

LA CONTENZIONE

Preliminarmente dobbiamo chiederci se metodiche di contenzione siano ammissibili nell'assistenza medica in generale e nell'assistenza psichiatrica in particolare.

Dopo aver risposto a questa prima domanda, e nel caso di risposta affermativa, possiamo prendere in esame gli altri aspetti.

Per aiutarci a rispondere a questa domanda proporrei di chiederci: *se dovessimo trovarci noi nella condizione dei pazienti che stiamo per contenere, e cioè:*

- non collaborativi verso le cure
- per opposizione alle stesse
- per non coscienza di malattia
- per stato confusionale
- ecc.

E non necessariamente in reparto psichiatrico, visto che la contenzione viene utilizzata correntemente anche in reparti non psichiatrici, accetteremmo di essere legati? E a quali condizioni? Con quali garanzie?

Cominciamo con il definire questi termini, così abbiamo tutti le idee più chiare sull'argomento.

La parola contenzione deriva dal verbo **con-tenere**, che è composto da due parole unite: **con** e **tenere**.

Significa quindi **tenere con, tenere insieme**.

Che cosa si deve tenere insieme, cosa va tenuto insieme con qualcos'altro, lo vedremo in seguito.

In neuropsichiatria infantile esiste una tecnica di trattamento per le psicosi infantili, che si chiama **holding**.

Nell'holding la madre, seduta, deve tenere strettamente abbracciato a sé il figlio; lo scopo è quello di aumentare la comunicazione tra la madre e il bambino.

L'holding può essere visto anche come una metodica di contenzione dell'angoscia del bambino psicotico, è un modo per far sentire al bambino i limiti del sé, per definire i confini del suo Io rispetto all'ambiente, all'altra persona.

Con l'adulto la tecnica dell'holding non è applicabile, ma si possono intravedere delle analogie concettuali: anche per il paziente che va contenuto si tratta di porre dei limiti, di segnare i confini tra lui e l'ambiente, tra quello che gli è consentito fare e quello che l'ambiente può tollerare.

Il "tenere insieme" si riferisce, psicanaliticamente, al ripristinare l'unità del sé, il giusto rapporto tra l'Io e l'ambiente ma anche tra le diverse istanze psichiche.

Ma torniamo all'argomento del corso ECM.

Dividerei il nostro lavoro in vari paragrafi, prendendo in considerazione i diversi aspetti del problema contenzione, anche se in maniera sintetica a causa dello scarso tempo a disposizione.

ASPETTI ETICI

ASPETTI GIURIDICI

ASPETTI TECNICI ED ASSISTENZIALI

ASPETTI MEDICI: indicazioni, controindicazioni, effetti collaterali.

ASPETTI ETICI

Quando una contenzione può essere giustificata?

Richiamandoci a due Autori italiani che si sono occupati della questione, Greco O. e Catanesi R., possiamo affermare che la contenzione può essere vista come un presidio sanitario (e quindi ammissibile) solo se *"parte integrante di un trattamento e non come misura autonoma, di esclusiva prevenzione comportamentale"*(1).

Quali pazienti possono richiedere una contenzione?

- Pazienti ricoverati con TSO che presentano episodi di violenza fisica verso se stessi o verso gli altri;
- Pazienti in stato confusionale, che rischiano, per es., di cadere dal letto;
- Pazienti scompensati che rifiutano la terapia.

Parliamo di pazienti ricoverati in reparti di psichiatria; la contenzione viene utilizzata anche in altri reparti in condizioni di emergenza.

Il paziente ricoverato volontariamente può essere contenuto?

A rigore di logica no. Se un paziente è stato ricoverato volontariamente e nel corso della degenza rifiuta le cure, andrebbe dimesso. Se però le sue condizioni psichiche sconsigliano la dimissione - e questa valutazione deve essere fatta dal medico - si procede al TSO ed in questo caso si può procedere alla eventuale contenzione.

In termini pratici, poiché in un reparto di psichiatria viene svolta la guardia attiva, quindi un medico è sempre presente, è opportuno fare presenti al medico gli atteggiamenti di ostilità di un paziente volontario, in maniera che il medico possa decidere in tempo se fare o meno il TSO.

Quando il paziente è agitato, poco collaborativo, oppositivo, ma non ha ancora perso il controllo, è obbligatorio legarlo o si può provare ad evitare di legarlo e a parlargli un po'?

Non bisogna sottovalutare la possibilità di ridurre un comportamento violento con il solo linguaggio, spesso il paziente chiede solo di essere ascoltato, di essere capito, o di essere aiutato a capirsi.

***Se si salisse in cielo
e di lì poter contemplare
l'universo e la bellezza degli astri,
quel meraviglioso spettacolo
non darebbe alcuna gioia
mentre ne darebbe una immensa
grandissima
se si avesse
una sola persona
con cui parlare***

Queste righe sono state scritte da un paziente; per citare uno psichiatra, un grande psichiatra, Bruno Callieri:

***Più parla il paziente
meno parla la malattia***

Potremmo anche parafrasare questo concetto di Callieri e dire che, per l'operatore psichiatrico, *più egli parla e meno parla ...*, ma sarebbe una cosa troppo provocatoria, meglio lasciar perdere.

Chiudiamo il paragrafo sugli aspetti etici della contenzione con una citazione:

Codice deontologico degli infermieri,
promulgato nel maggio 1999. Art. 4.10

"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 una implicita risposta alle necessità istituzionali".

Un trattamento verbale adeguato può servire a prevenire episodi di violenza; è importante a questo proposito una adeguata formazione del personale.

È importante che il personale sia gentile e non autoritario, ma, se la situazione lo richiede, sappia agire con fermezza. A volte una dimostrazione di forza, di decisione, induce il paziente a calmarsi; se il paziente vede nel personale indecisione, insicurezza, paura, agisce violentemente.

È importante ancora agire come parte del reparto, chiarendo al paziente i limiti e le regole del reparto, non agire come se il rapporto con quel particolare paziente sia una cosa personale. Chiarire che il personale del reparto usa la forza perché ha questo dovere di fronte al comportamento violento di un ricoverato.

È anche importante che il personale sappia riconoscere i segni premonitori della violenza, un particolare atteggiamento del paziente che di solito precede atti di violenza, comportamento motorio, frasi, parole, ecc.

Non è necessario che si verifichi l'episodio violento, la contenzione può essere attuata anche per prevenire la violenza, quando si è certi che il paziente sta per esplodere.

La decisione per la contenzione è una decisione clinica, scaturisce da un giudizio clinico basato sulle condizioni del paziente in quel momento e sullo stato di necessità, per prevenire danni al paziente stesso o ad altre persone, per evitare interruzioni del programma terapeutico.

Come per ogni procedura medica, la contenzione ha le sue indicazioni e le sue controindicazioni, i suoi effetti collaterali, ecc.

Le indicazioni sono rappresentate dal comportamento violento del paziente.
La contenzione è controindicata come mezzo punitivo.

ASPETTI GIURIDICI

Gli unici riferimenti legislativi sono rappresentati a tutt'oggi da alcuni articoli del Regolamento sui manicomi e gli alienati, del 1909; la legge 180, che pure ha innovato radicalmente l'offerta di assistenza psichiatrica, non dice nulla su questo aspetto.

Il Regolamento del 1909, all'art. 34 dice che la contenzione fisica al letto può essere usata

"in casi eccezionali e con il permesso scritto del medico",

all'art. 60 precisa che

"i mezzi di contenzione devono essere aboliti e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del Direttore o di un medico dell'Istituto".

Questi articoli di legge non sono stati abrogati dalla legge 180, per cui sono tuttora in vigore.

Un po' più recente è una nota del Ministero della Sanità.

Dal punto di vista giuridico, l'atto del contenere una persona, oppure di non contenere in stato di necessità, è un atto neutro, oppure si configura come atto antiggiuridico?

Dal punto di vista giuridico, una contenzione non necessaria ci potrebbe vedere indagati per il reato di **abuso dei mezzi di correzione** (al limite anche per violenza privata, sequestro di persona), mentre una mancata contenzione, con conseguenze drammatiche (ferimento del paziente o di altri pazienti, morte in casi eccezionali) ci potrebbe vedere indagati per il reato di **abbandono di incapace**.

Per questi motivi è opportuno che ogni decisione in merito alla contenzione di un paziente venga presa sempre dal medico di reparto, o, se il medico al momento non è presente e gli infermieri sono costretti ad agire in stato di necessità, venga subito dopo avallata dal medico di reparto che controfirmerà l'episodio sul registro delle contenzioni.

Visto che negli ospedali è sempre presente un servizio di vigilanza, è bene tutelarsi facendo intervenire sempre gli agenti. Di solito la presenza di persone in divisa è sufficiente a convincere il paziente a seguire i consigli medici e a praticare la terapia.

La qualità di un reparto di psichiatria si misura anche dal basso numero di contenzioni.

ASPETTI TECNICI ED ASSISTENZIALI

Per parlarvi degli aspetti tecnici ed assistenziali ho ritenuto utile fare riferimento ad un documento che propone un protocollo per i casi di contenzione (2).

Come effettuare la contenzione?

Il sistema più utilizzato è quello delle fasce che vengono annodate intorno agli arti del paziente e poi fissate al letto.

Esistono anche delle fascette in nylon con chiusura meccanica, che sono più semplici da usare.

ASPETTI MEDICI

Contenzione fisica e contenzione farmacologica

Il termine contenzione farmacologica non mi piace, i farmaci non contengono, non vengono utilizzati solo per immobilizzare una persona ma per sedare, per calmare, per

attenuare una crisi di agitazione, per ridurre il delirio, le allucinazioni che spesso sono alla base dell'agitazione. La contenzione fisica ha il solo scopo di immobilizzare il paziente, per consentire la somministrazione della terapia farmacologica.

Il termine contenzione va riferito, a mio parere, solo alla contenzione fisica.

Vediamo le tipologie di pazienti che possono divenire violenti, in base ad un primo orientamento diagnostico di emergenza:

DISTURBI MENTALI ORGANICI

- Disturbi cognitivi/demenze/stati confusionali organici
- Disturbi da uso di sostanze (alcool-droghe)

Il paziente richiede in genere contenzione finché non si sa l'eziologia. Solitamente non è possibile un colloquio.

DISTURBI PSICOTICI

- Schizofrenie
- Disturbi bipolari
- Altri

Il paziente richiede in genere contenzione e neurolettici. Solitamente non è possibile un colloquio.

DISTURBI NON ORGANICI NON PSICOTICI

- Disturbi di personalità
- Disturbi del controllo degli impulsi

Il paziente in genere risponde al dialogo con progressiva riduzione della violenza. Bisogna avere personale vicino per eventuale contenzione e/o terapia medica.

Come commento a queste tabelle, tratte da un testo americano di psichiatria, mi sento di dire che, per evitare abusi (e traumi al paziente) bisognerebbe ancora fare un piccolo sforzo di diagnosi differenziale.

Ci sono situazioni in cui il comportamento violento, o minacciato tale, non è conseguenza delle condizioni psicopatologiche del paziente ma è provocato dall'ambiente.

In un reparto ospedaliero l'ambiente è rappresentato dagli altri pazienti e dal personale medico e paramedico del reparto.

Se il paziente mantiene un buon contatto con la realtà si può tentare, prima di passare alla contenzione, un intervento verbale per tranquillizzarlo e convincerlo ad assumere la terapia.

Formattato: Italiano (Italia)

Formattato: Italiano (Italia)

Formattato: Italiano (Italia)

TRATTAMENTO VERBALE DEI PAZIENTI VIOLENTI

- Preoccupatevi della vostra sicurezza
- Apparite calmi e controllati
- Parlate dolcemente, in modo non provocatorio e non giudicante
- Se possibile, sia il medico sia il paziente devono stare seduti
- Non torreggiate sul paziente e non guardatelo fisso
- Quando il paziente comincia a parlare ascoltatelo

"la parola è un gran dominatore, che con piccolissimo corpo e invisibilissimo, divinissime cose sa compiere; riesce infatti a calmar la paura, e a eliminare il dolore, e a suscitare la gioia, e ad aumentar la pietà ...

... c'è tra la potenza della parola e la disposizione dell'anima lo stesso rapporto che c'è tra la funzione dei farmaci e la natura del corpo. Come infatti certi farmaci eliminano dal corpo certi umori, e altri, altri; e alcuni troncano la malattia, altri la vita; così anche dei discorsi, alcuni producono dolore, altri diletto, altri paura, altri ispirano coraggio agli uditori, altri infine, con qualche persuasione perversa, avvelenano l'anima e la stregano."

Gorgia da Lentini (400 a.C. circa)

EFFETTI COLLATERALI DELLA CONTENZIONE

Effetti collaterali della contenzione possono essere di tipo fisico (traumi distorsivi degli arti, raramente soffocamento e morte), e di tipo psichico (Disturbo Post-Traumatico da Stress - 3)

LINEE GUIDA PER LA CONTENZIONE (4)

NON USARE LA CONTENZIONE PER PUNIRE UN PAZIENTE O SOLO PER LA COMODITÀ DEL PERSONALE O DI ALTRI PAZIENTI

Il concetto di punizione non appartiene alla medicina, ma al sistema penale; se un paziente commette atti che danneggiano altre persone o l'ospedale, non è compito degli operatori psichiatrici punirlo.

CONSIDERARE LE CONDIZIONI MEDICHE DEL PAZIENTE: SOVRADOSAGGIO DI FARMACI, PATOLOGIE MEDICHE

Spesso l'agitazione, la violenza, sono conseguenze di cause tossiche o mediche. Se gli episodi di violenza si ripetono va riesaminato il programma terapeutico.

SEGUIRE DELLE LINEE GUIDA SCRITTE, PROPRIE DELL'ISTITUZIONE

È opportuno che ci siano delle linee guida scritte, approvate dall'Amministrazione dell'ospedale, dal comitato etico, dal Giudice Tutelare.

La contenzione non deve sembrare un arbitrio dell'ospedale, un abuso, ma un evento eccezionale, disciplinato da un regolamento.

PRESENZA NUMERICA ADEGUATA - ALMENO 4 PERSONE

QUANDO LA DECISIONE È PRESA, CIASCUNA PERSONA AFFERRA SALDAMENTE UN ARTO DEL PAZIENTE, SPINGENDOLO A TERRA

Stare ancora a discutere con il paziente quando è chiaro che la situazione è fuori controllo fa solo aumentare il livello di agitazione.

Si dovrebbe cercare di evitare un eccessivo coinvolgimento emotivo, il tutto andrebbe svolto in maniera professionale, come una qualsiasi altra manovra medico-chirurgica, senza offendere il paziente, senza deriderlo.

Il giusto atteggiamento emotivo è il seguente: facciamo questo perché abbiamo il dovere di farlo, per evitare danni a te stesso e agli altri. Nulla di personale, agiamo come dipendenti che devono eseguire delle disposizioni di servizio.

Sarebbe anche opportuno un minimo di istruzione del personale sulle modalità per bloccare una persona in maniera efficace. A volte capitano pazienti esperti in arti marziali, con i quali bisogna fare particolarmente attenzione.

SE IL MEDICO NON È PRESENTE NEL MOMENTO DELLA CONTENZIONE, DEVE VEDERE IL PAZIENTE IMMEDIATAMENTE DOPO, ANNOTANDO L'EPISODIO SUL REGISTRO DELLE CONTENZIONI E SULLA CARTELLA CLINICA

In che cosa consiste il registro delle contenzioni?

Un normale registro con varie colonne in cui annotare:

- Nome e cognome del paziente
- Giorno e ora della contenzione
- Motivo della contenzione
- Firma del medico presente
- Annotazioni varie

IL PAZIENTE VA OSSERVATO DAL PERSONALE INFERMIERISTICO OGNI 15 MINUTI, CON ANNOTAZIONE SUL REGISTRO DELLE CONTENZIONI

SE LA CONTENZIONE AVVIENE SUI 4 ARTI, OGNI 15 MINUTI VA ALLENTATA LA CONTENZIONE DI UN SOLO ARTO, A ROTAZIONE

IL PAZIENTE VA LIBERATO DALLA CONTENZIONE GRADUALMENTE, DOPO CHE SI RENDE EVIDENTE LA SEDAZIONE FARMACOLOGICA E SE IL PAZIENTE DIVIENE MENO OSTILE E PIÙ COLLABORATIVO

OGNI DECISIONE, OSSERVAZIONE, ASSISTENZA PRESTATO AL PAZIENTE CONTENUTO, VA ANNOTATA SUL REGISTRO DELLE CONTENZIONI E SULLA CARTELLA CLINICA

DOPO OGNI EPISODIO DI CONTENZIONE, LO STESSO VA DISCUSO CON IL PAZIENTE E IL PERSONALE

LA TERAPIA FARMACOLOGICA DEGLI STATI DI AGITAZIONE

Di solito comprende una associazione di farmaci, neurolettici e benzodiazepine; non vi sono schemi standard, spesso la terapia va individualizzata.

Come regola generale, il paziente *drug free*, che non ha mai assunto psicofarmaci, è più sensibile e risponde più rapidamente alla sedazione farmacologica, quindi può richiedere bassi dosaggi.

Il paziente psichiatrico già in precedente terapia, risponde meno e può richiedere dosaggi più elevati.

Pazienti non schizofrenici sono particolarmente sensibili agli effetti extrapiramidali dei neurolettici.

Controllo frequente delle condizioni del paziente, tenere pronto un anticolinergico iniettabile.

Effetto collaterale abbastanza comune di tutte le terapie sedative è l'ipotensione ortostatica, in casi sensibili collasso cardio-circolatorio.

Tenere sempre disponibili in reparto un farmaco vasocostrittore e altri presidi per lo shock.

Alti dosaggi di benzodiazepine possono causare insufficienza respiratoria per depressione del centro cardio-respiratorio.

Tenere sempre disponibili in reparto l'**Anexate** e un **pallone Ambu**.

Il paziente in sedazione farmacologica va controllato attentamente nei parametri vitali (polso, pressione, frequenza cardiaca e respiratoria).

Va controllata anche l'insorgenza di eventuale crisi neurodislettica, che può essere fatale per spasmo della glottide ed insufficienza respiratoria acuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Greco O, Catanesi R:

2. Marchetti F, Fontana S, Turrin T: *Contenzione fisica in Ospedale*. Centro studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico, Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi. http://www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html

3. Mazzeo A, Tronci A: *Rapporto tra il TSO e il Disturbo Post-Traumatico da Stress*. Psychiatry Online, 2003. <http://www.psychiatryonline.it/ital/mazzeo2004.htm>

4. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA: *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. 2003

Formattati: Elenchi puntati e numerati