

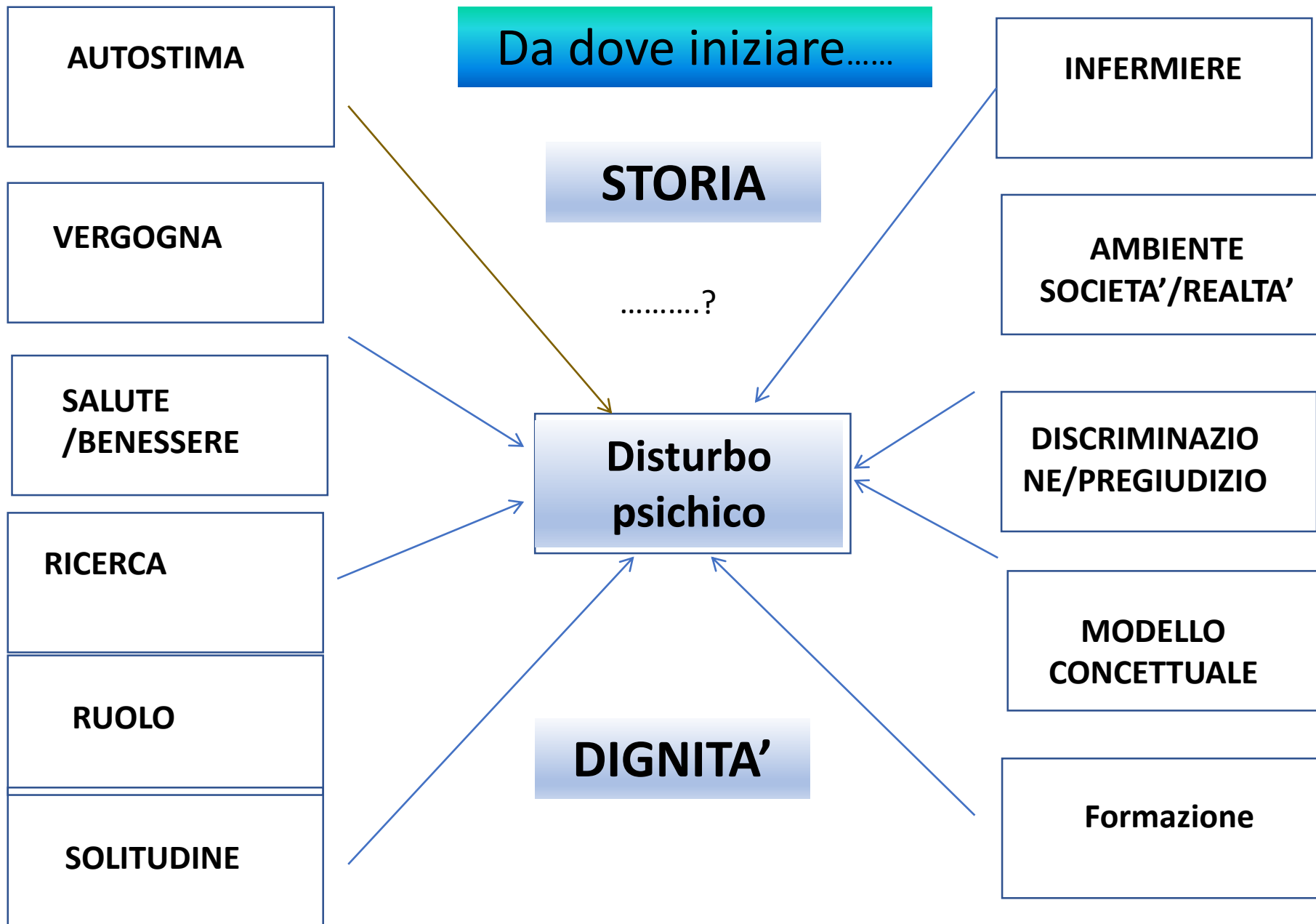


UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI  
Scuola di Medicina  
*Corso di Laurea in Infermieristica*  
*-SEDE DI LECCE-*

*A.A. 2020-2021*

**INFERMIERISTICA NELLA DISABILITÀ**  
**III° anno, I° semestre**

**Docente**  
**Dott. Roberto Lupo**



# Salute mentale

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità".

## Disturbo mentale

In psicologia e psichiatria un **disturbo psichico o mentale** (in inglese: *mental disorder*) è una condizione patologica che colpisce la sfera comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva di una persona in modo disadattativo, vale a dire sufficientemente forte da rendere problematica la sua integrazione socio-lavorativa e/o causargli una sofferenza personale soggettiva

## DISAGIO PSICHICO E ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il disturbo psichico colpisce la capacità di relazionarsi con il mondo esterno

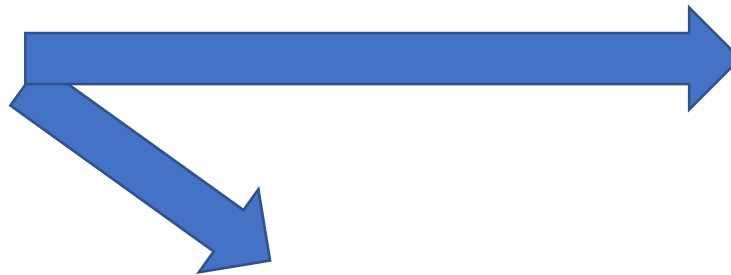
Il riconoscimento della malattia mentale si ha quando la persona sofferente è inserita in un contesto sociale

Interessa le capacità cognitive, relazionali. Emozionali



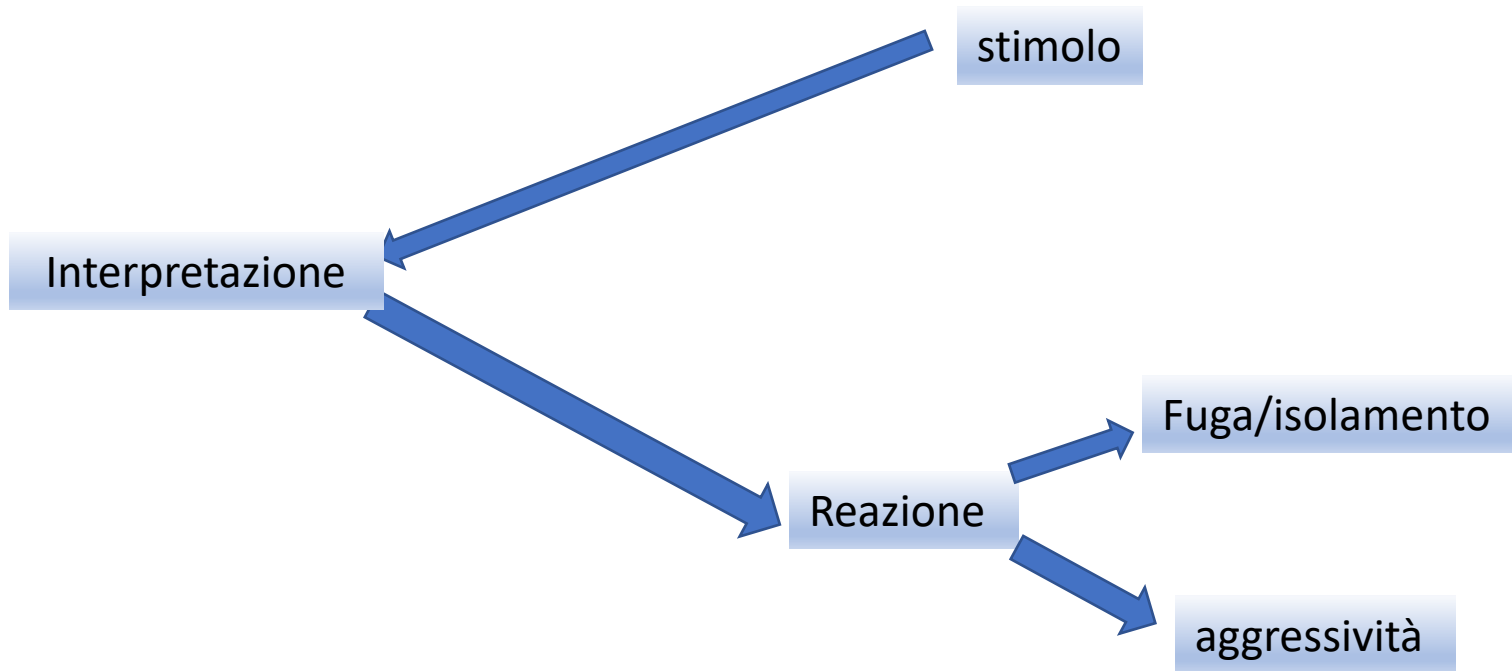
Perdita del ruolo e della capacità di provvedere alla propria salute

IL DISTURBO PSICHICO



Perdita dell'autocura, del ruolo sociale  
Identità

Distorsione nell'interpretazione degli stimoli provenienti dall'esterno a cui segue un comportamento coerente con questa interpretazione anche se non efficace e non adattivo



## Dal folle alla persona malata

I disturbi mentali sono sempre esistiti e sono conosciuti fin dall'antichità. Gli antichi egizi ritenevano che tutte le malattie , indipendentemente dalle loro manifestazioni avessero **un'origine fisica e ponevano nel cuore la sede dei sintomi.**

Ippocrate nel 400 AC nell'opera Sulla Malattia Sacra, scriveva che la letizia, il riso, gli scherzi, il dolore, il pianto ci provengono solo dal cervello. E sempre per opera sua diventiamo folli ed usciamo di senno, abbiamo incubi e terrori, sia di giorno che di notte, soffriamo di smarrimenti, preoccupazioni infondate.

Ippocrate propose un'osservazione accurata dei sintomi che tenesse conto della biografia del paziente e del suo ambiente di vita, attribuendo notevole importanza al rapporto tra medico e paziente.

## Dal folle alla persona malata

## CI SONO DIVERSI APPROCCI VERSO LA MALATTIA MENTALE

**NELL'ANTICA ROMA LA NUOVA VISIONE RELIGIOSA  
DELL'UOMO E LA DEMONOLOGIA FARANNO PERDERE  
L'INTERESSE VERSO LA MALATTIA MENTALE.**

### **Indirizzo organicistico: (Ippocrate –Galeno)**

Considera il disturbo mentale una conseguenza dell'alterazione dell'equilibrio degli umori, il malato è curato con **erbe, salassi**

### **Indirizzo psicologico**

Considera il disturbo mentale una conseguenza di una profonda **crisi emotiva interiore** e richiede una soluzione basata sul rapporto interpersonale

**Indirizzo magico** il disturbo mentale è **attribuito a cause extranaturali (astri)**, a tal proposito è sintomatica la derivazione etimologica dell'aggettivo lunatico

**Indirizzo religioso:** nel corso del medioevo ha sempre più acquistato importanza, fino a diventare quello dominante. **La malattia, concepita come offesa fatta a Dio, è vista come una punizione per una colpa ammessa, punizione da espiare mediante dolore e sofferenza.** Le chiese divennero un punto di riferimento per i malati, presso i monasteri vennero creati gli ospizi per accogliere i sofferenti (MONTECCASSINO, SAN BENEDETTO POSE LE BASI DELLA MEDICINA MONASTICA)

## Dal folle alla persona malata

TUTTO IL MEDIOEVO, FINO A TUTTO IL XV SECOLO, LE DONNE AFFETTE DA QUALCHE DISTURBO MENTALE VENIVANO FREQUENTEMENTE ACCUSATE DI STREGONERIA E CONDOTTE SUL ROGO.

In questo periodo furono realizzati i primi istituti di ricovero (Bergamo, Firenze, Roma, Padova, Milano) dove i poveri malcapitati venivano tenuti **sulla nuda paglia** e spesso **incatenati**, le persone venivano accolte senza distinzione di età , sesso o patologia laddove le finalità anziché di cura erano di sola sorveglianza o in molti casi repressive.

L'unica attenzione di carattere sanitaria era destinata agli ambienti, che erano ampi, ben illuminati con grandi cortili



**Gli spazi aperti avrebbero favorito la dispersione della malattia ed evitato il contagio**



## Dal folle alla persona malata

**Pinel** descrisse numerose patologie psichiatriche, attribuì la **psicosi** non a interferenze soprannaturali, ma **fattori ereditari, traumi, stress psicologici, stress sociali.**

Con l'avvento dell'illuminismo si ritornò ad una visione olistica dell'uomo e il **pensiero critico** permise ad alcuni scienziati di guardare alla malattia mentale con occhi diversi. Il medico francese **Pinel** sfidò i benpensanti liberando dalle catene i **pazienti ricoverati nel manicomio.** **Pinel** sosteneva la necessità di un rapporto fra medico e paziente improntato alla **fiducia** e al rispetto e in campo psichiatrico rifiutò di adottare i metodi di contenzione e i trattamenti brutali che erano di uso comune.

Con **Pinel**, l'era della psichiatria, assume connotati come scienza positiva autonoma, separata dalla medicina. In Italia, Vincenzo Chiarugi, iniziò una riforma del genere. Nel 1808 Reil, coniò il termine psichiatria che deriva dal greco psiche che significa spirito, anima e iatros, che significa medico. Nell'800 nasce il manicomio di cura

## LE PRIME LEGGI SULLA CURA DELLE PERSONE CON DISTURBI PSICHICI IN EUROPA

1744 (INGHILTERRA) VAGRANCY ACT (REGOLARIZZA I MANICOMI PRIVATI)

1774 (INGHILTERRA) ACT FOR REGULATING PRIVATE MADHOUSE

1808 (INGHILTERRA) COUNTY ASYLUM ACT (MANICOMI PUBBLICI)

1837 (FRANCIA) REGOLAMENTI DEI MANICOMI FRANCESI

1904 (ITALIA) R.D SUI MANICOMI E SUGLI ALIENATI

1909 (ITALIA) REGOLAMENTO DEL R.D DEL 1904

REGOLAMENTA ANCHE LA FUGURA DELL'INFERMIERE

PSICHIATRICO

La seconda metà dell'Ottocento si caratterizzò per gli importanti progressi della medicina. Nel secondo dopoguerra la scoperta dei farmaci psicotropi si ebbe un notevole progresso nel trattamento dei disturbi psichici potendo intervenire sulla sintomatologia.

La vera svolta arriva negli anni 70 dove grazie al femminismo e alla diffusione del pensiero socialista vengono presi in considerazione l'uguaglianza e la dignità di persona, che seppur debole e in difficoltà, doveva essere riabilitata, accolta e inserita nella società.

## SALUTE MENTALE E DISTURBI MENTALI: CAUSE SCATENANTI E CONSEGUENZE

L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un **fattore di rischio** per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire.

La metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di **14 anni**, ma nella maggior parte dei casi non vengono rilevate, o vengono sottovalutate. I disturbi psichici rappresentano il 30% di tutte le disabilità e hanno un impatto pesante sulla quantità di vita e sulla sua qualità con gravi ripercussioni sul piano personale, affettivo-familiare, socio-relazionale e lavorativo.

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo caratteristiche individuali ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità.

## SALUTE MENTALE E DISTURBI MENTALI: CAUSE SCATENANTI E CONSEGUENZE

Le persone con disturbi mentali sperimentano tassi di disabilità e di mortalità notevolmente più elevati rispetto alla media



Persone con depressione maggiore e schizofrenia hanno una possibilità del 40-60% maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa di problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete o infezione da HIV), e di suicidio. Quest'ultimo rappresenta la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale.

## SALUTE MENTALE E DISTURBI MENTALI: CAUSE SCATENANTI E CONSEGUENZE

Fonte: [Piano d'azione per la salute mentale WHO 2013-2020](#).

Spesso i **disturbi mentali influiscono** su altre malattie, come il cancro, le malattie cardiovascolari e l'infezione da HIV/AIDS, e sono a loro volta influenzate da queste; pertanto necessitano di servizi comuni e un'attiva mobilitazione di risorse. **E' stato dimostrato, per esempio, che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete. Una condizione socio-economica, l'alcolismo e lo stress si riscontrano comunemente sia nei disturbi mentali che in altre malattie non trasmissibili.**

Si è constatato inoltre che spesso i disturbi mentali si accompagnano ai disturbi da uso di sostanze psicoattive.

Il soggetto con disabilità psichica appare incapace, in parte o totalmente, di svolgere il ruolo sociale che gli viene richiesto dalla famiglia e in generale dal contesto nel quale vive.

Si parla di **disabilità primaria** per definire il danno intrinseco indotto dalla malattia psichiatrica, che determina i problemi ed i conflitti con la famiglia e l'ambiente sociale.

La **disabilità secondaria** è costituita dalle reazioni personali avverse. Gli effetti di una grave crisi psichica possono, per esempio, essere la perdita totale di autostima oppure, viceversa, la negazione del disturbo stesso.

La **disabilità terziaria** è costituita dagli handicap sociali conseguenti alla malattia: povertà, solitudine, mancanza di lavoro e di una abitazione sono fattori che amplificano la malattia di base portando il paziente ad una condizione di insicurezza e di progressivo isolamento

La disabilità psichica è conseguenza di un disturbo mentale, classificato dall'OMS nell'ambito dell'International Classification of Diseases (ICD), sebbene maggiormente utilizzato ed adottato secondo le linee guida del cosiddetto DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) dell'American Psychiatric Association.

Secondo quest'ultima classificazione americana i disturbi mentali si dividono in:

- **organici;**
- **schizofrenia e disturbi deliranti;**
- **disturbi dell'umore;**
- **disturbi d'ansia;**
- **disturbi somatoformi, fittizi e dissociativi;**
- **disturbi sessuali e dell'identità di genere;**
- **disturbi alimentari;**
- **disturbi del sonno;**
- **disturbi di personalità**

sono caratterizzati dal fatto che **la persona simula o esagera i propri sintomi al fine di assumere il ruolo di malato.**

Questo disturbo **va differenziato dalla Simulazione vera e propria**, in cui la persona cerca di passare da malato per ottenere dei **vantaggi di ordine materiale**. Ad esempio una persona simulava per evitare il servizio militare o per ricevere un'indennità di malattia.

La persona con un Disturbo fittizio *invece* desidera assumere il ruolo di malato per **ricevere le cure e le attenzioni personali che normalmente vengono riservate a chi è malato.**

Per giungere a questo risultato, la persona può **mentire, simulare dei sintomi inesistenti, auto-prodursi delle ferite o alterare** i propri **esami medici**. Ad esempio può contaminare il proprio campione di urine o assumere dei farmaci per alterare la composizione del proprio sangue prima di un'analisi



La **Sindrome di Münchausen per Procura** (**Münchausen Syndrome by Proxy - MSbP**) è una condizione in cui la figura di accudimento, solitamente la madre, procura o simula un danno fisico e psicologico al proprio figlio, per richiamare su di sé le attenzioni delle persone con cui si relaziona tramite il piccolo.

**Tra i metodi usati per causare sintomi nel bambino si ricorda: l'iniezione di insulina o urine, l'uso di veleno per topi, lassativi, sedativi, sale da cucina, lesioni facciali, soffocamento, volontaria sotto nutrizione, induzione di attacchi epilettici. Secondo alcuni studi, almeno il 70% delle madri abusanti sono state a loro volta vittime di maltrattamento e abusi emotivi, fisici e sessuali. Il danno psicologico che ne consegue sulla vittima di MSbP è devastante.**

Secondo **Morrell B, Tilley D.S.** il ruolo dei padri, invece, è incerto e raramente esplorato. Tendono, infatti, ad essere distanti e assenti, sia fisicamente che affettivamente, dalla vita familiare, e ciò facilita la messa in atto degli abusi da parte della madre.

Ci sono alcuni elementi che possono indiziare alla sindrome:

- ricoveri frequenti in ospedale
- sintomi spesso in contraddizione, tra loro o con i risultati diagnostici
- sintomi che peggiorano alla comunicazione delle dimissioni
- desiderio e richiesta di screening ulteriori anche con metodi invasivi
- richiesta prematura di intervento chirurgico
- il paziente si rivolge a medici e ospedali diversi
- il paziente è contrario a lasciare che i medici parlino con terzi
- richiesta insistente di ricorso a terapie al bisogno.

E' molto difficile distinguere un genitore affetto da Munchausen per procura da uno preoccupato e magari un po' ansioso e pressante, gli indizi vanno ricercati principalmente sulla vittima. Quest'ultima, oltre ai segni presenti nella sindrome di Munchausen, mostra nuovi sintomi o peggioramenti di quelli esistenti solo quando trascorre del tempo con la persona che ne è responsabile, la quale non appare convinta da eventuali rassicurazioni dei medici mentre si dimostra insolitamente calma di fronte ai peggioramenti della vittima. Nel caso del figlio di una coppia separata, uno dei due genitori è sempre assente anche quando le condizioni del minore appaiono molto gravi. Questo perché il genitore affetto da Munchausen lo tiene all'oscuro, per evitare che i medici si confrontino con lui e allo stesso tempo per farlo sembrare negligente e irresponsabile

**La Sindrome di Münchausen per procura: conoscenze, attitudini, percezioni tra i professionisti sanitari che operano nel Dipartimento di Emergenza**

RIVISTA NSC · Pubblicato 19 Agosto 2020 ·

Maria Chiara Carriero<sup>1</sup>, Roberto Lupo<sup>2</sup>, Pietro Santoro<sup>3</sup>, Francesca Simone<sup>4</sup>, Ornella De Mitri<sup>5</sup>, Antonino Calabrò<sup>6</sup>, Federica Maria Pia Ferramosca<sup>7</sup>, Carmen Donadio<sup>8</sup>, Maicol Carvello<sup>9</sup>

## DISTURBO MENTALE

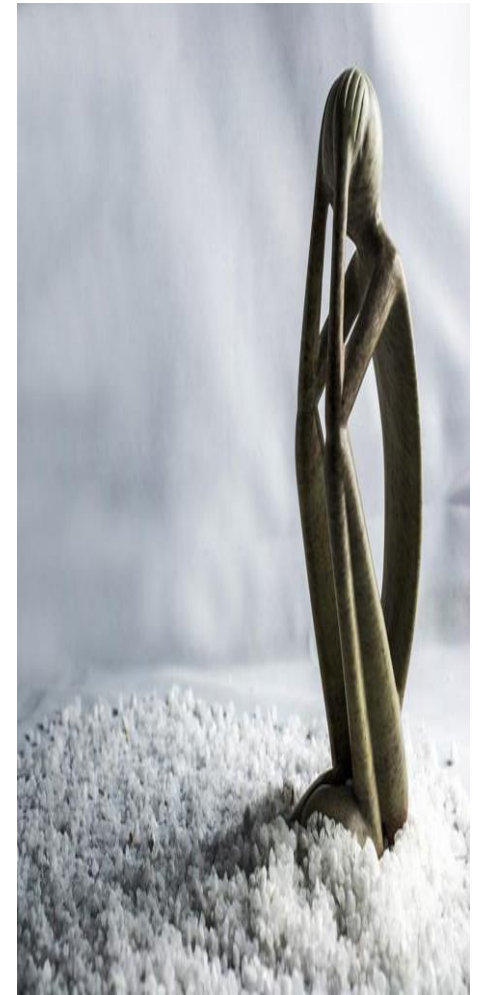
### DISTURBO SOMATOFORME

Il disturbo somatoforme è caratterizzato da uno o più sintomi fisici di natura cronica, accompagnati da livelli importanti e sproporzionati di sofferenza, preoccupazione e difficoltà a svolgere le attività di tutti i giorni, correlate a tali sintomi.

- Il soggetto affetto da disturbo somatoforme è preoccupato dei sintomi e spreca molto tempo ed energie su di essi e sulle sue preoccupazioni di salute.
- Il disturbo viene diagnosticato dai medici nel momento in cui il soggetto continua ad essere preoccupato e turbato dei sintomi dopo che sono state escluse patologie fisiche oppure quando la risposta del soggetto alla patologia fisica è insolitamente intensa.
- Un rapporto di fiducia e sostegno con un medico può aiutare, così come la psicoterapia, in particolar modo la terapia cognitivo-comportamentale.

**I disturbi dell'umore** sono un insieme di patologie tra loro piuttosto differenti, ognuna delle quali è caratterizzata da alcuni sintomi specifici. Ciò che però li caratterizza tutti è l'alterazione patologica del **tono dell'umore** che crea marcato disagio psicologico oltre a problematiche nel funzionamento sociale e relazionale. Le alterazioni del tono dell'umore sono principalmente:

- la **depressione** caratterizzata da tristezza, calo della spinta vitale e ideazioni negative.
- la **mania** caratterizzata da eccessiva euforia, logorrea, aumento della velocità del pensiero fino a sfociare in sintomi psicotici come deliri.
- l'**umore misto** caratterizzato dalla presenza di sintomi depressivi e sintomi maniacali in concomitanza detto anche "**umore disforico**"



*Per poter parlare di disturbi dell'umore è necessario che l'alterazione sia duratura nel tempo (almeno due anni) e che interferisca sulle normali funzioni sociali e lavorative della persona. La cura dei disturbi dell'umore, come depressione o disturbo bipolare, prevede in genere trattamenti farmacologici e non farmacologici. In alcuni casi risulta necessario un ricovero ospedaliero.*

*La frequenza con cui si manifestano i **disturbi dell'umore** nella popolazione generale è **molto alta** rispetto ad altre patologie o disturbi psichiatrici. IL **DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE** È IL **DISTURBO DELL'UMORE** più conosciuto e maggiormente diffuso. Secondo molti studi è il disturbo con **il più alto trend di crescita** soprattutto nella cultura occidentale. Secondo i dati dell'**NCS-R** - National Comorbidity Survey (NCS)- nel mondo occidentale la probabilità di sviluppare un disturbo depressivo nell'arco della vita si aggira **INTORNO AL 17%**.*

*Nel mondo, l'incidenza dei **disturbi dell'umore** è seconda solamente ai disturbi d'ansia e colpisce quindi una larga parte della popolazione mondiale. In Italia, secondo gli studi del **European Study on the Epidemiology of Mental Disorders**, la PREVALENZA DI DEPRESSIONE MAGGIORE E DISTIMIA NELL'ARCO DELLA VITA È DELL'**11,2%**. E' quindi relativamente frequente nel corso della vita sviluppare un **disturbo dell'umore**. E' altresì probabile che alcuni cambiamenti della società occidentale possano favorire una maggiore diffusione di questi disturbi.*

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) o disturbi dell'alimentazione sono patologie caratterizzate da una alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e per le forme del corpo. Insorgono prevalentemente durante l'adolescenza e colpiscono soprattutto il sesso femminile. I comportamenti tipici di un disturbo dell'alimentazione sono: la diminuzione dell'introito di cibo, il digiuno, le crisi bulimiche (ingerire una notevole quantità di cibo in un breve lasso di tempo), il vomito per controllare il peso, l'uso di anoressizzanti, lassativi o diuretici allo scopo di controllare il peso, un'intensa attività fisica. I principali disturbi dell'alimentazione sono l'[anoressia nervosa](#), la [bulimia nervosa](#) e il [disturbo da alimentazione incontrollata](#) (o binge eating disorder, BED); i manuali diagnostici, inoltre, descrivono anche altri disturbi correlati, come i [disturbi della nutrizione](#) (feeding disorders) e i [disturbi alimentari sottosoglia](#), categoria utilizzata per descrivere quei pazienti che pur avendo un disturbo alimentare clinicamente significativo, non soddisfano i criteri per una diagnosi piena.

Secondo la Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare ([SISDCA](#)), in Italia [colpiscono](#) ogni anno 8.500 persone. Otto-nove donne su 100.000 [si ammalano](#) di **anoressia** e 12 di **bulimia**. Tra gli uomini i nuovi casi di anoressia sono 0,02-1,4 ogni 100.000 persone e i casi di bulimia sono circa 0,8.

La fascia compresa tra i 15 e i 19 anni è tradizionalmente quella più a rischio, ma negli ultimi anni l'età in cui compaiono i primi disturbi si sta abbassando. Sono sempre più numerosi casi di **bambini** che soffrono di anoressia o bulimia già intorno agli 8-9 anni ma anche i casi che riguardano gli adulti over 40.

L'ansia è una normale risposta a un pericolo oppure a uno stress psicologico. L'ansia di tipo normale ha le sue radici nella paura ed è importante perché è funzionale alla sopravvivenza. Quando sta affrontando un pericolo, l'ansia induce la risposta di attacco o di fuga. In associazione a tale risposta, si verificano diversi cambiamenti fisici, come l'aumento del flusso ematico al cuore e ai muscoli, che forniscono l'energia e la forza necessaria per far fronte alla condizione di pericolo, come la fuga da un animale aggressivo o dall'attacco di un aggressore.

Tuttavia, l'ansia è considerata un disturbo quando

- si manifesta in momenti inappropriati
- si manifesta spesso
- è talmente intensa e duratura da interferire con le normali attività di una persona



Il disturbo d'ansia è più frequente rispetto ad altre tipologie di malattia mentale e interessa circa il 15% degli adulti negli Stati Uniti. Un'ansia significativa può persistere per anni e iniziare ad essere percepita come normale dal soggetto ansioso. Per questo e altri motivi, i disturbi d'ansia spesso non vengono diagnosticati o trattati.

I disturbi d'ansia comprendono

- Disturbo d'ansia generalizzato
- Attacchi di panico e disturbo da panico
- Disturbi fobici specifici

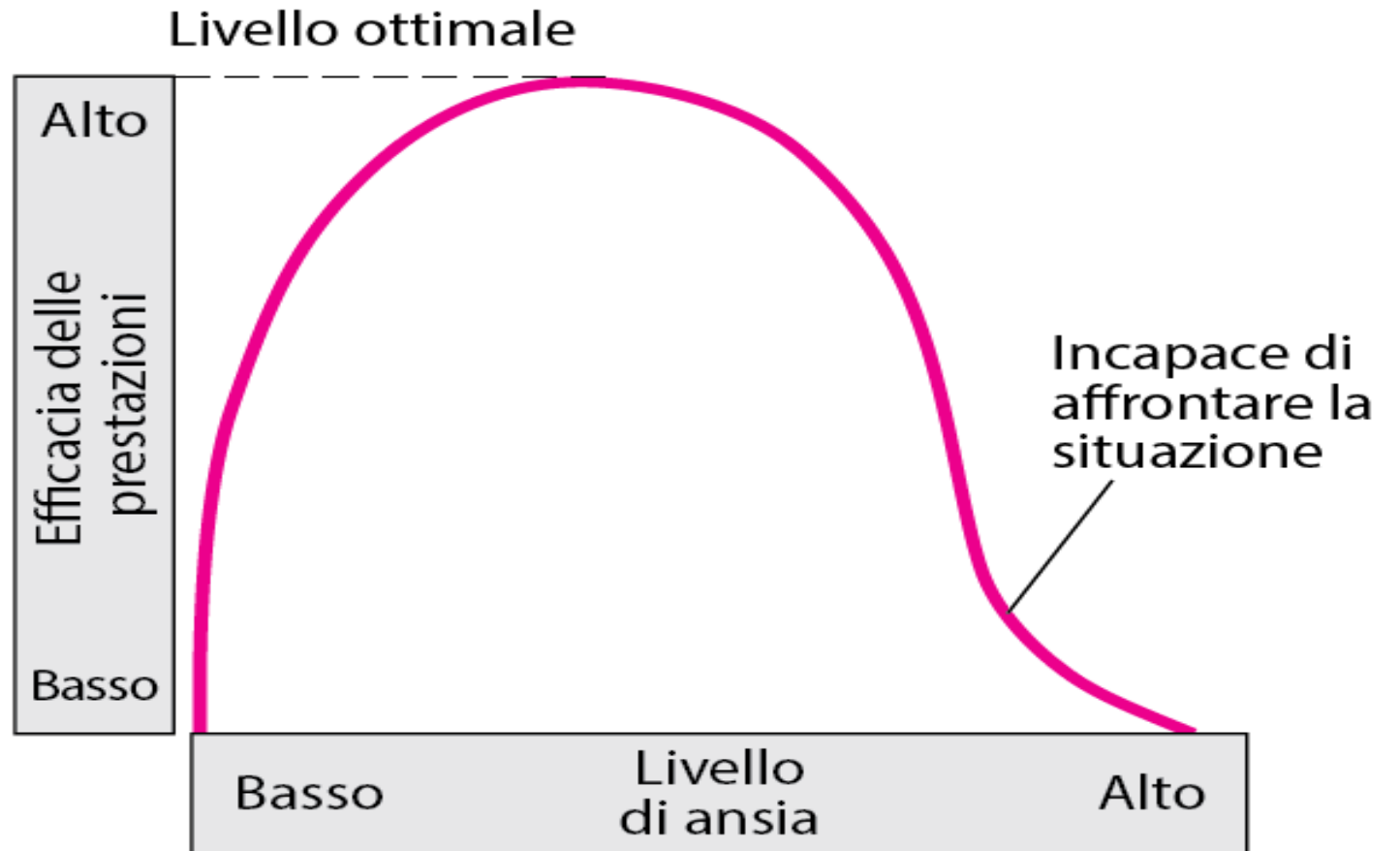
L'ansia può anche essere causata da una patologia medica generica oppure dall'uso o dalla sospensione (astinenza) di una sostanza psicoattiva. Le patologie fisiche generiche che possono indurre ansia sono le seguenti:

- **Cardiopatie**, come l'[insufficienza cardiaca](#) e le [alterazioni del ritmo cardiaco](#) (aritmie)
- **Patologie ormonali** (endocrine), come una ghiandola surrenale iperattiva ([iperadrenocorticocismo](#)), una tiroide iperattiva ([ipertiroidismo](#)) oppure un tumore che secreta ormoni, detto [feocromocitoma](#)
- **Patologie polmonari (respiratorie)**, come l'[asma](#) e la [broncopneumopatia cronica ostruttiva](#) (BPCO)

La sofferenza mentale che insorge immediatamente o poco dopo aver vissuto un evento particolarmente traumatico non è più classificata come disturbo ansioso. Questi disturbi ormai sono classificati come disturbi da trauma e da stress e comprendono il disturbo acuto da stress (ASD) e il disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

I disturbi da trauma e da stress e comprendono il disturbo acuto da stress (ASD) e il disturbo post-traumatico da stress (DPTS).

Gli effetti dell'ansia sulle prestazioni possono essere rappresentati da una curva. Quando il livello d'ansia aumenta, l'efficienza prestazionale aumenta proporzionalmente, ma solo fino a un certo punto. Se l'ansia aumenta ulteriormente, le prestazioni si riducono. Prima del picco della curva, l'ansia è considerata adattativa, perché aiuta il soggetto a prepararsi per una crisi e migliora la condizione fisica. Superato il picco della curva, l'ansia è considerata non adattativa, perché causa problemi e compromette la condizione fisica.



**I disturbi dell'umore diventeranno la seconda malattia più diffusa dopo le patologie cardiovascolari.** Il campanello d'allarme, lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), preoccupa non poco **il mondo della disabilità** dove i disturbi della sfera mentale hanno **un'incidenza da 5 a 7 volte superiore** rispetto alla popolazione generale. E, come sempre, i più deboli, fra tutti le persone con disabilità, sono i più a rischio.

# SALUTE MENTALE E DISTURBI MENTALI: CAUSE SCATENANTI E CONSEGUENZE

A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali.

- situazioni di povertà
- le persone affette da malattie croniche
- i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati
- gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive

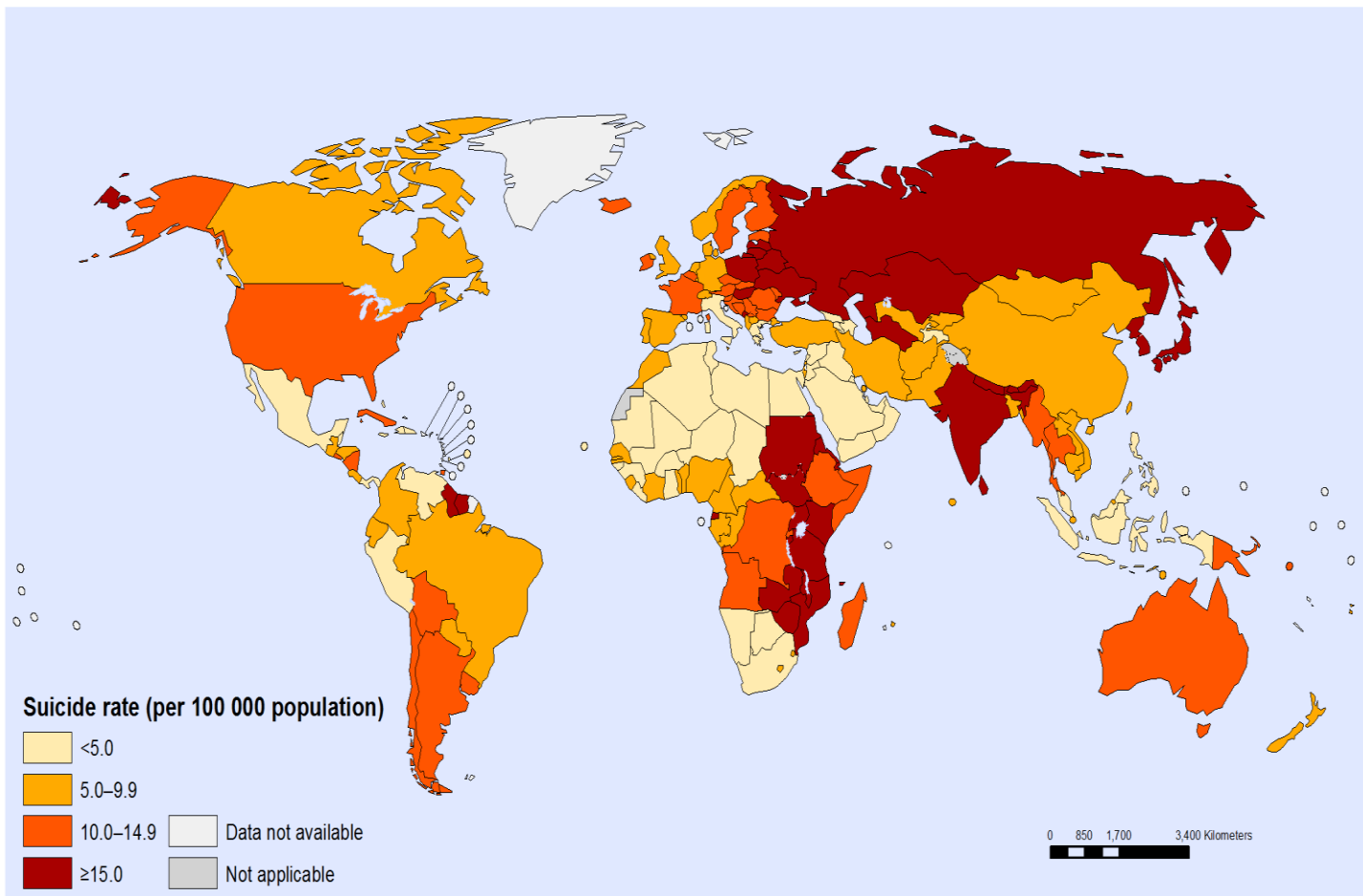
- le minoranze
- le popolazioni indigene
- le persone anziane
- le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani
- i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie.

## L'AUTOLESIONISMO E/O IL SUICIDIO

Si evince che l'autolesionismo e/o il suicidio sono due modi di esprimere il disagio adolescenziale che negli ultimi anni ha avuto un aumento costante e che tali strumenti possono essere un valido supporto ai sanitari, per formulare concrete strategie di valutazione e prevenzione del rischio di autolesionismo/suicidio negli adolescenti (Stone D. 2017).

- Esistono quindi due differenti categorie diagnostiche: l'autolesionismo non suicidario (ANS) ed il tentativo di suicidio (TS) come stabilisce il nuovo DSMV-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association 2013).
- Cause: fattori socio-ambientali, culturali e sociali, psicologici e relazionali, educativo-affettivi (Favazzara A.R. e Rosenthal R.J. 1993) (Khemiri I. et al. 2016), le problematiche alimentari e l'abuso di alcol o di sostanze (Murray et al. 2011) (Cerutti R. et al. 2011).
- Secondo la World Health Organisation (WHO) il suicidio e la morte accidentale da autolesionismo sono la terza causa di mortalità con una stima di 67000 morti (WHO 2015).

## Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2012



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Health Statistics and  
Information Systems (HSI)  
World Health Organization



© WHO 2014. All rights reserved.

Ogni 40 secondi una persona si suicida nel mondo

- Ogni anno 800mila persone muoiono a causa di un suicidio. Il suicidio è la seconda causa di morte tra le persone che hanno tra i 15 e i 29 anni.
- Ci sono casi di suicidio in tutti i paesi del mondo e il suicidio è la quindicesima causa di morte.
- Ma il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali.

Secondo il [rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità \(Oms\)](#)

Un'indagine condotta dalla Società Italiana di Pediatria (Società Italiana di Pediatria 2017), ha evidenziato che 8 adolescenti su 10 hanno sperimentato disagio emotivo e il 15% episodi di autolesionismo. Nonostante sia un problema frequente, se ne parla poco e spesso non si è a conoscenza del vero significato che tale comportamento può avere per il soggetto che lo compie. Di conseguenza, anche la valutazione del rischio, la prevenzione e le cure sanitarie che vengono fornite ai pazienti possono non essere sufficientemente tempestive e mirate (McHale J., Felton A. 2011).

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI AUTOLESIONISMO E/O SUICIDIO TRA UNA POPOLAZIONE DI ADOLESCENTI: REVISIONE DELLA LETTERATURA  
RIVISTA L'INFERMIERE N° 4 - 2020**

- Antonino Calabrò *Infermiere SPDC ASL Biella*
- Giulia Valente *Infermiera Libero Professionista ASL Biella*
- Lorenzo Bardone *Infermiere coordinatore infermiere, ASL Biella*
- Federica Ilari *Infermiere coordinatore infermiere, ASL Biella*
- Roberto Lupo *Infermiere, ASL Lecce*

**ANCORA FORTI GAP IN LETTERATURA...**



## PREVENZIONE ED INTERVENTI

In Italia (Regione Piemonte 2014), la presenza di alcune strutture come centri di salute mentale (CSM), la Neuropsichiatria Infantile, la Rete di Assistenza Psicologica, il Servizio alle Dipendenze, il Consultorio Giovani e il Consultorio Familiare garantisce prevenzione in ambito scolastico e sociale.

Tali strutture, nelle loro componenti istituzionali, possono creare le condizioni perché si possano attuare politiche mirate ad affrontare ed individuare interventi legislativi, strutturali ed economici efficaci per contrastare il rischio di autolesionismo.

Anche l'infermiere come parte integrante di questa rete e figura professionale che si occupa di prevenzione e cura, deve essere formato in modo specifico per affiancare al meglio questi giovani pazienti. In Italia pochi sono gli studi condotti in tal senso.

La persona con disabilità psichica viene paradossalmente presa in considerazione proprio in funzione della sua patologia e quindi reputata oggetto di terapia ed assistenza. Sembra cioè esistere in quanto “malato” e non come persona con proprie capacità e potenzialità residue.

Fortunatamente la rivoluzione attuata da Basaglia nel 1978 ha modificato drasticamente l’approccio ed i protocolli per il recupero delle persone caratterizzate da disabilità psichica.

## EVOLUZIONE STORICA DELL'INFERMIERE IN SALUTE MENTALE

l'infermiere psichiatrico nella sua connotazione strettamente assistenziale non è stato riconosciuto fino a quando Linda Richards ha aperto una scuola nel 1882 specificamente orientata verso la formazione infermieristica in cure psichiatriche.



In Italia il regio decreto del 16 agosto 1909 n.615 (nasce come Regolamento dei manicomi ed è il primo “testo unico” delle varie legislazioni frammentarie) sancisce che il personale infermieristico era deputato soprattutto alla vigilanza.

## REQUISITI CULTURALI PER L'ACCESSO

- Saper leggere e scrivere (per tenere aggiornati appositi registri di vigilanza)
- Avere una buona costituzione fisica riconosciuta con apposita visita medica
- Aver serbato una buona condotta morale e civile, aver compiuto 21 anni se maschi e 18 se femmine
- Avere la residenza nei pressi del manicomio (la norma poneva l'obbligo continua di reperibilità)

Trattandosi di personalmente pericolose per se e per gli altri, nei reparti del manicomio non doveva avvenire alcun incidente altrimenti l'incriminazione del personale di turno era pressochè automatica . L'art recitava (... gli infermieri rispondono dei malati loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati per il lavoro..)

## REQUISITI CULTURALI PER L'ACCESSO

### REGIO DECRETO DEL 16 AGOSTO 1909 N.615

**L'art 34** responsabilizzava automaticamente gli infermieri nella sorveglianza dei degenti. Erano considerate persone ufficialmente etichettate come pericolose per sé e per gli altri, nei reparti del manicomio non doveva avvenire alcun incidente , altrimenti l'incriminazione del personale di turno era automatica. Rispondevano dei malati loro affidati e della custodia degli strumenti impiegati per il lavoro. Il decreto distingueva gli infermieri *tout court dai sorveglianti (infermieri che con almeno tre anni di servizio e nominati dal direttore del manicomio erano proposti al controllo e alla verifica del lavoro svolto dai sorveglianti (attuali coordinatori).*

## REQUISITI CULTURALI PER L'ACCESSO

Gestire la pericolosità del paziente era uno dei primi compiti dell'infermiere, tant'è che sino ad una certa epoca era uno dei primi compiti dell'infermiere era l'altezza. Per le donne , il requisito di base che veniva richiesto alle donne era quello di non essere sposate.

Il rapporto di lavoro diventava a tempo indeterminato solo dopo due anni in prova e venivano valutati in base alla verifica dell'attenzione . La maggior parte di queste norme furono abrogate solo nel 1980 (art 3, 1.3 giugno 1980, n.243)

Totale disinteresse da parte del legislatore per la professione infermieristica



## Requisiti culturali per l'accesso

I compiti principali ai quali l'infermiere era chiamato ad operare erano le seguenti

- **Idroterapia**
- **Elettroshock**
- **Psicochirurgia**
- **Contenzione**
- **Piretoterapia**
- **Ergoterapia**

**Ergoterapia** ( riportava dentro le mura manicomiali, oltre all'ordine e alla divisione del lavoro, la logica del dovere, della produttività e della retribuzione. I pazienti lavoravano regolarmente all'aria aperta e in modo continuativo per tutte le stagioni)

**Piretoterapia** (solo in alcuni ospedali)  
La **piretoterapia** o **piroterapia** è un protocollo terapeutico, ormai caduto in disuso, basato sull'induzione di [febbre](#) con lo scopo di trattare una [malattia](#). I procedimenti si basavano sull'[inoculo](#) di [microrganismi](#) viventi o uccisi, di sostanze chimiche o di derivazione [batterica](#) e su metodiche elettrofisiche)



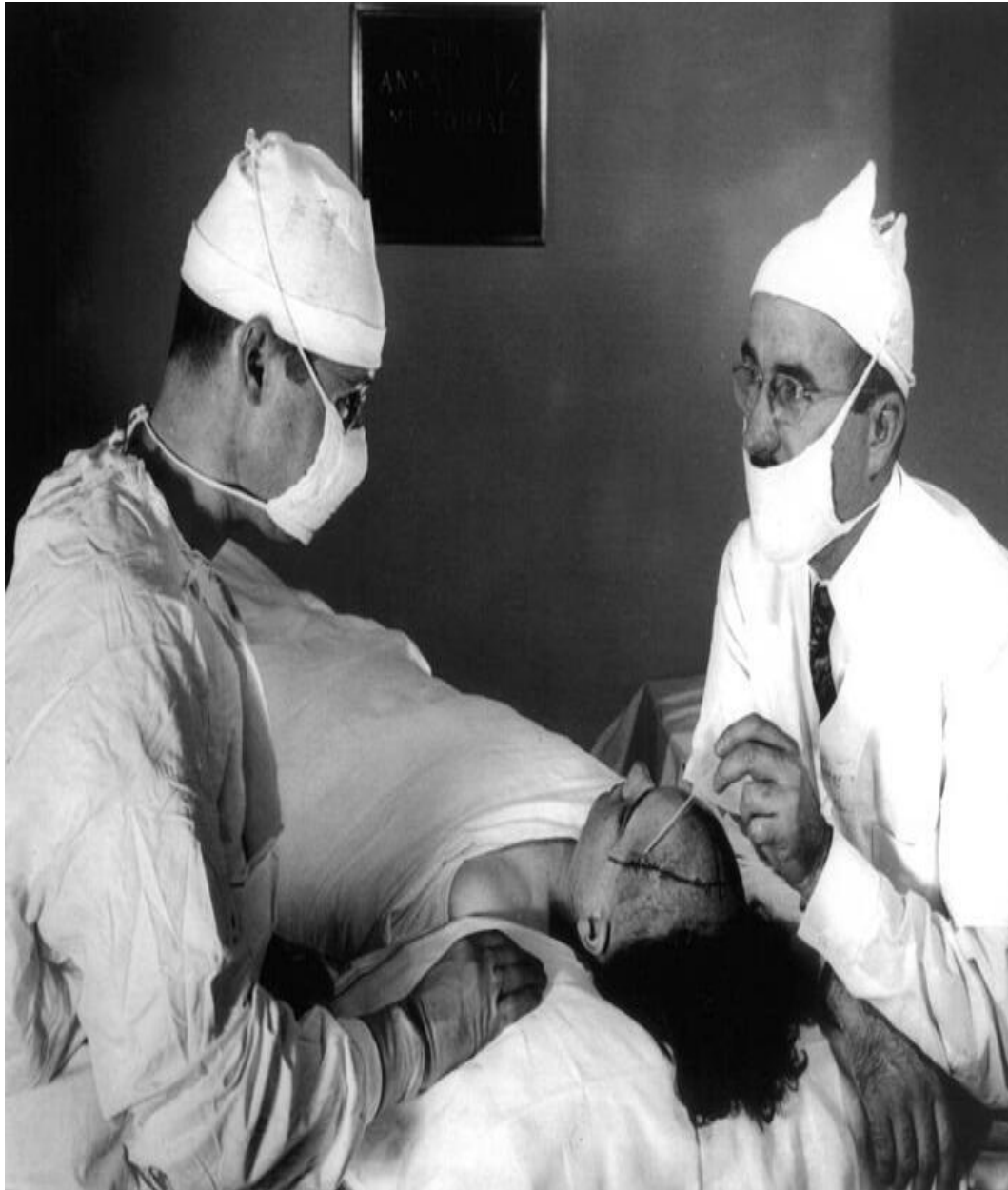
In [psichiatria](#) la **terapia elettroconvulsivante (TEC)**, comunemente nota come **elettroshock**, è una tecnica [terapeutica](#) basata sull'induzione di [convulsioni](#) nel paziente successivamente al passaggio di una [corrente elettrica](#) attraverso il [cervello](#). La terapia fu sviluppata e introdotta negli [anni trenta](#) dai [neurologi](#) italiani [Ugo Cerletti](#) e [Lucio Bini](#).



## IDROTERAPIA

L'idroterapia, usata agli inizi del secolo XX, era un poco meno piacevole di quella usata oggi. I trattamenti con acqua venivano usati per i casi più vari, il più frequente era costituito **dall'uso dei getti d'acqua ad alta pressione per calmare i pazienti agitati e per curare l'isteria.** Un'altra atroce abitudine era quella di avvolgere le **persone in asciugamani gelati o lasciarle semplicemente a riposare in una vasca per ore o addirittura giorni.** I dottori più compassionevoli prescrivevano bagni in acqua calda a pazienti iperattivi o docce fredde a pazienti letargici o depressi.





**Psicochirurgia** Il complesso degli interventi chirurgici praticati sul cervello a scopo terapeutico: modificare l'andamento di alcune malattie mentali, attenuare le sofferenze indotte da alcune sindromi ossessive, migliorare il comportamento antisociale di determinati psicopatici impulsivi.

**Contenzione** Mantenimento nella sede normale di un organo o di un osso fratturato che sta fuoriuscendo || mezzi di c., quelli un tempo usati negli ospedali psichiatrici per l'immobilizzazione forzata dei malati (letto di c., camicia di forza ecc.)

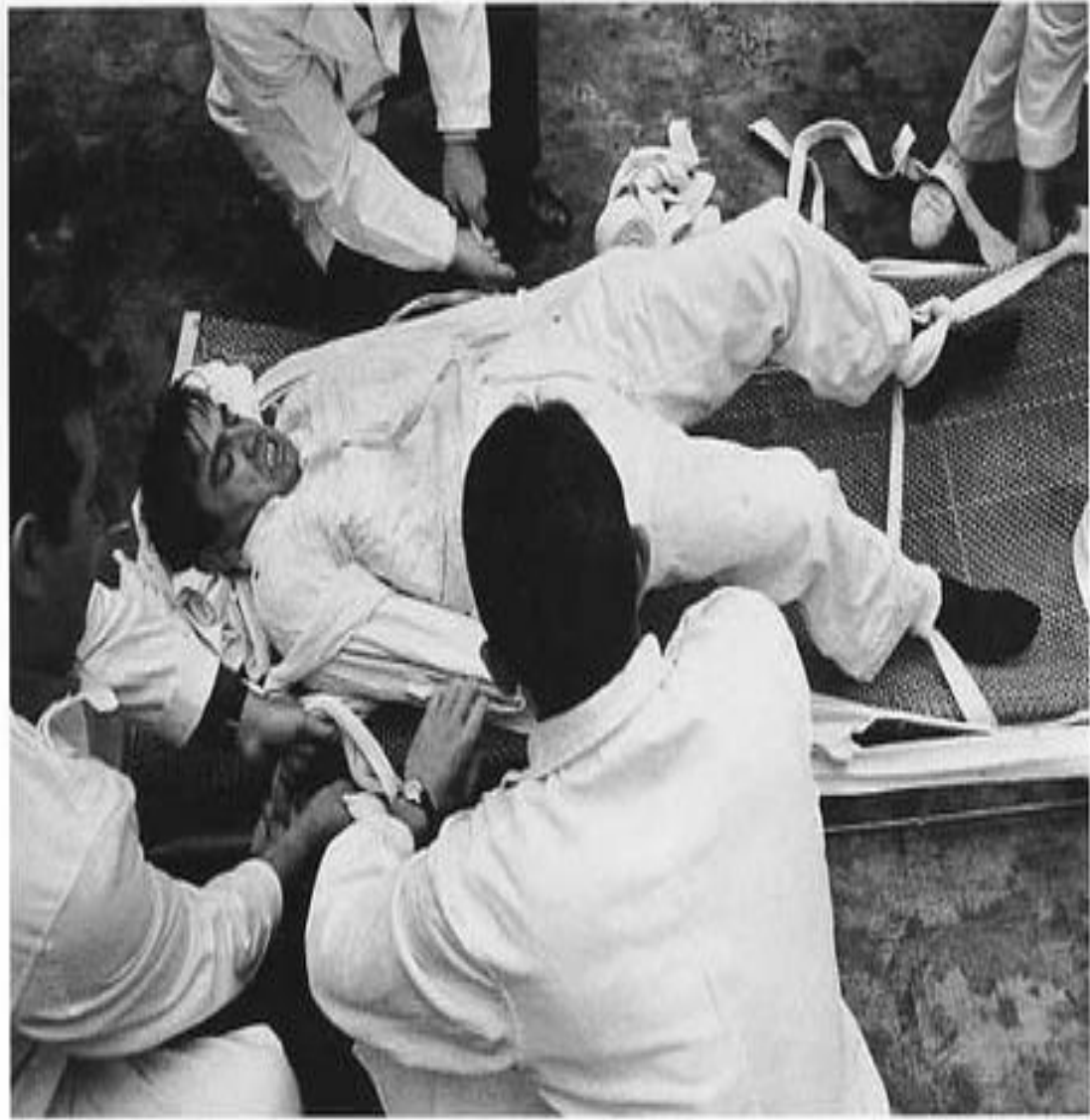


# LA CONTENZIONE



## Evoluzione storica del fenomeno

È un fenomeno recente, seppur le variegate e policrome misure contenitive siano presenti nel panorama medico e assistenziale da tanti anni. Lo strumento ha da sempre accompagnato l'universo psichiatrico: ne vediamo rappresentazione già nell'arte romana e greca, raffiguranti luoghi di cura e assistenza. Della contenzione parla Celso, Celio Aureliano, è rivisitata da Alessandro di Tralles fino al manicomio di Costantinopoli all'inizio del 500.



G.B.G.



# Evoluzione storica del fenomeno

La contenzione in psichiatria è sempre esistita e continua ad esistere, ma al contempo viene **celata**. Uno strumento inevitabile del quale non piace parlare tanto il cui scopo è quello di **controllare, limitare, ridurre, escludere i movimenti di una persona e comunque condizionarne il comportamento**. Le tecniche di contenzione nascono nel settore chirurgico e vengono estese alla psichiatria solo dopo la riforma patrocinata da Philippe Pinel e dalla sua scuola.



## EVOLUZIONE DEL FENOMENO

L'atto di Pinel nel 1793 da origine ad una nuova visione della scienza psichiatrica: libera i pazienti da catene e confina i pazienti in una nuova dimensione: il manicomio, luogo di cura e studio della malattia psichiatrica. Appaiono nuovi strumenti di contenzione, camicia di forza, ferma testa, casco del silenzio, cintura di protezione, guanto senza dita, manette, letto di contenzione. *Fino agli anni 50 il modo più semplice per controllare i malati mentali era quello di immobilizzarli in modo da contenerne la pericolosità, quando poi camicie e lacci risultavano inefficaci si procedeva al loro isolamento. I pazienti venivano spogliati per evitare che si auto ledessero con i vestiti e confinati in piccole stanze.*

La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere.“



## EVOLUZIONE STORICA DEL FENOMENO

La riforma Basaglia, abrogando le leggi in materia di assistenza manicomiale, ha in qualche modo messo «in soffitta» la contenzione, ma al tempo stesso non ne ha impedito la ricomparsa. Infatti, se è vero che nella legislazione in vigore non vi è alcun cenno specifico ad essa, neppure vi è un espresso divieto, e quindi la si può ancora applicare, purché ricorrano determinati presupposti

## EVOLUZIONE STORICA DEL FENOMENO

«Non è importante tanto il fatto che in futuro ci siano o meno manicomi e cliniche chiuse, è importante che noi adesso abbiamo provato che si può fare diversamente, ora sappiamo che c'è un altro modo di affrontare la questione; anche senza la costrizione»

(Franco Basaglia)

Basaglia diceva che la libertà era terapeutica, la vera cura era restituire al paziente un livello accettabile di umanità perduta.

Con **Legge Basaglia** si intende la [legge italiana](#) numero 180 del 13 maggio [1978](#), "*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*".

Alla legge ci si riferisce comunemente con l'associazione al nome di [Franco Basaglia](#) ([psichiatra](#) e promotore della riforma psichiatrica in Italia).

## La Contenzione

Assenza di presupposti di legittimità e reati ipotizzabili

**La contenzione** non rappresenta un'attività di per sé illecita; tuttavia è necessario che il ricorso ad essa sia assistito **da specifiche ragioni e avvenga entro limiti ben precisi**, in quanto trattasi di un trattamento sanitario non assistito da valido consenso del paziente, poiché incapace di prestarlo.

In mancanza dei presupposti che autorizzano il ricorso a procedure coercitive, la contenzione diviene perciò condotta penalmente rilevante, integrando diverse figure di reato.

Costituisce, inoltre, violenza personale penalmente rilevante ***ex art. 610 c.p. qualunque compressione della libertà di movimento, pur in assenza di contatto fisico tra l'agente e la vittima.***

**Il legare le mani e i piedi al letto d'ospedale, l'incatenamento, costituiscono ipotesi paradigmatiche di sequestro di persona, qualora mantenute per un tempo apprezzabile, punite dall'art. 605 c.p., in quanto estinguono, annullano, sopprimono la libertà personale.**

**Quanto può durare la contenzione?**

## DURATA DELLA CONTENZIONE – EVIDENZE SCIENTIFICHE

- In uno studio è stato individuato che il tempo di contenzione varia in un range compreso tra 1 e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni
- In un altro studio, invece, che il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) risulta contenuto per circa **10 ore durante il giorno**
- nei servizi ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore è maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%)

Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. Superare la contenzione: Si può fare. I quaderni dell'infermiere. Luglio 2009(25/07/2015).

De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T, European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of european hospitals and nursing homes. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(9):M922-3

## CHI PUÒ DISPORRE LA CONTENZIONE?

La stessa, deve essere praticata con **l'indicazione in cartella clinica delle motivazioni** che la sorreggono, della **durata del trattamento**, e delle **modalità di intervento**.

Le linee guida statunitensi del Department of Health and Human Services stabiliscono che l'uso di tali pratiche non possa superare **le dodici ore consecutive**, salvo lo richiedano specifiche condizioni del paziente

- **Una sorveglianza almeno ogni trenta minuti**
- **Una valutazione ogni tre-quattro ore dall'eventuale insorgenza di eventi dannosi**
- **La garanzia della libertà di movimento per almeno dieci minuti ogni due ore con esclusione della notte**
- **L'impiego di una scheda ove registrare gli esiti delle operazioni effettuate e gli interventi adottati**



## CASO CLINICO

Il caso di Francesco Mastrogiovanni, il maestro elementare morto il 4 agosto del 2009, all'età di 58 anni, in seguito al ricovero in Spdc con trattamento sanitario obbligatorio poiché in stato di "agitazione psicomotoria, alterazione comportamentale ed eteroaggressività".

**Diagnosi d'ingresso: "disturbo schizoaffettivo e dipendenza da cannabinoidi".**

**Il paziente è stato sedato farmacologicamente ed in seguito anche in modo meccanico mediante "fasce di contenzione ai piedi ed alle mani, senza alcuna interruzione e senza che venisse mai slegato per più di tre giorni, senza effettuare alcuna visita di controllo sulle ferite che egli aveva riportato agli arti e al corpo a causa della contenzione e senza curare le predette ferite, senza dargli né cibo e né acqua, ma solo idratandolo con delle flebo".** La morte del paziente rappresenta l'epilogo di una pratica contenitiva realizzata in aperto contrasto con linee guida internazionali e nazionali. **La vittima viene innanzitutto, sottoposta a contenzione meccanica non per finalità terapeutiche, ma per effettuare un atto d'indagine richiesto dalle forze dell'ordine, nella specie per espletare il prelievo delle urine, al fine di accertare l'eventuale presenza di sostanze stupefacenti.** Il paziente, che fino a quel momento non aveva manifestato alcuna forma di violenza o aggressività verbale è sedato ininterrottamente e viene legato al letto per l'intera durata del ricovero, in assenza di alcun manovra di *de-escalation dell'aggressività per liberarlo dalla coercizione.*



*Gli operatori della struttura non praticano alcuna medicazione per la cura delle escoriazioni al polso, successive allo strofinio delle fascette di contenzione sulla pelle. Viene, altresì, alimentato mediante soluzioni fisiologiche, senza alcun tentativo di alimentazione per via orale, eccetto una sola volta all'ingresso nell'ospedale.*

*Le condizioni cliniche del paziente, per di più, non vengono adeguatamente monitorate, tanto è vero che i sanitari si accorgono dell'exitus solamente dopo diverse ore.*

*Questi ultimi, inoltre, non annotano la procedura contenitiva in cartella clinica né nel registro delle contenzioni, di cui il reparto era tra l'altro sprovvisto e, ancora, non ne danno comunicazione ai familiari, impedendo così loro di visitare il parente*

*Non pare, dunque, sussistano dubbi sulla contestazione del delitto di sequestro di persona nel caso di specie. Come emerge del resto dalla motivazione della sentenza, la giurisprudenza ritiene che il delitto di cui all'art. 605 c.p. sussista non soltanto quando il soggetto venga privato della libertà di movimento nello spazio, ma anche quando sia sottoposto a misure coercitive sul corpo, come nel caso di specie, poiché in questo caso le stesse «di per sé ed obiettivamente sottraggono l'essere fisico alle relazioni spaziali, intercludendolo»*

Per i Giudici la contenzione è atto medico, in questo caso assolutamente non giustificato, da qui la condanna dei medici per sequestro di persona. Durante lo svolgimento del processo non è stato possibile dimostrare con certezza la penale responsabilità degli infermieri con conseguente insussistenza della loro colpevolezza. Questo perché il quadro che emerge dagli atti dipinge una situazione di totale assenza di identità professionale con un'abnegazione assoluta degli infermieri nei confronti dei medici. Un infermiere in corso di interrogatorio afferma "in effetti, io se dipendeva da me l'avrei anche fatto (slegarlo), però siccome i primi anni che sono venuto a Vallo qualche volta di mia iniziativa ho slegato un paziente e sono stato richiamato verbalmente.... Il medico mi ha detto di no".

Il Tribunale in prima istanza assolve gli infermieri dagli stessi reati facendo operare a loro favore l'esimente dell'art. 51, comma 3, cod.pen. che esclude la responsabilità dell'esecutore di un ordine criminoso quando «per errore di fatto, abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo». Secondo la tesi del giudice, tra medico e infermiere sussisterebbe un rapporto di soggezione a carattere pubblicistico, analogo a quelli cui si riferisce l'art. 51 del codice penale :

Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine

Gli infermieri non hanno una cartella infermieristica, la pianificazione assistenziale è pura fantascienza, non è rinvenibile alcun atteggiamento critico nei confronti della situazione del paziente. Il medico ha ordinato l'applicazione dei dispositivi di contenzione, loro li hanno applicati. Il medico non ha ordinato di rimuoverli e loro non li hanno rimossi. Il tutto in capo alla norma di giustificazione, scriminante, prevista dall'articolo 51 c.p. sull'adempimento del dovere dovuto a un ordine del superiore. Il medico è gerarchicamente superiore all'infermiere? La risposta appare ovvia: no.

L'unico responsabile dell'assistenza infermieristica è l'infermiere. Il medico è titolare del processo diagnostico e terapeutico, con tutto quello che questo comporta, ma l'assistenza infermieristica, la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, non fanno capo al medico, ma solo all'infermiere, che deve, ma in questo caso è necessario dire 'dovrebbe', esserne l'unico e ineludibile responsabile. Questi infermieri, invece, poiché si autoumiliano, azzerandosi professionalmente, adducendo di aver solo ubbidito ad un ordine medico, non documentando il processo di assistenza infermieristica perché non attuato, nascondendosi dietro la mancanza di formazione nei confronti del tema contenzione, vengono assolti. Accanirsi sembra inutile, si resta sbigottiti, chiedersi come sia possibile non prestare cure a una persona legata e abbandonata senza chiedersi il perché, senza immaginare che sta andando in contro a morte certa, è già umanamente inspiegabile. Domandarsi come possa farlo un infermiere, oltretutto nel pieno esercizio lavorativo, va davvero oltre ogni ragione

Un paziente sottoposto a contenzione perché ritenuto dai sanitari aggressivo, seppur tali accuse non avessero trovato riscontro nelle immagini del sistema di controllo interno. Il paziente, al di là di ogni logica, viene contenuto e cateterizzato, e dopo essere stato abbandonato a sé stesso, senza venire alimentato e idratato, all'interno di un reparto sprovvisto di aria condizionata, nel mese di agosto, muore, a distanza di ottanta ore dal ricovero. All'esito dell'esame autoptico i consulenti individuavano la causa della morte del Mastrogiovanni in un edema polmonare acuto, diretta conseguenza delle modalità con cui è stata effettuata la contenzione fisica. Si specifica inoltre che la mancata nutrizione e l'omessa introduzione di liquidi (se si eccettuano la soluzione fisiologica e glucosata) avevano cagionato una disidratazione che "unitamente al prolungato blocco dei muscoli respiratori, allo stato di agitazione (rilascio di catecolamine), all'uso di farmaci antipsicotici hanno causato l'edema polmonare acuto riscontrato all'esame autoptico e confermato all'esame istologico".

**Si tratta di un'illegitima privazione della libertà personale. Inoltre è necessario annotare la contenzione nella cartella clinica che «dev'essere redatta chiaramente con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica, e contenere, oltre ogni dato obiettivo relativo al decorso della patologia, tutte le attività diagnostiche terapeutiche ed assistenziali praticate», perché l'omessa annotazione dà «luogo ad una falsa rappresentazione di una realtà giuridicamente rilevante».**

È quanto ha stabilito la V Sezione della Corte di Cassazione, presieduta dal Consigliere Dr. Maurizio Fumo, nelle motivazioni del 20 giugno 2018 nella sentenza n. 50497 contro i sei medici e gli undici infermieri dell'ospedale-lager «San Luca» di Vallo della Lucania (Sa), responsabili della prematura morte di Francesco Mastrogiovanni, il maestro elementare anarchico, deceduto in seguito ad una lunga, illegittima e ininterrotta contenzione di 87 ore, tenuto legato senza alcuna ragione contemporaneamente ai quattro arti in un luogo di cura, senza alleviare la sofferenza né con un sorso d'acqua e né un pezzo di pane.



Oltre ai medici sono stati condannati anche gli undici infermieri, i quali, come i medici, hanno l'obbligo di «proteggere» il paziente e di segnalare all'autorità competente maltrattamenti o privazioni, soprattutto della libertà personale, insieme all'obbligo di «attivarsi per far cessare la coercizione» in quanto sono «più frequentemente a contatto con il paziente ed in grado di constatare da vicino le sofferenze che la limitazione meccanica gli cagionava».

In primo grado i medici erano stati condannati a pene variabili da due a quattro anni di reclusione e gli infermieri assolti, poi condannati dalla Corte d'Appello di Salerno.

## Tipologie di contenzione

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione

- **Contenzione fisica:** si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell' ambiente, che riducono o controllano i movimenti
- **Contenzione chimica:** si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi
- **Contenzione ambientale:** comprende i cambiamenti apportati all' ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti
- **Contenzione psicologica o relazionale o emotiva,** con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l' "aggressività del soggetto perché si sente rassicurato

## **CONTENZIONE FISICA E MECCANICA**

Per contenzione fisica o mezzo fisico si intende qualsiasi apparecchiatura, dispositivo o materiale fissato o posto vicino, al corpo e che non può essere controllato o rimosso facilmente dalla persona e che quindi previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona stessa al proprio corpo. I mezzi di contenzione fisica si classificano in :

### **MEZZI DI CONTENZIONE PER IL LETTO (SPONDINE)**

SISTEMI DI POSTURA UTILIZZATI A FINI DI  
CONTENZIONE ( CUSCINI ANATOMICI)

MEZZI DI CONTENZIONE PER LA SEDIA (CORPETTO)

MEZZI DI CONTENZIONE PER I SEGMENTI CORPOREI (POLSIERE, CAVIGLIERE)

I soggetti a rischio o comunque con maggior probabilità di essere sottoposti a contenzione fisica sono: pazienti con diagnosi psichiatriche, con disturbi cognitivi, allettati, con comportamenti distruttivi o a rischio di caduta, anziani fragili e i malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere da soli attività di vita quotidiane

**È in discussione se l'uso delle spondine debba essere considerato una forma di contenzione fisica**

## CONTENZIONE FARMACOLOGICA

I mezzi farmacologici: sono rappresentati dai cosiddetti psicofarmaci

- benzodiazepine (en, tavor, valium ecc)
- neurolettici di vecchia e nuova generazione (aloperidolo, olanzapina ecc).

Il loro utilizzo come mezzo di contenzione si rende necessario nei disturbi del comportamento in situazioni patologiche e funzionali come stato confusionale acuto, demenza, stato maniacale, disturbo acuto, demenza, disturbo dell'umore, schizofrenia, ritardo mentale e umore, schizofrenia, ritardo mentale e abuso di sostanze

# Il catalogo delle sofferenze

Quando la contenzione diventa una pratica che va al di là del caso limite della morte comporta sempre numerosi, danni potenziali che derivano:

- **Da una errata valutazione**
- **Utilizzo scorretto o prolungato dei mezzi fisici**

## TRAUMI FISICI

- Aumento delle cadute accidentali
- Traumi articolari (distorsione, lussazione) , fratture ossee
- Morte causata da strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica
- Cianosi periferiche ; abrasioni da sfregamento, ematomi da microtraumi
- Dolore articolare

# Il catalogo delle sofferenze

## **Patologie organiche e funzionali**

- Infezioni multiorgano a carico dell'apparato respiratorio
- Riduzione della massa, del tono, forza muscolare
- Aumento dell'osteoporosi
- Lesioni da decubito

## **Disfunzioni psicosociali**

- Umiliazione
- Depressione
- Stress psicofisico
- Paura e sconforto
- Riduzione dell'iniziativa
- Aumento del livello di confusione
- Aumento del senso di dipendenza

## DANNI DIRETTI E INDIRETTI DELLA CONTENZIONE

- danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (per esempio lacerazioni, abrasioni);
- danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).





## DANNI DIRETTI E INDIRETTI DELLA CONTENZIONE

### LESIONI DIRETTE: IN LETTERATURA ESISTONO POCHE INFORMAZIONI SULLA PREVALENZA DI LESIONI CORRELATE ALLA CONTENZIONE FISICA

**LESIONI NERVOSE:** sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, con i polsini di contenzione da applicare ai polsi di pazienti sistemati in letti in cui la testata è elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione determina la risalita con arrotolamento del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale

**LESIONI ISCHEMICHE:** sono causate dalla contrattura ischemica dei muscoli di entrambi le mani a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio

**ASFISSIA:** tanti articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione e l'asfissia.

**MORTE IMPROVVISA:** due articoli descrivono la morte improvvisa in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.

Il 90% delle fratture dello sterno nelle strutture residenziali è causato dal mezzo di contenzione. Alcuni studi presenti in letteratura hanno dimostrato che la contenzione può essere causa diretta di morte perché il soggetto può rimanere incastrato tra il letto e il mezzo di contenzione e venire quindi soffocato.

Sembra inoltre che ci sia una correlazione tra la durata della contenzione e comparsa di danni indiretti in quanto i soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito.

**Pochi studi hanno valutato gli effetti della contenzione sulla sfera psicologica**

## **Rischi**

Aumento del numero delle cadute

Morte per strangolamento, asfissia e traumi

Aumento del rischio di lesioni da decubito, contratture, polmoniti, incontinenza urinaria

## **Benefici**

Non ci sono prove a favore della contenzione sulla riduzione del rischio cadute o di agitazione del soggetto. Sembra che la contenzione abbia dei benefici solo in casi di tentativi suicidari.

## – ASPETTI NORMATIVI E DEONTOLOGICI DELLA CONTENZIONE

Tuttavia, riferimenti giuridici di portata più generale, e riguardanti l'insieme dei trattamenti sanitari, sono contenuti nell'articolo 32 della Costituzione, che recita:

**“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”.**

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, **è ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura**, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

**ALTRETTANTO PUNIBILE È LA MANCATA SEGNALAZIONE**, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (Articolo 33 Codice deontologico dell'infermiere: L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente; articolo 40 del Codice penale: **Non impedire un evento che si ha il dovere di impedire, equivale a cagionarlo**).

**CODICE DENTOLOGICO 2009....**

## **Art 35 – CD 2019**

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.

## Codice penale, deontologico e la contenzione

**Maltrattamenti (art 572 c. p):** chiunque, fuori dai casi indicato maltratta una persona a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza e custodia, o per l'esercizio di una professione o un'arte, è punito con la reclusione da uno a cinque anni

**Lesioni personali (art 581 e 582c.p):** chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale dalla quale deriva una lesione nel corpo o nella mente è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni

# Altre norme di riferimento

**SEQUESTRO DI PERSONA (ART 605 CP):** chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni

**VIOLENZA PRIVATA (ART 610 CP)** chiunque con violenza o minaccia costringe altri a fare , tollerare o omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni

## LA CONTENZIONE È UN PROVVEDIMENTO DI URGENZA?

IL CODICE PENALE, INFATTI, PREVEDE SITUAZIONI NELLE QUALI LA **CONTENZIONE** È GIUSTIFICATA (**ART. 51 C.P. STATO DI NECESSITÀ**)

*I mezzi di contenzione vanno usati solo se strettamente necessari per prevenire rischi gravi per il soggetto in cura e/o per chi lo assiste. L'uso dei mezzi di contenzione va interrotto non appena decadono le condizioni che ne hanno determinato la necessità di utilizzo. Quando si ricorre a mezzi di contenzione bisogna sempre garantire il comfort e la sicurezza del soggetto.*

## L'USO DELLA CONTENZIONE RIDUCE IL RISCHIO DI CADUTE?

*Non ci sono studi che abbiano dimostrato una riduzione del rischio di cadute nei soggetti sottoposti a contenzione (per esempio con le spondine del letto) né un aumento del rischio di cadute nei soggetti non sottoposti a contenzione. Sembra quindi che gli anziani cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto **la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare***



Il **vuoto emozionale** prodotto dalla **contenzione** nel paziente (e con ogni probabilità, in misura ancor maggiore, in chi volente o nolente la pratica) trae potere e forza da uno spazio appositamente architettato per renderlo inoffensivo, mestamente passivo, indolente nei confronti di qualsivoglia stimolo.

## **RISULTATO DELLA CONTENZIONE**

Completo annientamento dell'individualità personale; ecco cosa produce la contenzione: **rende il paziente oggetto della sua malattia**. Il paziente diventa un involucro la cui ragion d'essere è esclusivamente contenere la malattia che lo riempie:

- Perdita del senso del futuro
- Annichilimento di ogni spinta o propulsione personale
- Assenza di ogni progetto, desiderio o ambizione

# Caso clinico

Il primo caso (Sentenza del 17 maggio 2013 n. 21285, Cassazione Penale, sez. IV.) Siamo nell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica dove un uomo in stato di grave agitazione, disorientamento e confusione mentale, muore in seguito a caduta accidentale dal letto di degenza, causata, come afferma la Corte d'appello, dalla mancata apposizione delle sponde al letto del paziente "quale intervento non cruento e non invasivo atto ad evitare o, comunque a diminuire fortemente il rischio di cadute". Questa omissione, sempre secondo i giudicanti, è "connotata da elevatissima negligenza, in violazione di un chiaro obbligo di protezione gravante sul personale infermieristico del nosocomio a salvaguardia del rischio di caduta cui il paziente si trovò concretamente esposto, come comprovato dalle condizioni di disorientamento, di agitazione e di confusione mentale, documentate dal diario infermieristico, a partire dal e ribadite alle ore 6 dello stesso giorno dell'incidente". Il paziente è caduto alle ore 2.30, più di venti ore dopo la prima annotazione di pericolo nel diario infermieristico

## CASO CLINICO

Walter viene ricoverato presso il reparto di pneumologia dell'ospedale (...) in stato di ubriachezza e per presunta crisi asmatica; viene posto su un letto dal quale cade una prima volta; a seguito di ciò gli infermieri M. e P. lo posizionano nuovamente a letto, collocando su un solo lato dello stesso una spondina metallica di contenimento e, in assenza di altra spondina disponibile, accostano al muro il letto, ponendo dei cuscini tra questo ed il corpo del paziente. Dopo qualche minuto il paziente si muove, spostando il letto dal muro e cadendo nuovamente a terra, battendo testa e corpo sul pavimento. A seguito delle lesioni riportate nei due impatti al suolo Walter decede.

## CASO CLINICO

Cassazione Penale – Sez. IV; Sentenza n. 9170 del 26 febbraio 2013 La sentenza Nel 2008 il Tribunale di Messina ha assolto dal reato di omicidio colposo i due infermieri M. e P. in quanto ha ritenuto che mancasse una prova sufficiente, sulla base dell'esame autoptico effettuato sul corpo di Walter, a dimostrare che le lesioni fossero state causate dalla prima o dalla seconda caduta. Inoltre questo tribunale ha valutato che i comportamenti di M. e P. dopo la prima caduta (posizionamento di una spondina e accostamento del letto al muro sull'altro lato) siano stati comunque "improntati sufficientemente alla cautela". I giudici del Tribunale di Messina hanno quindi accertato che gli imputati avevano adottato tutte le cautele nelle loro possibilità e che l'evento (la seconda caduta) sia stato inevitabile, in quanto non si è potuto affermare che "l'apposizione delle sponde su entrambi i lati sarebbe valsa ad impedire la seconda caduta". Cassazione Penale – Sez. IV

## CASO CLINICO

Il ricorso in appello La Corte di Appello di Messina, in parziale riforma della sentenza di assoluzione del Tribunale di Messina, condanna invece i due infermieri e la struttura sanitaria al risarcimento dei danni. “Gli imputati sono colpevoli di non aver adottato ogni opportuna cautela per evitare ulteriori cadute dopo la prima, trattandosi W. di un soggetto che poteva prevedersi afflitto da crisi convulsive, non risultando l’impiego di sponde di contenimento l’unica cautela adottabile, potendo assicurarsi una costante vigilanza e potendo sollecitarsi il medico all’adozione di idonei mezzi meccanici o farmacologici di contenimento”

## LA CONTENZIONE QUALORA NECESSARIA PUÒ ESSERE IMPOSTA ANCHE A LUNGO TERMINE?

*La contenzione deve essere imposta per periodi limitati, non più di 12 ore consecutive. Ogni 3-4 ore bisogna valutare la sicurezza del mezzo di contenzione utilizzato e l'assenza di [conseguenze](#). Quando si utilizzano mezzi di contenzione bisogna garantire ai soggetti la possibilità di movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore.*

## LA DISPONIBILITÀ ALL'ASCOLTO DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI O DEI FAMILIARI PUÒ RIDURRE L'USO DELLA CONTENZIONE?

*I soggetti con disturbo d'ansia trovano grande beneficio da un atteggiamento positivo e di apertura da parte degli operatori sanitari e/o dei familiari. L'ascolto, il conforto, il contatto fisico e il tenere compagnia sono tutti interventi che possono evitare o allontanare l'uso della contenzione.*

### **I FAMILIARI POSSONO AIUTARE GLI OPERATORI SANITARI A LIMITARE L'USO DELLA CONTENZIONE?**

*I familiari possono aiutare controllando i soggetti, inoltre possono aiutare i soggetti ansiosi e/o agitati a rilassarsi e a distrarsi proponendo attività diversive e distensive come la visione di un film, una passeggiata o l'ascolto di musica. Non sempre, tuttavia, l'atteggiamento collaborativo dei familiari è sufficiente a tranquillizzare il soggetto. Qualora l'agitazione dovesse essere eccessiva e dovessero manifestarsi atteggiamenti aggressivi, occorre segnalare tali comportamenti al medico che valuterà l'opportunità di utilizzare mezzi di contenzione.*

# Cosa documentare

In cartella clinica e infermieristica devono essere riportate

- Motivazione circostanziata
- Durata del trattamento o della sua rivalutazione
- Tipo di contenzione e modalità da utilizzare



**UNA MAGGIORE CONSAPEVOLEZZA DEGLI OPERATORI SANITARI SUI RISCHI DELLA CONTENZIONE PUÒ LIMITARNE L'USO?**

*Gli studi hanno dimostrato che una maggiore formazione del personale sanitario associato alla possibilità di richiedere consulenze specifiche in materia può ridurre l'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero di cadute o di lesioni gravi nei soggetti ricoverati in strutture residenziali.*

## DAL TRIAGE AL TERRITORIO: PERCORSO DEL PAZIENTE CON DISTURBO PSICHICO

# **L'ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE VIOLENTO IN OSPEDALE**

# L'accertamento infermieristico nel paziente psichiatrico

## IL TRIAGE

Il triage psichiatrico è quell'insieme di valutazioni ed azioni svolte durante l'accoglienza dei pazienti che accedono al pronto soccorso, in condizioni di crisi e di difficoltà per l'ambiente stabilendo la necessaria priorità di intervento sviluppando nell'operatore grandi capacità di analisi della situazione e de suo rapido mutare in particolari condizioni cliniche quali l'acuzie malattia mentale.

La parola triage fu applicata agli inizi del 700 nell'industria della lana per indicare la separazione del tessuto secondo la sua qualità e il grado di finezza. Nell'800 la parola fu applicata nell'industria del caffè con il significato di cernita; sempre nell'800 la parola triage fu usata a Parigi al mercato di Les Halles con il significato di scegliere e scartare i prodotti; questo triage era eseguito da un uomo all'ingresso del mercato all'arrivo dei carri; il posto occupato da quest'uomo era chiamato triage o stazione di cernita.

# L'accertamento infermieristico nel paziente psichiatrico

## IL TRIAGE

### OBIETTIVI

- Assicurare una immediata assistenza al paziente che giunge in emergenza
- Codificare i casi non urgenti in base alla tecnica adottata dalla struttura (codici, numeri, o sigle) ormai si adottano i codici colore (bianco, rosso, giallo, rosso)
- Indirizzare qualora siano presenti protocolli di comportamento per l'Infermiere di triage, i pazienti ad ambulatori di competenza specialistica.
- Ridurre i tempi di attesa
- Lenire lo stato d'ansia del paziente
- Migliorare la prestazione professionale del personale infermieristico al pronto soccorso

# L'accertamento infermieristico nel paziente psichiatrico

## IL TRIAGE: Generalità sul triage

le componenti principali della funzione di triage sono sovrapponibili al problem solving

1. Valutazione sulla porta
2. Raccolta dati
3. Decisione di triage
4. Rivalutazione

## VALUTARE SE...

- **È vigile ?**
- **Ha movimenti spontanei normali ?**
- **Come è vestito ?**
- **Ha un aspetto trasandato ?**
- **Ha tic o movimenti clonici involontari ?**
- **Si mostra allegro o triste ?**
- **Parla e comprende correttamente ?**
- **E consapevole di essere all'interno di una struttura sanitaria?**
- **sa fornire in maniera corretta informazioni su se stesso ?**
- **Ha ideazione o pensieri coerenti e congrui con l'ambiente circostante ?**

# Regole del colloquio

## Si deve

- Lasciar raccontare la propria storia
- Prendere seriamente il paziente
- Lasciare sufficientemente tempo per calmare l'emotività
- Indagare eventuali pensieri autolesivi, di suicidio o di aggressione
- Se possibile rassicurare il paziente
- Ricordare che ascoltare significa di per sé fare
- Mantenere una posizione neutrale

## Non si deve

- Utilizzare troppe domande chiuse
- Prestare più attenzione agli appunti che al paziente
- Essere troppo rigido o disorganizzato
- Evitare argomenti delicati (ad esempio idee di suicidio) o imbarazzanti (ad esempio la vita sessuale)
- Colludere col paziente e i famigliari



## L'accertamento infermieristico nel paziente psichiatrico

### IL TRIAGE: valutazione clinica

L'operatore di triage deve essere addestrato a riconoscere i tratti sintomatologici principali della patologia psichiatrica che si manifestano nell'utente e che hanno motivato l'accesso alla struttura di emergenza spontaneamente o accompagnato dai mezzi di soccorso pubblici. Se il soggetto è ansioso o in preda al **PANICO** o **FOBIA**, se l'agitazione di cui è portatore è ben controllata o è una somatizzazione su base d'ansia con sensazione fisica di soffocamento, tremore incoercibile, oppressione toracica e gastrica, nausea, sudorazione o parestesie; ciò comporta anche agitazione negli accompagnatori presenti che dovranno essere a loro volta rassicurati. **Rassicurare è la prima cosa da fare.**

# FASI DI INTERVENTO

Fase	Definizione	Contenuto	Operatore responsabile
1	Triage	Valutazione del livello di gravità ed attribuzione del codice di triage.	Infermiere
2	Accoglienza / risk assessment	Diminuire al minimo il tempo di attesa per l'espletamento della prima accoglienza. Attuare le procedure di risk assessment.	Infermiere
3	Anamnesi - valutazione clinica – diagnosi	Raccogliere dati anamnestici da più fonti; valutare le condizioni mediche e psichiche; effettuare una diagnosi differenziale delle possibili cause di agitazione; eventuale richiesta di esami strumentali e/o consulenze specialistiche.	Medico Infermiere
4	Intervento in area critica	Interventi ambientali e non farmacologici. Intervento farmacologico (vedi linee guida allegate)	Medico Infermiere
5	Definizione del programma di cura	Attenzione al monitoraggio e alla stabilizzazione delle condizioni cliniche acute; garantire periodo congruo di osservazione e monitoraggio in area critica o in regime di ricovero; alla dimissione dall'ospedale prevedere invio ai Servizi territoriali di competenza.	Medico Infermiere

# ASPETTI DA CONSIDERARE

- Confusione?
- Grado di contattabilità?
- Intossicazione?
- Traumi in anamnesi?
- Febbre?
- Violenza?
- Storia psichiatrica?
- Sintomi organici?
- Patologie concomitanti?
- Uso di sostanze o alcool?

Nel caso sia presente un rischio effettivo imminente di atti aggressivi occorre prevedere la possibilità di dedicare **più di un operatore** del P.S. al paziente e di avvisare il **servizio di vigilanza interno**.

## **II Fase: ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE**

- Accogliere il paziente con approccio empatico, teso ad ascoltare le sue istanze e rivendicazioni, cercando di evitare le derive comportamentali.
- Garantire la presenza tempestiva del personale infermieristico
- Usare comunicazione chiara, senza provocazioni o giudizi, con attenzione e facilitazione dell'espressione verbale del paziente.
- Allontanare le altre persone.
- Evitare situazioni che possano rappresentare elemento di disturbo per il paziente.
- Scegliere un ambiente sicuro, senza oggetti utilizzabili come offesa, con arredi solidi e non facilmente spostabili.
- Mettere il paziente a proprio agio, offrendo la possibilità di fornire acqua o una situazione confortevole.

# TRIAGE INFERMIERISTICO

Attribuzione di un codice secondo una valutazione della gravità

Vanno inquadrati come urgenti i casi in cui sia presente uno dei seguenti elementi:

- Agitazione psicomotoria marcata con rischio di aggressività e/o violenza (ROSSO)
- Tentativo di suicidio o atti autolesivi, in particolare quando associati ad idee suicidarie manifeste (ROSSO/GIALLO)
- Ingestione di alcool e/o sostanze (per es. paziente sintomatico con alterazione delle funzioni vitali; alterazione delle prestazioni motorie e/o cognitive) (ROSSO/GIALLO)

TRIAGE NEL PAZIENTE PSICHIATRICO  
FLOW CHART –GFT- GRUPPO FORMAZIONE  
TRIAGE

Alterazione di uno o più parametri vitali  
Paziente violento contro sé o gli altri  
Etilismo acuto non controllabile  
Psicosi acuta (delirio, allucinazione, grave agitazione psicomotoria, gravi turbe affettive e/o ideative) non controllabile da eventuale accompagnatore



**CODICE  
ROSSO**

**Psicosi acuta (delirio, allucinazione, grave agitazione psicomotoria, gravi turbe affettive e/o ideative) controllabile da eventuale accompagnatore**  
Fobia o panico non controllabili da eventuale accompagnatore



**CODICE  
GIALLO**

Fobie o panico ben controllabili da eventuale accompagnatore  
Patologia lieve non in rapporto con la malattia psichiatrica di base



**CODICE  
VERDE**