




23 gennaio 2009

- **Possibili sviluppi “no restraint”**
 - Le motivazioni
 - La storia
 - La realtà italiana
 - Lo studio osservazionale “Perseo”
 - Le tecniche di desescalation



“ Il ricorso alla contenzione è
evento estremo e occasionale”

Manuale per l'Infermiere psichiatrico del 1911



Modello culturale

“L’uso delle contenzioni e dell’isolamento non è strettamente legato allo stato psichico del paziente, ma è da ricondurre all’impronta culturale dei responsabili ospedalieri, che incide significativamente sul modus operandi del servizio.”

Fischer (1995)



...i protocolli...

“...dal 2006 sono in fase di implementazione le nuove linee guida evidence based con l’obiettivo esplicito di: ridurre il ricorso a contenzione fisica; ricerca e utilizzo di soluzioni alternative e normare l’intervento contenitivo alla stregua di un intervento terapeutico rianimatorio...”

- Azienda ospedaliera Niguarda-Milano



“ ... la contenzione non è e non può essere un atto medico.”

- Rivista bimestrale di informazione medica anno XXII n. 4 e 5
settembre ottobre 2007

Ordine dei medici di Trieste



Un po' di storia...

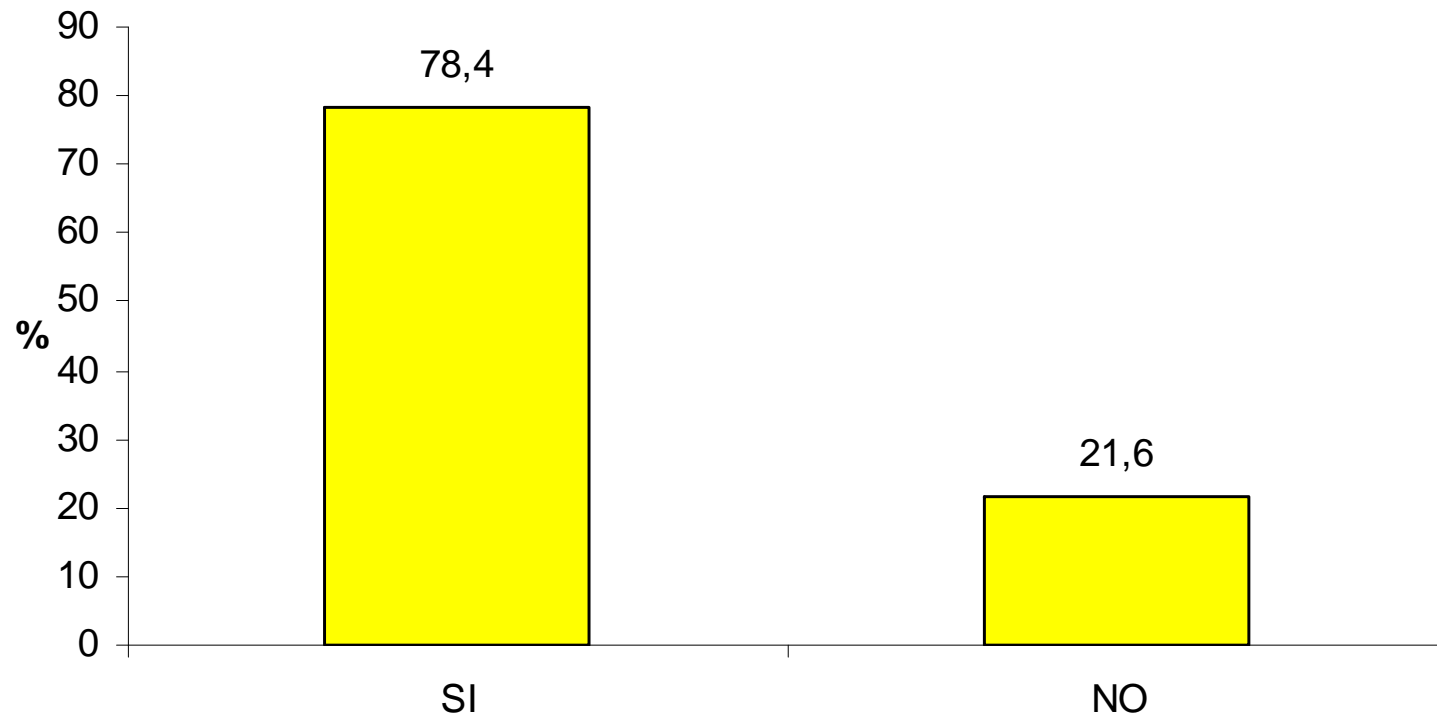
- **1772:** Salpetriere
- **1814:** Hanwel
- **1961:** Gorizia



BASAGLIA

Da giovane neodirettore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia si rifiutò di sottoscrivere, e quindi legittimare, le contenzioni.

Presenza di mezzi di contenzione nelle strutture psichiatriche italiane (Progres -Acuti)



S.P.D.C.

no restraint/open door

- non legare mai il paziente
- lavorare con la porta aperta.

“.... senza se e senza ma....”

porte aperte - no contenzione



Aversa

Caltagirone

Trieste

Mantova

Caltanissetta

Matera

Merano

Novara

Roma

Siena

Portogruaro

Pescia

Foggia

Palagonia



porte chiuse - no contenzione

Enna

Gorizia

Perugia

Venezia/Mestre

Verona

SudArezzo

Salerno

USL 2 Bari



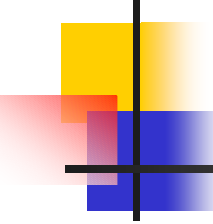
progetto porte aperte in corso

- Regione Puglia
- Treviso
- Trento



D.S.M. provincia di Mantova

Elenco ospedali della provincia...



“Promuovere la salute
mentale ed emozionale dei
cittadini della provincia di
Mantova e garantirne la cura
con modalità soddisfacenti,
appropriate e non restrittive”.

- Carta dei Servizi D.S.M. Mantova



La sfida della cura (dottor L. Toresini)

Motivi per il no restraint:

- Terapeutico
- Di buon governo
- La cultura del servizio
- Di sicurezza



Motivo terapeutico

Nessuno può sensatamente sostenere che legare una persona al letto rappresenti una misura terapeutica. Può semmai essere sostenuto che ciò può riguardare l'ordine pubblico in reparto e in ospedale, ma mai di per sé migliorare le condizioni del paziente.



Il buon governo dell'istituzione

“Evitare la violenza del legare, funge da elemento che previene la formazione di quell'atmosfera in reparto che spinge i pazienti, soprattutto quando essi divengono abituali, a rispondere e a prepararsi a rispondere con la stessa violenza che apprendono in corsia.”



La cultura del servizio

L'adozione del *No Restraint Method* in S.P.D.C., in una parte cioè del circuito psichiatrico, **definisce la cultura di tutto il servizio.**

Trattandosi della parte più delicata del circuito, quella dove massima è l'aspettativa di violenza come espressione della follia, Il messaggio che ne deriva è che in nessun momento è necessario contenere né rinchiodare.



Sicurezza

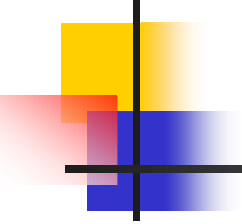
La verifica basata sull'evidenza dimostra come nei reparti dove non si pratica il restraint le aggressioni fisiche rappresentino una ben più rara evenienza, fino alla loro quasi completa scomparsa



Lo studio Infantino e Musingo

Studio sperimentale comparato tra due equipe della durata di due anni:

- una formata per gli interventi verbali e la relazione terapeutica efficace nella gestione dell'aggressività
- una non formata con corsi specifici

- 
-
- 1 persona su 31 tra coloro che avevano ricevuta specifica formazione era stata aggredita non riportando danni gravi.
 - Nell'altra equipe furono aggredite 24 persone su 66 di cui 19 hanno riportato conseguenze gravi.

Studio Infantino e Musingo



Studio osservazionale condotto su 2521
pazienti arruolati presso 63 Servizi
Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

dati riferiti Azienda Ospedaliera Carlo Poma

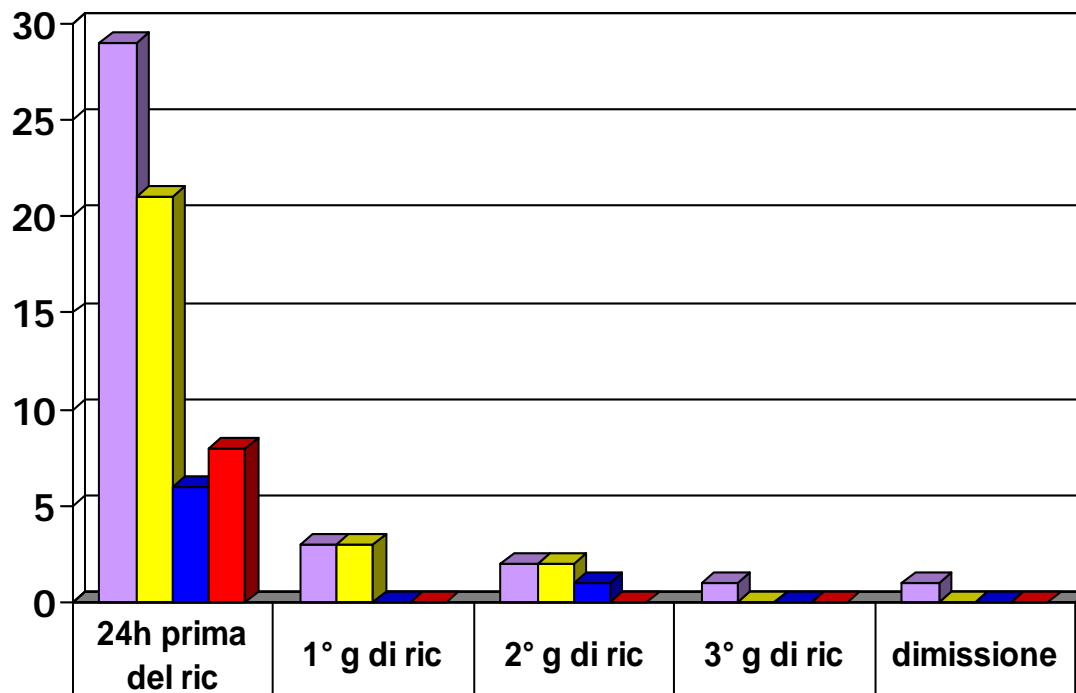
MOAS

Modified Overt Aggression Scale

- Aggressività verbale: presente in 20 casi
- Autoaggressione: presente in 7 casi
- Aggressione contro oggetti: in 5 casi
- Aggress. fisica verso persone: in 5 casi

- Aggressività ASSENTE in 25 casi

MOAS



aggr.verbale	29	3	2	1	1
autoaggr	21	3	2	0	0
aggr.oggetti	6	0	1	0	0
violenza verso persone	8	0	0	0	0

L'accoglienza



L'attenzione deve essere volta alla lettura di bisogni specifici che possono esprimersi anche in modo bizzarro, cercando di prevenire e contenere emotivamente le manifestazioni violente o aggressive.



In corsia

- osservazione e assorbimento delle richieste/necessità degli assistiti
 - mantenimento di un adeguata atmosfera relazionale e di confort al fine di prevenire situazioni di tensione
- gestione dei comportamenti aggressivi



Le tecniche di desescalation

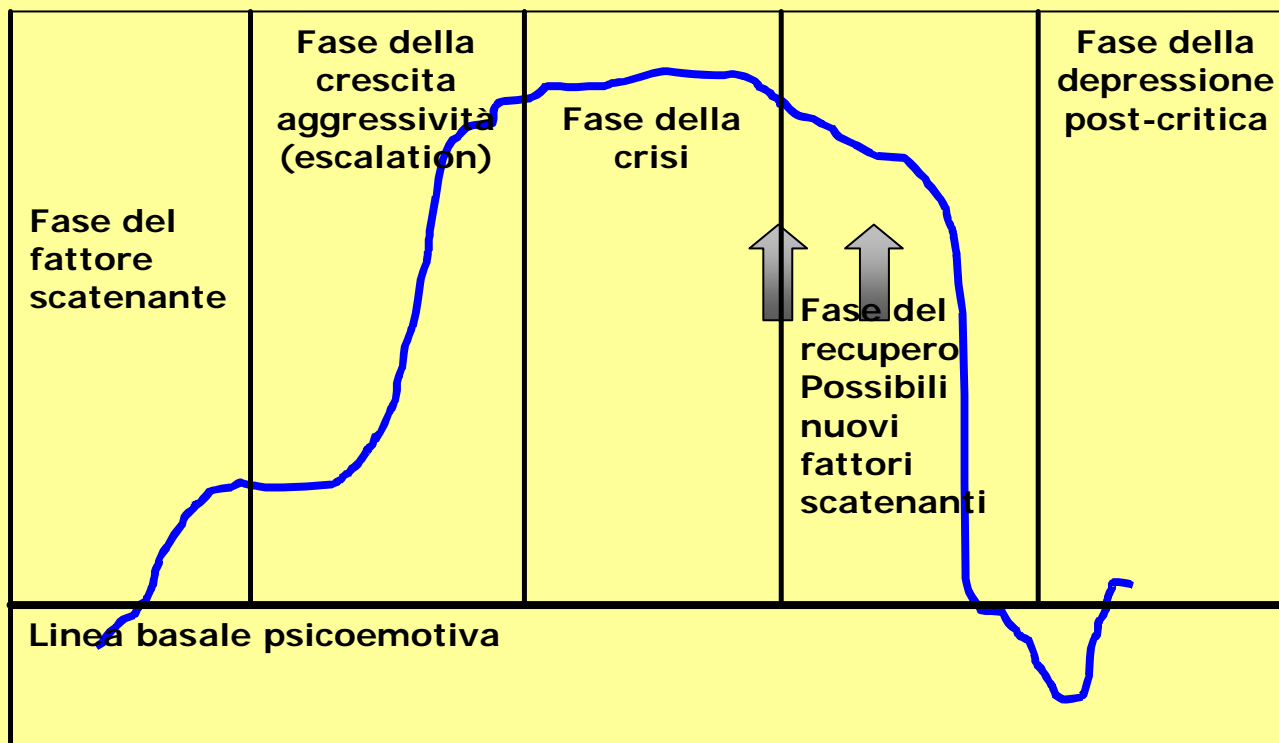
“gestione del rischio clinico”

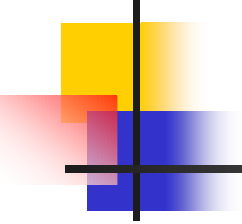
*corso sulla prevenzione e gestione degli eventi sentinella
(I.P. Vittorio Bulbarelli; dott. Stefano Roccato)*

Ove vi fosse la necessità di un contenimento si possono adottare metodiche di riduzione della tensione/aggressività.

- Comprensione del comportamento aggressivo
- Segnali anticipatori di aggressività
- I fattori calmanti

“





**L'agitazione utilizza il corpo come
mezzo di espressione di una
sofferenza o di una
disorganizzazione psichica**



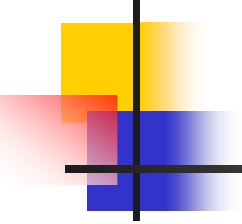
Aggressività: forme mascherate

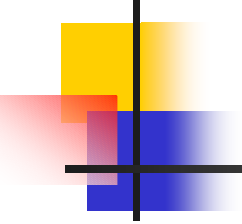
Sono forme simboliche socialmente permesse: maldicenza, sospetti ingiustificati, satira, lazzi, frizzi, motteggi, frecciate, chiusura affettiva, premure e cortesie troppo insistenti, indifferenza.



Aggressività: forme aperte

- **Atteggiamenti negativi: opposizione, rifiuto di parlare o comunicare, di mangiare, di bere, di lavarsi, etc. Disprezzo per gli altri o per le loro opinioni, aspirazioni, etc.**
- **Violenze verbali: offese, insulti, minacce, parole o frasi ingiuriose, umilianti o volgari. Possono presentarsi da sole od accompagnare le violenze fisiche.**
- **Violenze fisiche: comportamenti motori distruttivi o aggressivi. Stati di agitazione psicomotoria (movimento inarrestabile, logorrea, insonnia, irritabilità..)**

- 
-
- **Aumento dell'inquietudine, tensione corporea**
 - **Aumento del volume della voce e del movimento corporeo (agitazione psicomotoria)**
 - **Espressione facciale tesa, arrabbiata, scontenta**
 - **Rifiuto di comunicare, scarsa concentrazione, confusione mentale**
 - **Allucinazioni o deliri dal contenuto violento**
 - **Aggressività verbale o gestuale, minacce**
 - **sentimenti di rabbia o violenza verbalizzati**

- 
-
- **Modificazioni significative della postura e della mimica facciale**
 - **Maggiore agitazione, eccitazione, irritabilità, atteggiamento polemico**
 - **Scarso controllo degli impulsi**
 - **Paura di sé o degli altri**
 - **Tremore, sudorazione, ipervigilanza**

- 
-
- Il controllo, altrimenti esercitato dal mezzo fisico viene riportato nella relazione



- **Non guardare il fisso negli occhi (sfida)**

- **Non girargli le spalle**

- **Non toccare il senza il suo permesso**

- **Non “pressare” (negoziazione continua)**

- **Non infastidire, minacciare, iperstimolare**

- **Non assumere atteggiamenti negativi**

- **Non criticare, non polemizzare o dare opinioni personali**

- **Non assecondare idee bizzarre o aspettative irreali**

- **Non agire contro-aggressività**

- **Non essere direttivi**