LA CONTENZIONE NELL'ISTITUZIONE

aspetti clinici, questioni etiche, sviluppi possibili

Collegio IPASVI – Como

23.01.2009

Agenda

- Contenzione: **la questione** e i dati
- **Riferimenti alla clinica**: dimensioni intrapersonali, interpersonali e ambientali della contenzione;
- **Riferimenti giuridici**: cenni;
- Considerazioni **etiche**: *gli auspici e le proposte*

Agenda

LA **CONTENZIONE IN PSICHIATRIA**

- Analisi organizzativa di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura NO RESTRAINT;
- Approccio alle tecniche di de-escalation dell'aggressività: le fasi dell'aggressività e l'antagonismo all'aggressività;
- Discussione e conclusione di lavori

Riferimenti storici

In Italia la prima legge in materia di contenzione nata dal bisogno di regolamentarne il fenomeno fu quella presentata da Giolitti la n. 36 del 1904 intitolata “Legge sui manicomi e sugli alienati” che istituì l’Ospedale Psichiatrico e il ricovero per “i matti pericolosi”, seguita dal Regio Decreto n. 615 del 1909.

Riferimenti storici

REGOLAMENTO MANICOMIALE

n. 615 DEL 1909-ART. 60:

"*Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione […] l'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private*".

Riferimenti storici

REGOLAMENTO MANICOMIALE

n. 615 DEL 1909-ART. 60:

E' stato abolito con la riforma psichiatrica del 1978

Attualmente in Italia non c'è alcuna disposizione di legge che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso dei mezzi di contenzione

Contenzione: definizione

Contenzione come "*ogni metodo fisico che riduce la libertà di movimento della persona, l' attività fisica o il normale accesso al proprio corpo.*"

Wiston P.A., Morelli P.,Bramble J., Friday A., Sanders J.B., *Improving Patient Care through implementation of nurse-driven restraint protocols, Journal of Nursing Care Quality, 1999,13(6), 32-46*

Contenzione: definizione

FISICA:
gli operatori intervengono per bloccare fisicamente i movimenti di un paziente.

MECCANICA:
vengono usati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti.

(Department of Healt Tari Ora. Procedural Guidelines for Physical Restraint. New Zeland 1993.)

Contenzione: definizione

FARMACOLOGICA:

Si tratta di una vera e propria sedazione farmacologica il cui insuccesso è spesso all'origine della decisione di contenere meccanicamente il paziente.

Spinogatti F.-Agrimi E., "*La Contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi", in* Quaderni Italiani di Psichiatria – Vol. XXIV, Giugno 2005

Dispositivi di contenzione meccanica

- Mezzi di contenzione per il letto
- Mezzi di contenzione per la sedia
- Mezzi di contenzione per segmenti corporei

Cester A., Gumirato G., "*I Percorsi della contenzione, dal caos al metodo*", S. Lucia di Piave, Vega Editore, 1997, p.24.

Dispositivi di contenzione meccanica

- Fascia per carrozzina o poltrona
- Tavolino per carrozzina
- Spondine per letto
- Bracciali di immobilizzazione
- Fasce di sicurezza per letto

Zanetti E. et al. "*Contenzione: una pratica da limitare*", L'Infermiere, 2/1998, p. 47

Contenzione: i dati

- Difficoltà di pervenire a risultati epidemiologici condivisi;

- Notevole diversità nella prevalenza del ricorso alla contenzione in:
  - reparti generali per acuti
  - strutture residenziali
  - reparti psichiatrici per acuti

Contenzione: i dati

Reparti generali per acuti:

Il 10% dei pazienti è soggetto a forme di contenzione di durata media variabile fra i 2,7 e 4,5 giorni.

Evans D. et al, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A systematic Review N.22*, The Joanna Brigg Institute, Adelaide, South Australia 2002

Contenzione: i dati

Reparti generali per acuti:

Il 6% - 17% dei pazienti è soggetto a forme di contenzione. Oltre i 65 anni la percentuale dei pazienti contenuti si innalza al 18% - 22%.

Nandel H. Smith. et al, *The impact of Educational on the Use of Physical Restraints in the Acute Care Setting*, The Journal of Continuing Education in Nursing, Jan/Feb 2003; 34: 26-33.

Contenzione: i dati

Strutture residenziali:

Il 27% dei pazienti è soggetto a forme di contenzione di durata media di 86,5 giorni all'anno.

Evans D. et al, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A systematic Review N.22*, The Joanna Brigg Institute, Adelaide, South Australia 2002

Contenzione: i dati

Reparti psichiatrici per acuti:

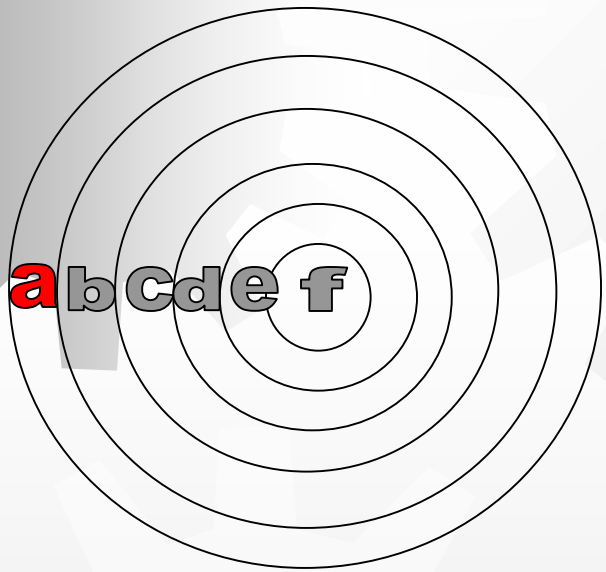
Grande variabilità di dati:

Range: dal 3,3‰ al 4%

Spinogatti F.- Agrimi E., *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi,* Quaderni Italiani di Psichiatria, 2005; XXIV: 43-51

Contenzione: i protagonisti

Paziente



a. **Dimensione dell'agire** *(sofferenza, disorientamento, aggressività verbale e fisica, violenza)*

b. **Dimensione del pensare** (*disturbi del pensiero, deterioramento cognitivo)*

c. **Dimensione del rappresentarsi** *(rappresentazione del proprio essere "paziente"/"deviante" ecc.; ruolo svolto dalla malattia)*

d. **Dimensione dell'identificarsi** *(identificazioni proiettive/introiettive)*

e. **Dimensione del sentire** *(terrore, frammentazione, incontenibilità)*

f. **Dimensione del Sé** *(stati alterati di coscienza, discontinuità dell'esperienza di sé)*

Contenzione: i protagonisti

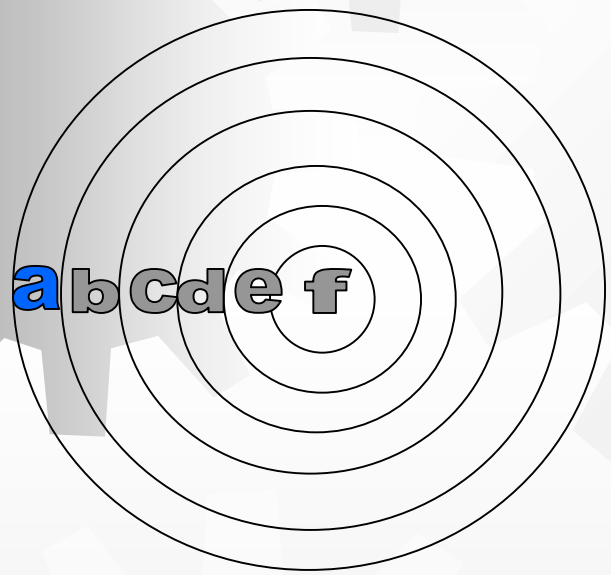
Sono a rischio di contenzione

- ✓ I Pazienti con diagnosi psichiatriche
- ✓ I Pazienti con deterioramento cognitivo
- ✓ I Pazienti con disturbi del comportamento
- ✓ Gli Anziani con disabilità nelle attività di base della vita quotidiana
- ✓ I Pazienti a rischio di caduta

Evans D. et al, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A systematic Review N.22*, The Joanna Brigg Institute, Adelaide, South Australia 2002

Contenzione: i protagonisti

Operatore



a. **Dimensione dell'agire** ,
(Atteggiamenti e comportamenti professionali)

b. **Dimensione del pensare** ,
(Conoscenze e analisi nel "qui e ora")

c. **Dimensione del rappresentarsi**
(rappresentazione del proprio ruolo professionale)

d. **Dimensione dell'identificarsi**
*(identità **professionale** e tipi di modellamenti/identificazioni personali)*

e. **Dimensione del sentire** *(paura, rabbia, stanchezza, auto-controllo, ecc.)*

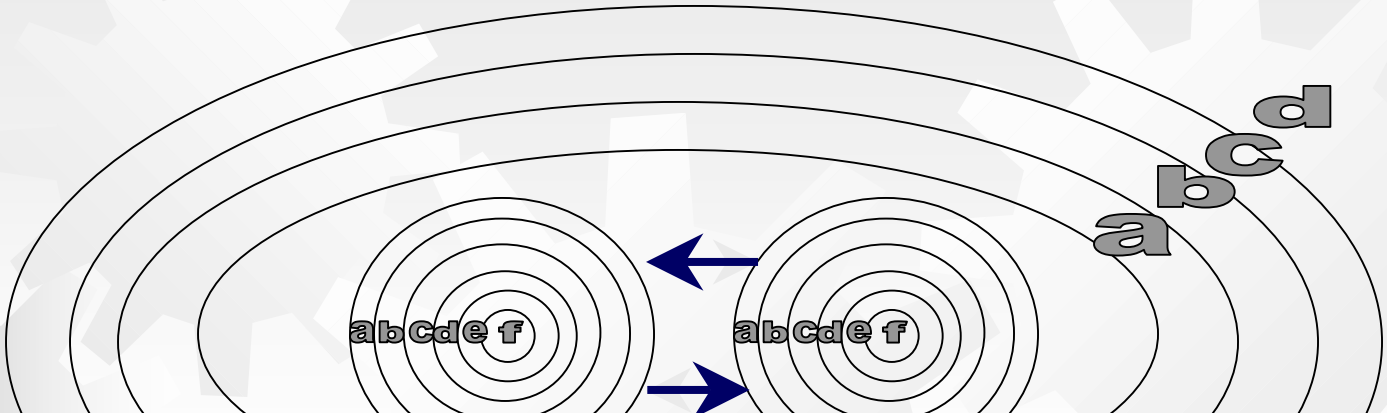
f. **Dimensione del Sé** *(coscienza globale)*

Contenzione: i protagonisti

Attuano la contenzione:

- Gli infermieri
- Il personale assistenziale di supporto
- I medici (soprattutto come prescrittori)

Contenzione: i protagonisti



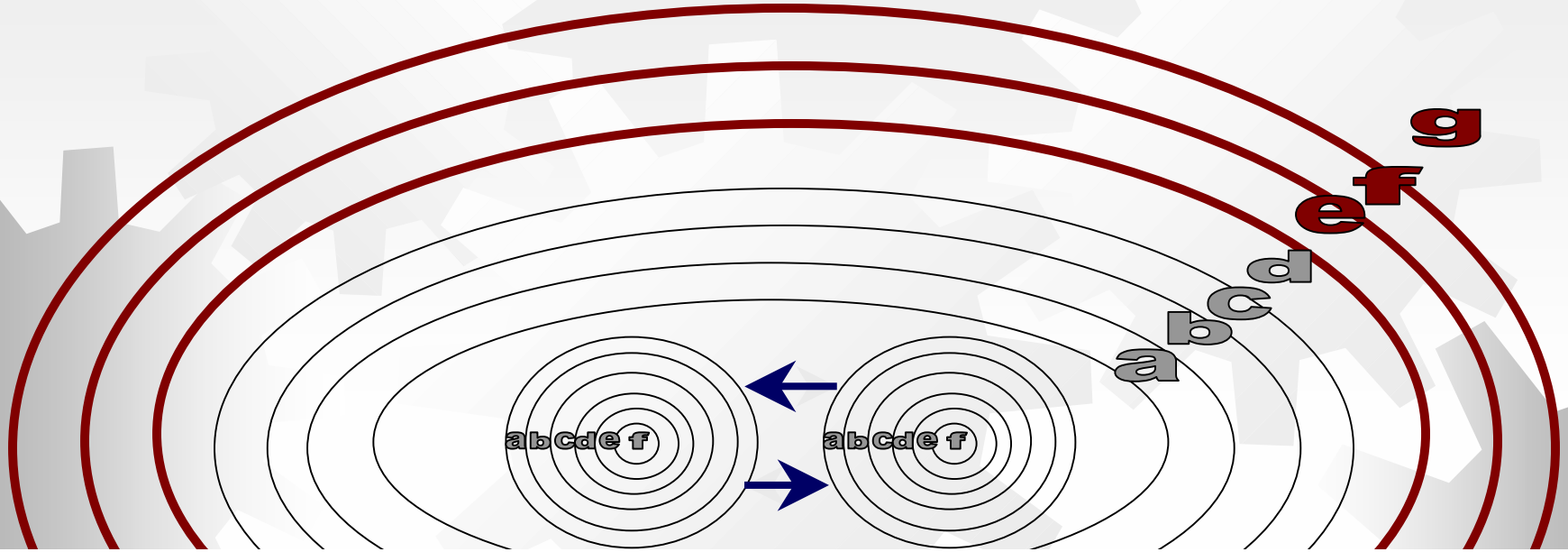
a. **Relazioni preesistenti fra i comunicanti** *(assenza versus presenza di una relazione; comunicazione tecnicizzata versus umanizzata, rapporti di potere)*

b. **Ambito istituzionale a cui paziente e operatore afferiscono** *(filosofia dell'istituzione, strutture e processi organizzativi, dotazioni/eredità ambientali)*

c. **Contesto situazionale in cui avviene l'evento critico** *(fattori predisponenti eventi critici, episodi isolati/diffusi fra i pazienti, rapporto numerico del personale di cura e assistenza/pazienti)*

d. **Comunità socioculturali di appartenenza** *(legittimazione della contenzione versus cultura del no restraint da parte della comunità scientifica e degli ordini professionali)*

Contenzione: i protagonisti



e. Modelli culturali sociali *(quale **concetto della fragilità** nella società di appartenenza; quale **idea della medicina**, **dell'infermieristica** e **dell'assistenza socio-sanitaria**)*

f. Agenzie di socializzazione *(reti e circuiti sociali in cui pazienti e operatori sono inseriti)*

g. Macro-istituzioni sociali, economiche, politiche *(investimenti economici e politici "dentro" e "attorno" alla malattia e alla disabilità, aspetti giuridici)*

Le istituzioni

“I assert then, in plain and distinct terms, that in a properly constructed building, with a sufficient number of suitable attendands, restraint is never necessary, never justifiable, and always injiurios, in all cases of lunacy whatever”.

Robert Gardiner Hill, 1833

Hill R.G.(1833) (citato da) Gary S.B., *Self Restraint, self examination: a historical perspective on restraints and ethics in psychiatry,* Psychiatric Service 2002; 5-6:663-4

Le istituzioni

"Evidence based appare la constatazione che non contenere e operare con le porte aperte sarà tanto più possibile e tanto più facile quanto più ***ridotta è la concentrazione di posti letto in reparto*** *SPDC. L'indicazione della legge 180-833 è chiara e tassativa. Non più di quindici posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura".*

L. Toresini, *SPDC No Restraint* – la sfida della cura,
www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it

Le istituzioni

*"L'adozione del **No Restraint Method** (non legare mai il paziente al letto «senza se e senza ma») in S.P.D.C. in una parte cioè del circuito psichiatrico **definisce la cultura di tutto il servizio**. Soprattutto trattandosi della parte più delicata del circuito, quella dove massima è, da parte di spettatori e a vario titolo autori, l'aspettativa di violenza come espressione massima di follia."*

L. Toresini, *SPDC No Restraint* – la sfida della cura,
www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it

Le istituzioni

Obiettivo di molti programmi è la **riduzione**, piuttosto che l'**abolizione**

↓

limitazione della contenzione ai casi di rischio suicidario, aggressività, protezione dei trattamenti salvavita.

Sundel M et al., *Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes*, in J. Am. Ger. Soc., n. 42 (4) 1994, pp.381-387

Neufeld R.R. et al., *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*, in J. Am. Ger. Soc., n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207

Le istituzioni

In ambito geriatrico e psicogeriatrico, nonostante **alcune fonti non correlino alle caratteristiche del lavoro infermieristico e delle unità di degenza** il tasso di contenzione (maggiormente dipendente dalla tipologia dei pazienti), le stesse raccomandano la **formazione** e la **supervisione** al personale nella riduzione del ricorso alla contenzione.

A.R. Huizing et al., *Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach*, *Social Science & Medicine 65 (2007) 924-933*

Le istituzioni

- Hanno buon esito i programmi che prevedono un **gruppo di lavoro multidisciplinare** con i compiti di individuare le strategie, partecipare ai programmi di formazione, supervisionare il lavoro.

- E' suggerita l'adozione sistematica di **procedure** e **protocolli standardizzati.**

Zanetti E.,*La contenzione fisica*, in (a cura di P. Scocco e M. Trabucchi), *Counselling psicologico e psichiatrico nelle case di riposo*, Centro Scientifico editore, Torino 2007.

Neufeld R.R. et al., *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*, in J. Am. Ger. Soc., n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207

Le istituzioni

Qualora la contenzione sia ritenuta inevitabile, i lavori esistenti suggeriscono che sia il **medico a prescriverla**, che ne sia indicata la **durata**, che sia preceduta da **valutazione** in equipe sulle cause che la rendono necessaria e sulle possibili alternative.

Zanetti E.,*La contenzione fisica*, in (a cura di P. Scocco e M. Trabucchi), *Counselling psicologico e psichiatrico nelle case di riposo*, Centro Scientifico editore, Torino 2007.

Le istituzioni

Dal punto di vista assistenziale:

Durante la contenzione la persona va controllata almeno ogni 30 minuti

Il controllo è da intendersi almeno come monitoraggio delle **condizioni cliniche**, dell'**orientamento**, del **corretto posizionamento dei presidi**, della **motilità** e della **sensibilità** delle estremità legate.

Poli N.- Rossetti A.M.L., *Linee Guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*, in Nursing Oggi, n. 4, 2001 pp. 58-67

Le istituzioni

Dal punto di vista assistenziale:

La valutazione di particolari effetti indesiderati quali **abrasioni** e/o **ulcere da decubito**, deve essere fatta ogni 3-4 ore.

Obiettivi assistenziali perseguibili anche durante la contenzione sono il **comfort** e il **benessere** della persona.

Le istituzioni

Dal punto di vista assistenziale:

L'assistenza al contenuto include anche l'**informazione ai caregivers** e il loro eventuale ruolo nella diminuzione della traumaticità.

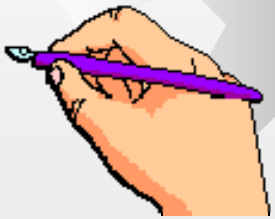
Il paziente contenuto va liberato almeno ogni due ore, per consentirgli di bere, mangiare, andare in bagno.

Le istituzioni

Dal punto di vista assistenziale:

E’ indicato l’uso di una scheda dove registrare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e gli interventi adottati.

Anche il tempo in cui il paziente non è contenuto e le attività che compie devono essere documentate.



Le situazioni

Concorrono all'incremento degli atti di violenza e di possibile contenzione:

- l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici […];
- la diffusione dell'abuso di alcool e droga;
- presenza di un solo operatore a contatto durante visite, trattamenti, esami; ecc**…**
- **lunghe attese** nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche con **frustrazione** per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;

Ministero della Salute, *Raccomandazione per Prevenire gli Atti di Violenza a danno degli Operatori Sanitari,* Raccomandazione n. 8, Novembre 2007

Le situazioni

…ne riducono invece l'evenienza:

- Attivare contatti fra staff di diverse aree cliniche per garantire la **continua terapeutica**;
- Lavorare in gruppo e attuare **comunicazioni aperte** a tutti i livelli dello staff;
- **Collaborare con gli utenti** nella gestione preventiva degli eventi clinici e delle procedure da attivare;
- prevedere **attività che riducano la noia** e permettano di **scaricare pulsioni aggressive;**

S. Roccato, V. Bulbarelli, *Gestione del rischio clinico: il comportamento aggressivo – corso teorico-pratico sulla prevenzione e gestione degli eventi sentinella, A.O. Carlo Poma – DSM Mantova*

Le situazioni

…Inoltre,

Soprattutto "*il fatto di* ***evitare la violenza del legare****, funge da elemento che previene la formazione di quell'atmosfera di terrore in reparto che spinge i pazienti a rispondere e a prepararsi a rispondere con la stessa violenza che apprendono in corsia.*"

L. Toresini, *SPDC No Restraint* – la sfida della cura,
www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it

Riferimenti professionali

Qualche domanda:

- Contenere una persona è una misura **terapeutico/assistenziale**?
- La contenzione, ***di per sé***, può migliorare le condizioni del paziente?

Riferimenti professionali

I motivi degli Operatori:

- Protezione dei presidi medicali
- Ridurre le cadute
- Salvaguardia del sistema organizzativo
- Controllo di agitazione, aggressività, wandering

Thomas A.-Redfern L.-John R., ***Perceptions of acute care in the use of restraint*****,** in Journal of Gerontological Nursing, n. 21 (6) 1995, pp.32-38

Evans D. et al, *Physical Restraint in Acute and Residential Care, A systematic Review N.22*, The Joanna Brigg Institute, Adelaide, South Australia 2002

Riferimenti professionali

Le Evidenze

La contenzione è efficace nel proteggere i presidi medicali e nel consentire agli operatori lo svolgimento del proprio lavoro.

Lamb K.V. et al. ***Help the healt care team release in hold on restraint,*** in Nursing Management, n. 30 (12) 1999, pp.19-23

Riferimenti professionali

Le Evidenze

La riduzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione non si associa ad un aumento delle cadute.

Swauger K.C. Tomlin C.C., *Moving toward restraint-free patient care*, in J. Nursing Administration, n. 30 (6) 2000, pp. 325-329

Non è presente alcun cambiamento significativo nell'incidenza delle lesioni traumatiche in relazione all'uso/non uso della contenzione.

Kramer J.,*Reducing restraint use in a nursing home*, in Clinical Nurse Specialist, n. 8 (3) 1994, pp.158-163

Riferimenti professionali

Le Evidenze

La riduzione della contenzione riduce le lesioni più gravi e aumenta quelle più lievi.

Neufeld R.R. et al., *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*, in J. Am. Ger. Soc., n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207

Riferimenti professionali

Le Evidenze

"Di fatto le situazioni in cui può essere necessario un contenimento anche fisico del paziente avvengono al 90% dei casi unicamente all'inizio del ricovero. Il paziente che eventualmente non acconsenta al proprio ricovero «prende le misure» sul reparto: ci prova".

L. Toresini, *SPDC No Restraint* – la sfida della cura, www.centrobasaglia.provincia.arezzo.it

Riferimenti professionali

Effetti indesiderati da contenzione → **Psicologici**

In chi è sottoposto alla contenzione:

Senso di impotenza

Umiliazione

Aumento dell’ insicurezza

Aumento dello stato di agitazione

Rabbia

Riferimenti professionali

Effetti indesiderati da contenzione

Fisici diretti, provocati dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo

Fisici indiretti, dovuti all'immobilità forzata

Evans D. et al., 2002, "*Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review*", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

1) **NERVOSE**

causate da combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco e polsini di contenzione: l'arrotolamento del corpetto fino alle ascelle esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

Scott T.F., Gross J.A., *Bracheal plexus injury due to vest restraints*, in New England Med, n. 320 (1989), p. 598

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

2) **ISCHEMICHE**

in ogni distretto corporeo a valle di un presidio applicato in modo improprio.

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

3) **ASFISSIA**

Da intrappolamento o sospensione nel dispositivo, durante movimenti per liberarsene.

Miles S.H., Irvine P., *Deaths caused by phisycal restraints*, in Gerontologist, n. 32 (6) 1992 pp.762-766

Parker K., Miles S.H., *Deaths caused by bedrails*, in J Am. Ger. Soc., n. 45 (7) 1997, pp.797-802

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

L’ FDA ha stimato negli USA 100 casi di morte all’anno da uso improprio della contenzione.

Spinogatti F.- Agrimi E., *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi,* Quaderni Italiani di Psichiatria, 2005; XXIV: 43-51

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

Nello stato del Connecticut, negli anni 1989-1999 ci sono stati 142 morti da contenzione

Charatan F. US, *Reconsider use of recluse and restraints in psychiatric patients*, BMJ 1999; 10:319-77.

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

in uno studio della JCAHO su 20 casi di decesso da contenzione, 12 sono avvenuti in ambito psichiatrico,
6 in ospedali generali,
2 decessi in strutture geriatriche.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8 http://www.jcaho.org/search_frm.html

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

Cause di morte:

- asfissia (40%)
- strangolamento (solo anziani e dovuti a scivolamento sul corsetto o tra le sbarre delle spondine)
- arresto cardiaco
- incendio

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8 http://www.jcaho.org/search_frm.html

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

Fattori di rischio per il decesso:

- pazienti fumatori;
- pazienti con deformazioni fisiche;
- contenzione del paziente in una stanza fuori dal diretto controllo del personale.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8 http://www.jcaho.org/search_frm.html

Riferimenti professionali

Lesioni fisiche dirette

4) **MORTE**

Problemi alla base dei decessi:

- valutazione medica affrettata
- osservazione inaccurata del paziente
- assenza di procedure di osservazione del paziente
- insufficiente competenza/n. degli operatori

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8 http://www.jcaho.org/search_frm.html

Riferimenti professionali

La Deontologia

*"Le misure coercitive possono essere fortemente traumatizzanti […] il **principio di proporzionalità** va rispettato con particolare attenzione: […] una misura coercitiva deve per prima cosa essere **necessaria**, deve poi essere **proporzionale** al livello di pericolo, **non può essere sostituita con misure meno radicali**."*

Direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche,
Misure Coercitive in Medicina, pg. 5.

Riferimenti professionali

La Deontologia

*"Bisogna inoltre determinare se l'**atteso giovamento** (personale e sociale) predomini nettamente su un **eventuale danno** per il paziente, rispettivamente se le conseguenze siano da considerare meno gravi di quelle provocate da un'altra misura stimata necessaria".*

Direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, *Misure Coercitive in Medicina,* pg. 5.

Riferimenti professionali

La Deontologia

Art 4.10 Codice Deontologico dell'infermiere (02.1999)

*"L'infermiere si adopera affinché **il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato** e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando **vi si configuri l'interesse della persona** e inaccettabile quando sia un'implicita risposta alle necessità istituzionali"*

Riferimenti professionali

La Deontologia

Nuova proposta

(Gruppo di lavoro dei Collegi Lombardi) Art. 32

*"L'infermiere **promuove** tutti gli interventi ambientali, organizzativi, formativi e relazionali allo scopo di evitare il ricorso alla contenzione che considera **atto estremo**."*

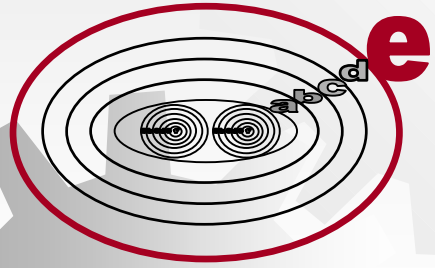
Riferimenti professionali

La Deontologia

Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa (Libro Bianco 1999):

- il ricorso a **brevi periodi di contenzione** deve essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente o a condizioni di rischio;
- La risposta al **comportamento violento** del paziente deve sempre prevedere il tentativo di affrontare la situazione a livello verbale/relazionale;
- Nelle situazioni più critiche è concessa la contenzione fisica;

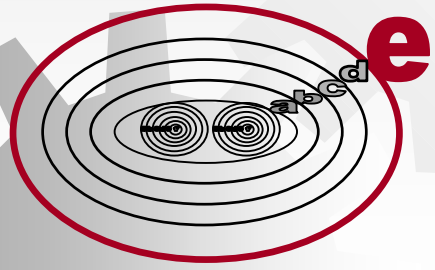
Medicina e rapporto con la fragilità



Malattia e fragilità possono evocare risposte difensive nella medicina:

La ricerca avanzata di risposte tecniche e “risolutive” può essere accompagnata dalla **negazione del diffuso sentimento di disprezzo** che talvolta viene provato nei confronti della persona scompensata psichicamente e/o in età avanzata e che ha la sua radice nel **rifiuto dell’uomo di diventare malato e/o vecchio.**

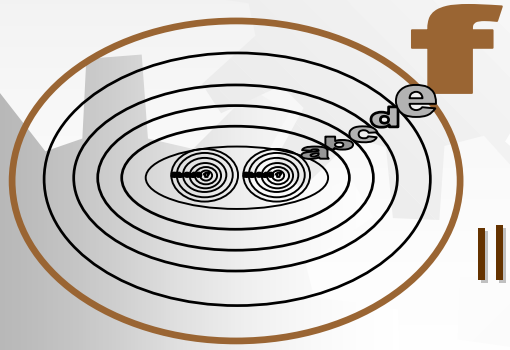
Medicina e rapporto con la fragilità



La contenzione, nelle sue diverse forme:

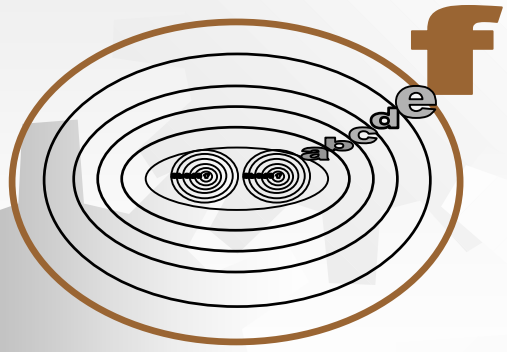
- Interroga sul rapporto fra atteggiamento custodialistico e curativo;
- Fa pensare al tipo di equilibrio in atto oggi fra la **medicina tecnica e "veloce"** e quella più paziente e "**lenta**" del **prendersi cura**.

Agenzie di socializzazione



Il **prendersi cura** prevede un'assistenza definibile ***socio***-sanitaria, in cui il creare contatti, legami e reti si pone come freno a quelle involuzioni della soggettività che **non** derivano soltanto dalla malattia organicamente intesa.

Agenzie di socializzazione



“Esistono molti aspetti della vita sociale che possono essere degli ***strumenti per creare, sviluppare e rinforzare degli stati mentali confusi****. Il loro impatto rende la vita di molte persone anziane insopportabile, così insopportabile che arrivano a non voler più mantenere un contatto con la realtà presente”.*

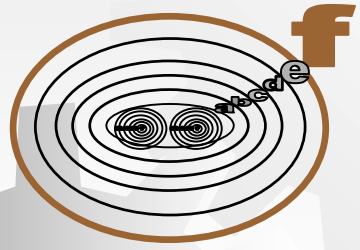
Scrutton S., ***Counselling Older People,*** London**,** Edward Arnold

Agenzie di socializzazione

*"La personalità richiede una **relazione viva con almeno un'altra persona** […]. Senza questo minimo, la psiche umana si disgrega, tranne nei casi più eccezionali. E' anche necessario avere per un individuo un **posto significativo in un raggruppamento umano**, tenuto insieme sulla base di relazioni di famiglia, amicizia, occupazione, religione, vicinato o altro. E' come se il gruppo venisse a esistere nell'individuo, così come l'individuo all'interno del gruppo."*

Kitwood T., *The Concepts of personhood ant its relevance for a new culture of dementia care*, in B.M.L. Miesen e G.M.M. Jones (a cura di), Care Giving in Dementia: Research and Applications, Vol 2, 1997,London, Routledege, p. 11

Agenzie di socializzazione



L'alterazione del senso di sé, la disintegrazione della personalità" non sarebbero il risultato inevitabile del danno neuropatologico ma del tipo di ambiente che circonda le persone affette da demenza.

Malignant Social Psychology

Esautoramento, Dimenticanza, Infantilizzazione, Etichettatura, Intralcio, Denigrazione…

T.Kitwood, *Psichoterapy and Dementia, Psicotherapy Section Newsletter, vol. 8, pp. 40-56*

Macro-Istituzioni

"Una civiltà si qualifica come tale, radicalmente, quando si impegna a spostare l'asse della considerazione dell'uomo come **oggetto** a quella dell'uomo come **soggetto**."

Petrini M., *I diritti dell'anziano fragile: una prospettiva etica, G. Gerontol, 2007; 55: 15-19*

Macro-Istituzioni

“It’s part of the job, but it spoils the job”

Bigwood S., Crowe M.,***It’s part of the job, but it spoils the job: a phenomenological study of physical restraint,*** Int. *J. Ment. Health Nurs., 2008 Jun; 17(3): 215-22.*

Macro-Istituzioni

Aspetti giuridici

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Art. 13 della Costituzione Italiana:

…"*La libertà personale è inviolabile*"

Macro-Istituzioni

Aspetti giuridici

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Art. 32 della Costituzione Italiana:

"La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"

Macro-Istituzioni

Aspetti giuridici

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Art. 571 Codice Penale:

"Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile,se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente."

Macro-Istituzioni

Aspetti giuridici

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Si possono configurare i reati di:

Sequestro di persona (art. 605 c.p.)

Violenza privata (art. 610 c.p.)

Maltrattamenti (art. 572 c.p.)

Macro-Istituzioni

Aspetti giuridici

LEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 c. p.), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma <u>deve</u> essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci (art. 591 C.p.)

LA QUESTIONE ETICA

LA QUESTIONE ETICA

*"La **morale** ci offre regole di condotta e standard di valutazione. Essa ci dice che certe azioni sono giuste o ingiuste […] ci fornisce le norme convenzionali o tradizionali di condotta o gli standard di valutazione per un determinato gruppo sociale […]*

Fowler M.D.M. – Levine Ariff J., ***Ethics at the bedside***, Lippincott, Philadelphia 1987 in Costantino I., ***L'etica al letto del malato: per la formazione etica del personale infermieristico***, Armando E., Roma, 1990

LA QUESTIONE ETICA

*[…] l'**etica** è uno sforzo più esteso, più riflessivo, più comprensivo. In un certo senso essa entra in gioco quando la moralità si esaurisce. Quando una persona va al di là dell'accettazione delle norme tradizionali del gruppo sociale e si sposta nel campo della riflessione su queste norme, ha inizio il pensiero etico."*

Fowler M.D.M. – Levine Ariff J., ***Ethics at the bedside***, Lippincott, Philadelphia 1987 in Costantino I., ***L'etica al letto del malato: per la formazione etica del personale infermieristico***, Armando E., Roma, 1990

LA QUESTIONE ETICA

LA PERSONA

è **variabile indipendente** e:

- Ambiente
- Organici del Personale
- Controllo sociale, ecc.

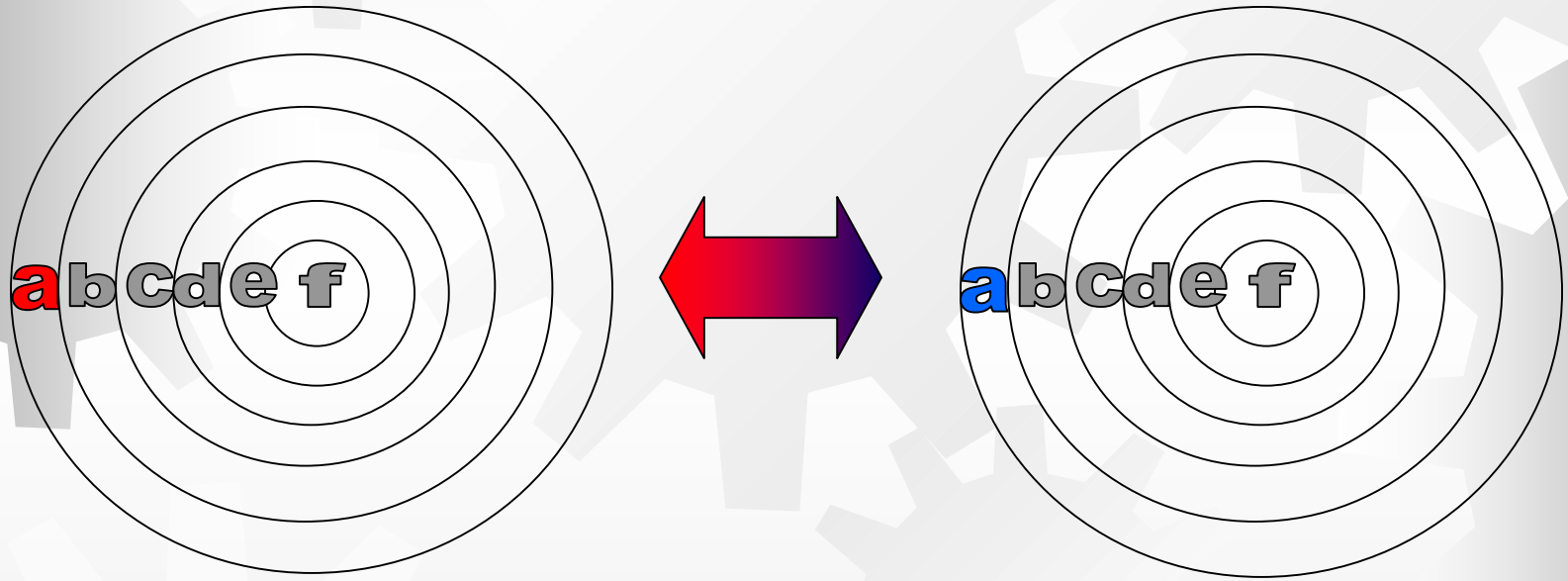
rappresentano **variabili dipendenti** ?

...oppure è il contrario?

LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore

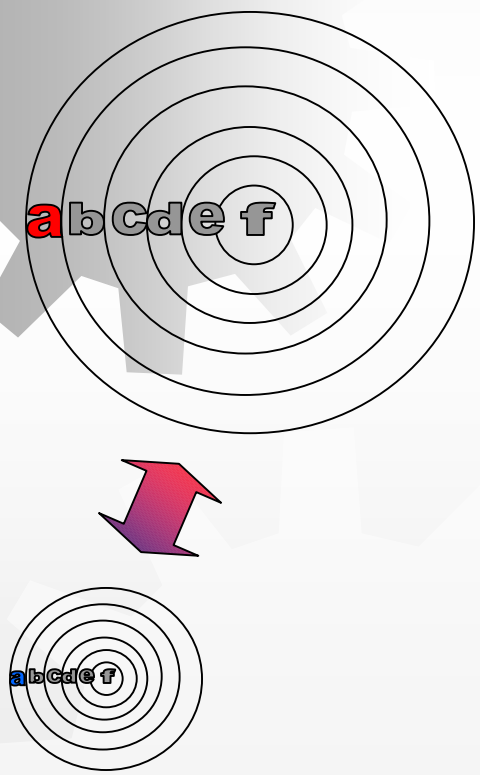
in relazione



LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore

in relazione



FRAGILITA' FISICA

INSTABILITA' POSTURALE E MOTORIA

WANDERING

BIZZARRIA

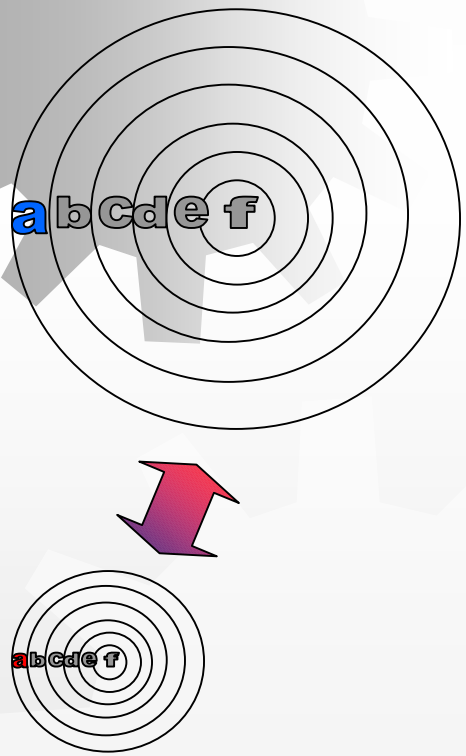
COMPORTAMENTO DISTURBANTE

AGITAZIONE, AGGRESSIVITA', VIOLENZA

TOTALE ASSENZA DI AUTOCONTROLLO

LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore
in relazione: cosa può succedere



Identificazione con la malattia e con la fragilità:

→ contenzione come iper-”protezione” del Paziente;

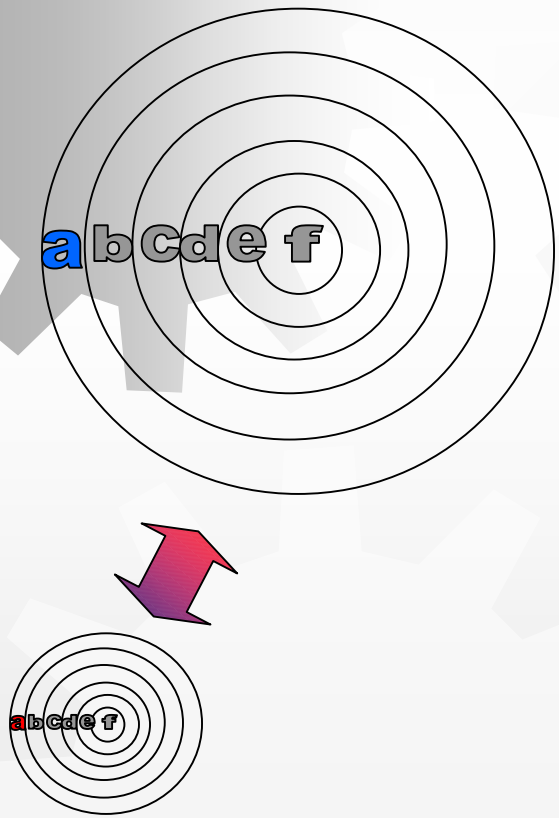
Desiderio di sicurezza per sé stesso:

→ contenzione del paziente contro l’emergere della paura;

LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore

in relazione: cosa può succedere



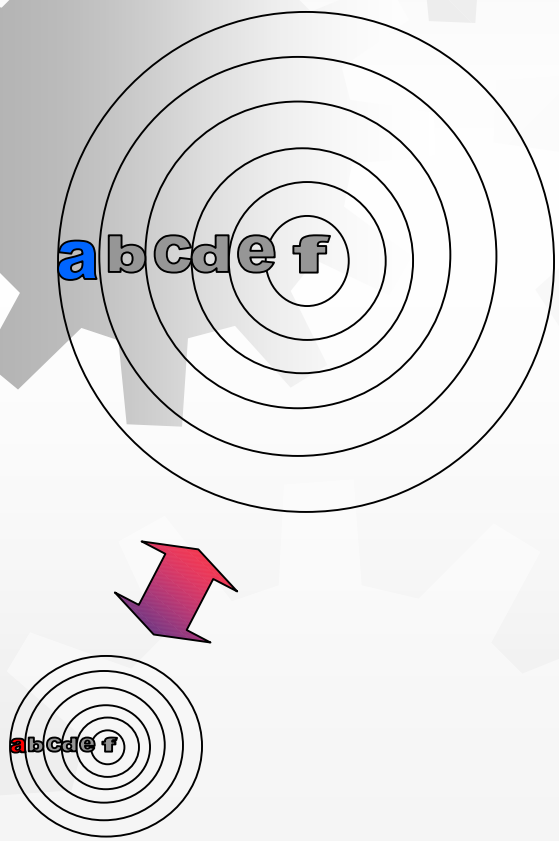
Rivincita del senso di onnipotenza:

→ Con la contenzione, talvolta, si riafferma un ***certo* potere**, soprattutto nei confronti di Pazienti che con il loro comportamento annullano la percezione dell'Operatore di essere padrone della situazione.

LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore

in relazione: cosa può succedere



Scarico dell'aggressività:

→ Contenzione come espressione dell'**aggressività** dell'Operatore.

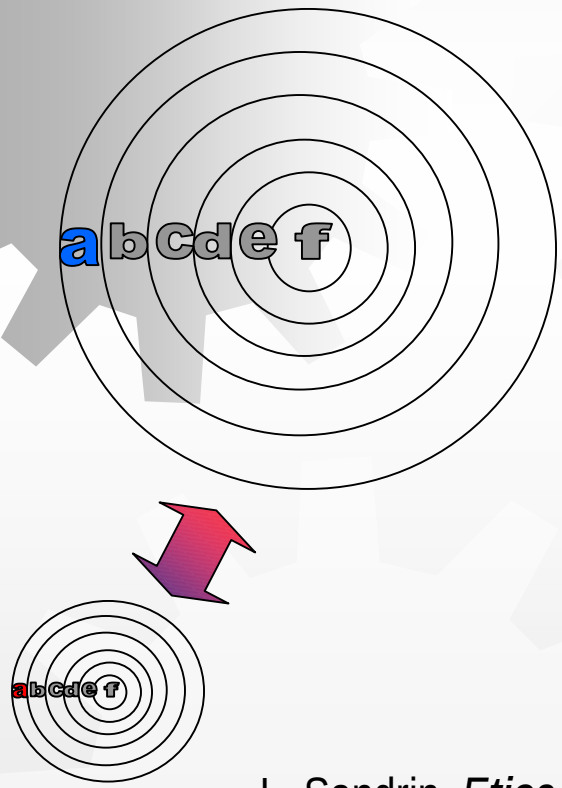
Esaurimento emotivo:

→ Lo squilibrio domanda/risorse psico-emotive dà origine a difese quali chiusura, **oggettivazione** e **spersonalizzazione**. L'altro è qualcosa da manipolare, incasellare, **contenere**.

LA QUESTIONE ETICA

Paziente e Operatore

in relazione: cosa può succedere



Negazione del dolore dell'altro:

→ Si nega il **dolore** altrui quando c'è il timore che esso possa far risuonare il proprio. *"Voler rendere l'altro sicuro e invulnerabile impedendogli anche il «rischio di soffrire» potrebbe allora essere non altro che un tentativo, non detto, di difendere le nostre sicurezze e la nostra vulnerabilità".*

L. Sandrin, *Etica del contenimento*, in (a cura di) Cester A., Legare i Vecchi EdUP, Roma 1995.

LA QUESTIONE ETICA: proposte

a
b
c
d
e
f
g
abcdef
abcdef

La questione etica: proposte

"La **variabilità** del ricorso alla contenzione è legata alla cultura professionale e alla **formazione personale** di chi gestisce il servizio e di chi vi lavora."

Spinogatti F.- Agrimi E., *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi,* Quaderni Italiani di Psichiatria, 2005; XXIV: 43-51

La questione etica: proposte

Nandel H. Smith et al.,***The impact of education on the use of Phisical Restraints in the Acute care Setting,*** The Journal of Continuing Education in Nursing, Jan/feb 2003; 34: 26-33.

Use of Restraint Products February – July 2000

No. Restraint Device

Nursing Units	Before. educ.	After educ.
Cardiovascular	19	4
Medical/Surgical (center wing)	39	20
Orthopedics	23	18
Oncology	8	3
Pulmonary	35	29
Medical/Surgical (north wing)	27	16
Medical/Surgical (south wing)	30	23
Neurological	39	24
Neurological Intensive Care Unit	21	19
Intensive Care Unit	93	53
Coronary Intensive care Unit	38	30

La questione etica: proposte

Nandel H. Smith et al.,***The impact of education on the use of Phisical Restraints in the Acute care Setting,*** The Journal of Continuing Education in Nursing, Jan/feb 2003; 34: 26-33.

February – July 2000

Month	Average Length of stay (days)	Average no. Days Restrained
February	18.41	10.11
March	13.58	7.14
April	16.60	7.31
Mean		**8.2**
May	14.67	6.12
June	15.05	5.56
July	16.49	7.49
Mean		**6.4**

La questione etica: proposte

Evans LK et al., ***A Clinical Trial to reduce restraint in nursing homes,*** J.Am.Geriatr. Soc., 1997 Jun, 45 (6): 675-81

- Trial clinico di 12 mesi in 3 case di riposo equivalenti
- Assegnazione random a:

  1) programma educativo finalizzato alla riduzione della contenzione (RE)

  2) programma educativo + consulenza (REC)

  3) controllo (C)
- 643 partecipanti allo start e 463 alla conclusione

La questione etica: proposte

Evans LK et al.,***A Clinical Trial to reduce restraint in nursing homes,*** J.Am.Geriatr. Soc., 1997 Jun, 45 (6): 675-81

GRUPPI	Riduzione contenzione a 9 mesi (3 mesi dopo l'intervento)	Riduzione contenzione a 12 mesi (6 mesi dopo l'intervento)
Programma educativo (durata: sei mesi)	7%	4%
Programma educativo (durata: sei mesi) + consulenza	**20%**	**18%**
Gruppo di Controllo	7%	6%

La questione etica: proposte

Biga J. Et al., ***Physical Restraint in Old people's homes. Evaluation of skills following specific training***, Presse Med., 2004 Oct.9; 33(17): 1169-1173

Studio della prevalenza della contenzione in sei case di riposo per anziani (in Francia, nell'area urbana attorno a Toulouse):

- allo start (22,2 %)
- sei mesi dopo, alla conclusione di uno specifico training educativo (15,9%)
- dopo 9 mesi, alla fine dello studio (15,5%)

Punto chiave nel trend di diminuzione della contenzione: la presenza di un coordinamento medico-infermieristico.

La questione etica: proposte

Nei **reparti psichiatrici per acuti** è raccomandata la formazione al fine di:

- identificare precocemente le situazioni a rischio;
  (triage e procedure di gestione del rischio)

- apprendere le tecniche di gestione dei comportamenti aggressivi;
  (tecniche di de-escalation)

Spinogatti F.- Agrimi E., *La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi,* Quaderni Italiani di Psichiatria, 2005; XXIV: 43-51

Quale formazione?

La questione etica: proposte

La formazione degli operatori si qualifica se è un percorso finalizzato a **potenziare al massimo grado la consapevolezza nella relazione con il paziente.**

Ciò prevede che l'operatore sappia **comprendere**, **elaborare** e **accettare** la **propria** difficoltà accanto a quella del paziente,

- per impedire che essa imbocchi strade che sfuggono di mano;
- e per aprirsi alla possibilità di trovare risposte terapeutiche;

La questione etica: proposte

Una delle più importanti risorse che chi lavora può usare per aiutare il paziente è paradossalmente la sua stessa **vulnerabilità**.

➡ L'atteggiamento del prendersi cura dell'altro si sostanzia infatti delle esperienze di **difficoltà**, di **paura**, di **perdita** dello stesso operatore e dipende dal modo che ha costui di affrontare e dare senso a questi vissuti.

La questione etica: proposte

Quando l'operatore riconosce la propria **insicurezza** e la propria **vulnerabilità** e non le nega, compie il primo passo verso un rapporto che **non "lega" l'altro** nella posizione di oggetto.

Guarda al paziente ma **dà** anche **forma** a uno sguardo interiore che arricchisce la propria umanità e conferisce *dignità di persona* al malato.

La questione etica: proposte

Il tipo di attività professionale favorente questo processo **auto**-etero **formativo** è proprio quella che prevede il "*rumore*" come elemento oscuro, incompreso e destabilizzante fin quando si rimane ancorati a schemi di pensiero dati e acquisiti.

Moisan, A. (1992), "*Autoformation et situations de travail*".
In Education Permanente, 112, pp. 107-113.

La questione etica: proposte

L’esistenza di situazioni dove i percorsi sono sfumati, complessi, ambigui e incerti, andrebbe proprio a costituire il **tempo privilegiato dell’autoformazione** in quanto tali itinerari implicano un continuo ritorno e superamento di schemi e livelli pregressi.

Moisan, A. (1992), “*Autoformation et situations de travail*".
In Education Permanente, 112, pp. 107-113.

La questione etica: proposte

"Autoformarsi è ***partecipare attivamente***, **consapevolmente**, **progettualmente** alla costruzione di sé con contributi scelti, dosati, cambiati a seconda di obiettivi e necessità"[1]

attraverso uno "sviluppo di pensosità"[2] tipico di chi percepisce la propria incompiutezza e **dà forma** a sé stesso, come professionista e come persona.

1. Demetrio, D.(1999), "*Tra Arte ed esistenza*". In Adultità, n. 10.

2. Dumazedier, J. (1985), "*Formation permanente et autoformation*". In Education Permanente, 78-79, pp. 9-24.

La questione etica: proposte

Sono gli Operatori che “**danno forma**” al proprio dolore, che **accolgono** le proprie paure e **curano** le proprie ferite, coloro che più di altri crescono, creano legami umani, acquisiscono competenza e professionalità...

La questione etica: proposte

…ma, soprattutto, quegli stessi operatori contribuiscono a fare dell’**Istituzione** un **luogo di accoglienza e non di contenzione.**