è anonima ed i dati ottenuti verranno utilizzati esclusivamente per la stesura del mio progetto di Tesi.

Grazie in anticipo per la partecipazione.

Dati socio-demografici:

1. Regione:

2. Provincia:

3. Genere:

- Maschio
- Femmina

4. Età:

- 22-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60

> 60

5. Titolo di studio:

- Diploma Regionale
- Diploma Universitario
- Laurea Triennale
- Laurea Magistrale
- Dottorato di ricerca
- Altro... (master?)

6. Anni di esperienza lavorativa in area critica (Rianimazione, Pronto Soccorso, Servizio 118, UTIC, SPDC):

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >21

7. Area lavorativa:

- Rianimazione
- Pronto Soccorso
- Servizio 118
- UTIC
- SPDC
- Altro...

8. Ruolo lavorativo:

- Infermiere
- Coordinatore infermieristico
- Dirigente infermieristico

9. Durante la sua esperienza lavorativa le è mai capitato di assistere un paziente aggressivo in fase acuta?

- Mai
- Raramente
- Occasionalmente
- Spesso
- Sempre

10. All'interno della sua unità operativa sono previsti protocolli o procedure per la corretta applicazione della contenzione?

- Sì
- No

11. Attraverso l'utilizzo di scale di valutazione e di una intervista strutturata, è possibile effettuare una previsione del rischio specifico di comportamento aggressivo per ogni paziente durante la fase di accertamento infermieristico:

- In completo disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Completamente d'accordo

12. Le fasi di aggressività sono precedute da una serie di segni e sintomi che permettono di prevedere la crisi?

- Sì
- No

13. Quali tipi di contenzione esistono?

- Fisica e farmacologica

- Fisica, farmacologica e ambientale
- Fisica, farmacologica, ambientale e psicologica

14. Durante la crisi di aggressività, la risposta di primo livello per la gestione del paziente è sempre la contenzione fisica:

- In completo disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Completamente d'accordo

15. Per l'utilizzo della contenzione fisica e farmacologica è sempre necessaria la prescrizione medica, in cui venga indicata la motivazione, la tipologia di contenzione, il tempo di inizio e di fine e la durata massima:

- In completo disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Completamente d'accordo

16. Quando si applica la contenzione fisica, è importante stringere con forza i mezzi di coercizione perché è fondamentale che il paziente non si liberi:

- In completo disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Completamente d'accordo

17. Gli effetti indesiderati della contenzione fisica sono:

- Psicologici
- Diretti (lesioni fisiche nervose e/o ischemiche, asfissia, morte)

- Indiretti, dovuti all'immobilità forzata (lesioni da pressione, incontinenza urinaria e fecale, cadute con lesioni gravi)
- Non ci sono effetti indesiderati
- Risposta 1,2 e 3

18. La sorveglianza del paziente contenuto deve essere effettuata ogni 30 minuti e deve comprendere il monitoraggio:

- Delle condizioni cliniche, dell'orientamento e del corretto posizionamento dei presidi
- Della motilità e sensibilità delle estremità legate
- Nessuna delle precedenti
- Tutte le precedenti

19. Il paziente deve essere liberato almeno ogni _ ore per consentirgli di bere, mangiare e andare in bagno, documentando il tempo in cui non è contenuto e le attività che compie:

- 2 ore
- 3 ore
- 1 ore
- Mai

20. Dopo aver applicato la contenzione, prova sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti del paziente?

- Mai
- Raramente
- Occasionalmente
- Spesso
- Sempre

21. Ritieni che il ricorso alla contenzione sia il mezzo più efficace per trattare il paziente aggressivo?

- In completo disaccordo
- In disaccordo
- Incerto
- D'accordo
- Completamente d'accordo

22. Ritieni che il paziente aggressivo in fase acuta subisca una perdita di dignità quando viene sottoposto a contenzione?

- Sì
- No
- Non saprei

23. Ritieni che contenere un paziente possa ridurre il tempo di assistenza infermieristica?

- Sì
- No
- Non saprei

24. Ritieni che ci siano mezzi alternativi alla contenzione?

- Sì
- No

25. Se la risposta alla domanda precedente è sì, quali?

26. Le è mai capitato di assistere un paziente che è stato contenuto in maniera illegittima, senza il rispetto della sua dignità personale?

- Mai
- Raramente
- Occasionalmente
- Spesso
- Sempre

ACRONIMI

ES: Esempio

FNOPI: *Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche*

SPDC: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio

BARS: Behavioural Activity Rating Scale

OASS: Overt Agitation Severity Scale

OAS: Overt Aggression Scale

MOAS: Modified Overt Aggression Scale

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale

SAS: Sedation - Agitation Scale

BIS 11-ITA: Barrat Impulsiveness Scale – Version 11- Italian Adult Version

NICE: Nationale Institute for Health and Care Excellence

CK: Creatinichinasi

SIMEU: Società Italiana della Medicina di Emergenza – Urgenza

EBPISHP: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

CNB: Comitato Nazionale per la Bioetica

BIBLIOGRAFIA

- Barelli, P. & Spagnolli, E. (2013). *Nursing di salute mentale*. Carocci Faber. Roma.
- Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. *Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study*. Intensive Crit Care Nurs 2010;26(5): 241e5.
- Benci, L. (2008) *Aspetti Giuridici della professione infermieristica 5/e*. VIII edizione. Mc Graw Hill.
- Belloi, L. & Valgimigli, L. (2001). *La notte dell'assistenza. I vecchi legati: quali alternativa*. Edizioni Franco Angeli.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). *Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of health in patients and staff in the UK*. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing, 9 (4), 465–473.
- Brophy, L., Roper, C., Hamilton, B., Tellez, J. J. & Mc Sherry, B. (2016). *Consumers and carers perspectives on poor practice Australian focus groups*. International Journal of Mental Health Systems, 10 (6), 1–10.
- Canestrari, S., Barbato, L., De Stefano, G., Gallinari, P. & Tassara, S. (2017). *Contenzione e responsabilità sanitaria*. Editore da SP.I.S.A – C. RI. F. S. P.
- Casciarri, G. (2007). *Prevenire gli errori, imparare dagli errori: la contenzione del paziente*. Professione Infermiere Umbria; (3): 13-20
- Chiaranda, M. (2016). *Urgenze ed emergenze. Istituzioni*. Quarta Edizione. Piccin Nuova Libraiia. Padova.
- Chien, W.T., Chan, C.W., Lam, L.W., Kam, C.W. (2005). *Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint*. Patient Educ Couns. 2005 Oct;59(1):80-6. doi: 10.1016/j.pec.2004.10.003.
- Cusack. P., Cusack, F.P., McAndrew, S., McKeown, M., Duxbury, J. (2018). *An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings*. Int J Ment Health Nurs;27(3):1162-1176. doi: 10.1111/inm.12432. Epub 2018 Jan 19. PMID: 29352514.
- Dodaro, G. (2011). *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*. Rivista Italiana di Medicina Legale 6/2011, 1483 – 1518.

- Evans D, Wood J, Lambert L, Fitzgerald M, (2002) *Physical restraint in acute and residential care. A systematic review.* No 22, The Joanna Briggs institute, Adelaide, Australia.
- Ferioli, V. (2013). *Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici.* *Psichiatria e Psicoterapia*; 32, 1, 29-44.
- Fernandes, C.M., Rabound, J.M., Christenson, J.M., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L. & Moore, C. F. (2002). *The effect of an educational program on violence in the emergency department,* *Ann Emerg Med*;39(1):47–55.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E. & Barratt, ES, (2001). *Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects.* *Journal of Clinical Psychology*, 57, 815-828.
- Gottlieb, M., Long, B. & Koyfman, A. (2018). *Approach to the Agitated Emergency Department Patient.* *J Emerg Med*; 54(4):447-457. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.12.049. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29395692.
- Gulizia, D., Lugo, F., Cocchi, A., Zanobio, A., Brezzo, A., Lauretta, G., Mattia, O., Chiappa, R., Dal Fratello, S. & Adamo, V. (2008). *La contenzione fisica in ospedale.* Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda.
- Harwood, RH (2017). *How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings.* *J R Coll Physicians Edinb.* 47 (2): 94-101. doi: 10.4997 / JRCPE.2017.218. PMID: 28675195.
- Marin, G., Marin, M. (2017) *La gestione del paziente aggressivo.* M.D. *Medicinae Doctor-* Anno XXIV n.7.
- Haw, C., Stubbs, J., Bickle, A. & Stewart, I. (2011). *Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences.* *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22 (4), 564–585.
- Ministero della Salute e delle Politiche sociali, *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella,* Luglio 2009.
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L., Murphy, G. (2019). *Physical restraints in intensive care- An integrative review.* *Aust Crit Care*; 32(2):165-174. doi: 10.1016/j.aucc.2017.12.089. Epub 2018 Mar 17. PMID: 29559190.
- Petit, JR. (2005) *Management of the acutely violent patient.* *Psychiatr Clin North Am*; 28(3):701-11, 710. doi: 10.1016/j.psc.2005.05.011. PMID: 16122575.

- Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). *The psychological effects on nursing staff administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: When I go home, it's all think about*. *The British Journal of Forensic Practice*, 6 (1), 3–15.
- Strout, T. D. (2010). *Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature*. *International Journal of Mental Health Nursing* (2010) 19, 416–427.
- Vellone, E. & Piras, G. *La teoria del nursing psicodinamico di Hildegard E. Peplau* [The psychodynamic nursing theory by Hildegard E. Peplau]. *Prof Inferm.* 1997 Oct-Dec;50(4):39-44. Italian. PMID: 10474451.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Ray, M. (2017). *Is restraint a necessary evil? Mental health inpatients' and staff members experience of physical restraint* *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 500–512.
- Wynn, R. (2004). *Psychiatric inpatients' experiences with restraint*. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15 (1), 124–144.
- Winnicott D. W. (1965), *Comunicare e non comunicare: studi su alcuni opposti*, in Id., *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando, Roma 1974.

SITOGRAFIA

Accesso ai dati da Dicembre 2020 a Marzo 2021

- Calderone, V., Fanoli, L., Mauceri, S., Taddei, A. & Ronconi, S. (2017), A Buon Diritto Onlus, www.abuondiritto.it/, URL: <https://www.abuondiritto.it/rapporti-e-ricerche/contenere-la-contenzione-meccanica-italia>
- Bagnasco, A. & Sasso, L. (2020, 7 Dicembre), FNOPI, www.fnopi.it/, URL: <https://www.fnopi.it/2020/12/07/violenza-infermieri-studio-caseit/>
- Aceti, T. et al. (2019), FNOPI, www.fnopi.it/, URL: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf>
- Gatti, M., Casati, M., Di Mauro, S., Pellegrini, R., Cesa, S. & Marchesi, M. (2019), Rivista L'infermiere n.4 – 2019, Infermieronline, www.infermiereonline.org/, URL: <https://www.infermiereonline.org/2019/11/28/monitoraggio-degli-esiti-sensibili-dellassistenza-la-contenzione-fisica-della-persona-adulta-nella-media-intensita-di-cura-ospedaliera/#:~:text=Per%20%E2%80%9Ccontenzione%E2%80%9D%20la%20Joint%20Commission,di%20accedere%20al%20proprio%20corpo>
- Testoni, A. (2018), SIMEU – XI congresso nazionale SIMEU, SIMEU, <https://www.simeu.it/w/>, URL: <https://www.simeu.it/w/congresso2018/presentazioni/view/2018/176>
- THE JOINT COMMISSION (2021, 4 Marzo). *Restraint and Seclusion – Enclosure Beds, Side Rails and Mitts*, The Joint Commission, <https://www.jointcommission.org/>, URL: <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/critical-access-hospital/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000001668/>
- NICE (2015). *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*, NICE, <https://www.nice.org.uk/>, URL: <http://umh1946.edu.umh.es/wp-content/uploads/sites/172/2015/04/NICE-Violence-The-short-term-management-of-disturbed-violent-behaviour-in-in-patient-psychiatric-settings-and-emergency-departments.pdf>
- The Joanna Briggs Institute, Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals (2002). *Contenzione fisica– Parte 1: l'uso nei reparti per acuti e residenziali*. Traduzione di Fontana, S., Volume 6, Issue 3, URL:

[http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/Pubblicazioni/Traduzioni/traduzioniJB/6\(3\)contenzione1.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/nuovo/Pubblicazioni/Traduzioni/traduzioniJB/6(3)contenzione1.pdf)

- Castaldo, A., Zanetti, E., Muttillio, G., Carniel, G., Gazzola, M., Gobbi, P., Magri, M., Bazzana, S. & Noci, C. (2015). *Il ricorso alla contenzione fisica: che cosa pensano e vivono gli infermieri? Uno studio qualitativo*, L'infermiere, 2015; 52: 4: e50 - e59, URL: http://www.grg-bs.it/usr_files/eventi/journal_club/programma/L-Infermiere-2015-n4.pdf
- Comitato Nazionale Bioetica (2015). *La contenzione: problemi bioetici*, <http://bioetica.governo.it/it/>, URL: http://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione di questo percorso, è doveroso, per me, ringraziare coloro ai quali devo la mia formazione.

Un ringraziamento particolare va al Direttore del Corso di Laurea in Infermieristica, il dott. Maurizio Mercuri per essere stato sempre disponibile nei confronti di noi studenti e per averci permesso di continuare la formazione professionale anche in tempi molto difficili, come quest'ultimo anno, organizzando al meglio tutte le attività previste.

Grazie anche alle nostre tutor, la dott.ssa Mara Marchetti, la dott.ssa Anna Rita Lampisti, la dott.ssa Claudia Giacani e la dott.ssa Sabina Strologo per averci seguito in ogni passo e averci ascoltato nei momenti di difficoltà, con competenza, comprensione, empatia e affetto.

Un ringraziamento speciale va alla mia relatrice, la dott.ssa Silvia Giacomelli per le preziose indicazioni, per la professionalità, per il supporto datomi in questo importante momento della mia carriera universitaria e per aver trovato il modo di seguire il mio progetto di tesi nonostante i numerosi impegni lavorativi.

Un importante ringraziamento va a tutti i professionisti sanitari con cui ho avuto il piacere di collaborare durante i periodi di tirocinio effettuati presso l'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona: grazie perché mi avete concesso il lusso di imparare nozioni teoriche e pratiche, perché avete fatto sì che le mie competenze fossero incrementate non solo dal punto di vista professionale ma anche personale.