

«Il male mentale: strategie di fronteggiamento»
Torino, 16-18 ottobre 2019

Le pratiche coercitive in psichiatria

Primi risultati di uno studio sugli SPDC piemontesi

Mario Cardano, Raffaella Ferrero Camoletto, Luigi Gariglio, Eleonora Rossero, Valeria Quaglia

Psychiatric interventions:
On involuntary treatment and mechanical restraint

il disegno della ricerca

- ✓ multidisciplinare
- ✓ qualitativo e quantitativo
- ✓ retrospettivo e prospettico

Team



Mario Cardano (P.I.), Raffaella Ferrero Camoletto, Giuseppe Maina, Alessandra Algostino, Vladimiro Zagrebelsky, Luigi Gariglio, Claudio Carezana, Maria Grazia Imperato, Cristina Pardini, Marta Caredda, ed Eleonora Rossero



Il disegno della ricerca

Analisi qualitativa

Team ethnography negli SPDC piemontesi

Rapid ethnography

Studi di caso

Analisi quantitativa

Fattori clinici, sociodemografici e organizzativi associati al ricorso al TSO e alla contenzione meccanica.

Rassegna del quadro normativo e giurisprudenziale italiano e europeo



Team ethnography

Sei studi di caso



STUDI DI CASO

Compresenza dei ricercatori



COMPRESENZA

Discussione periodica dei risultati



DISCUSSIONE

Ricerca sulla ricerca



RIFLESSIVITÀ

► *Rapid ethnography* in **due SPDC no restraint In Friuli Venezia**

Giulia:

- **modelli organizzativi** diversi (SPDC senza contenzioni meccaniche e a porte aperte; CSM 24h che prevede ospitalità anche notturna e TSO in loco);
 - **cultura no restraint** costruita nel tempo;
 - attribuzione delle **funzioni di cura e di custodia** ad attori distinti (operatori sanitari *versus* forze dell'ordine);
 - **forme di contenzione/contenimento alternative** a quella meccanica (relazionale, farmacologica/anestesiologica).
-



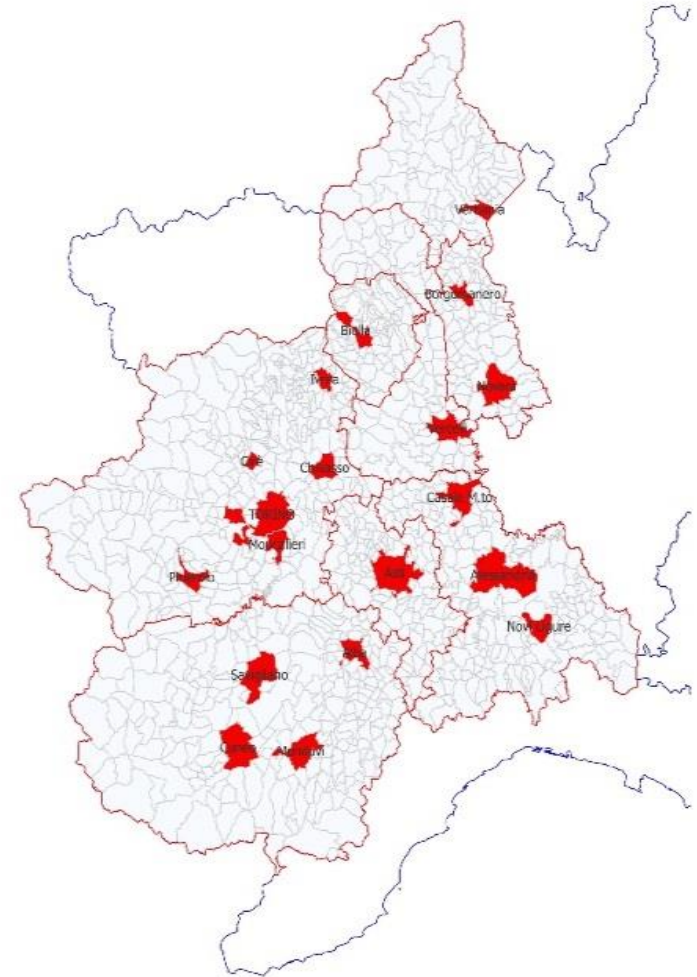
Gli SPDC piemontesi: una realtà eterogenea

▶ **Eterogeneità delle strutture:**

- collocazione all'interno della struttura ospedaliera;
- qualità della struttura (stato di conservazione; capienza delle stanze; bagni);
- disponibilità di spazi aperti.

▶ **Eterogeneità nell'applicazione di pratiche coercitive**

- ▶ contenzione meccanica
- ▶ Traformazioni el TSV in TSO e sua durata



La contenzione meccanica in SPDC: uno sguardo d'insieme



Focus sulla contenzione meccanica, riconosciuta dalla letteratura internazionale come un **evento sentinella**.

- ▶ 25 SPDC piemontesi: nessun SPDC *no restraint* (alcuni *less restraint*);
 - ▶ *Rapid ethnography* preliminare: 10 su 25 con pazienti contenuti
 - ▶ Nei 5 (su 6) SPDC in cui è stato condotto lo studio etnografico, su **136 giornate** di osservazione complessive, la contenzione è stata osservata in **47 giornate**, poco più di un giorno su tre;
 - ▶ Variabilità da **2/30** a **16/30**.
-



Gli SPDC sono reparti come gli altri?

- ▶ Combinazione peculiare di cura e custodia.
- ▶ Tensione fra flessibilità e rigidità.
- ▶ Cura personalizzata vs. standardizzazione delle cure.
- ▶ Contenuto delle pratiche cliniche e infermieristiche.
- ▶ Difficoltà di adottare comportamenti dissociativi (autoisolamento)
- ▶ Proporzioni di pazienti “propri” e “impropri”.



Le risorse

- ▶ Personale infermieristico non sempre adeguatamente formato e motivato
- ▶ Specializzazione in psichiatria non richiesta
- ▶ SPDC talvolta scelta residuale
- ▶ Impossibilità di selezione del personale infermieristico



L'organizzazione della giornata

- ▶ Il vuoto dei pomeriggi
- ▶ Implicazioni per la risocializzazione a un normale ciclo di sonno veglia



La cultura della contenzione

- ✓ La contenzione meccanica risulta essere una **pratica normalizzata**, adottata in maniera (relativamente) abituale all'interno della comunità di pratiche che è l'SPDC
- ✓ Qualificazione della contenzione meccanica come una **pratica clinica** (non necessariamente terapeutica) e pertanto **PRESCRIVIBILE, ANCHE «AL BISOGNO»**



Residui dell'ipotesi di pericolosità sociale

Chi si contiene di più?



- ✓ Il paziente non conosciuto
- ✓ Il paziente che (in passato) ha mostrato comportamenti aggressivi



«Ti contengo perché non ti conosco» - Andrei

- ▶ Andrei, un uomo di mezz'età, arriva in reparto per ragioni che hanno a che fare con il disturbo della quiete e il pubblico scandalo. Allertate le forze dell'ordine, queste lo portano al DEA. [...]
- ▶ Nel DEA Andrei è steso su di una barella e legato agli arti superiori. Guidata dalla dottoressa, la mediatrice rivolge ad Andrei alcune domande, e dopo poche battute conclude “è allucinato...”. [...]
- ▶ Il personale medico decide di somministrargli la terapia intramuscolo, in due iniezioni successive. [...] Andrei si limita a dire “Ahi” con una smorfia di dolore. **Non si oppone alla terapia.** Gli infermieri decidono, con l'accordo della dottoressa, di attendere che Andrei si addormenti per completare la contenzione agli arti inferiori. [...] Andrei arriva in SPDC legato in quarta.



«Ti contengo perché ti conosco» - Carlo

La dottoressa è stata appena avvisata dell'arrivo di un paziente in TSO. L'uomo è un paziente noto, definito come «molto violento», abituato anche a fare uso di sostanze.

Dopo pochi minuti arriva Carlo, accompagnato da un carabiniere. La dottoressa lo informa dell'intento di ricoverarlo, specificando che si tratta di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Carlo reagisce in maniera composta [...]

Viene accompagnato in camera da tutto lo staff e dal carabiniere. Carlo viene fatto sedere sul letto, e mentre un'infermiera lo aiuta a togliersi le scarpe, gli altri operatori si dispongono ai quattro angoli del letto. Carlo mette su le gambe e si sdraia. Si procede quindi a legare gli arti, uno per ciascun operatore. Carlo è tranquillo..

Durante il briefing post-giro visite, la contenzione di Carlo viene definita dalla dottoressa “**contenzione preventiva**”, in quanto il soggetto è solito divenire aggressivo ed è potenzialmente molto pericoloso.



Modi di fare fare la (s)contenzione

AGENDO SULLA PERSONA:

- ✓ tentando una forma – paradossale - di dialogo teso a sanare la ferita alla fiducia
- ✓ minacciando ritorsioni

AGENDO SUL CORPO INERME:

- ▶ legare un corpo indocile
- ▶ la presenza del medico nel momento della scontenzione: un fatto non scontato



Abolire o limitare la contenzione

La transizione al no/less restraint

- ▶ L'SPDC *less restraint* come transizione all'eliminazione delle contenzioni;
 - ▶ Pratica eccezionale giustificata esclusivamente da uno «stato di necessità» attuale e **non potenziale**.
 - ▶ **Per un'efficace transizione verso un modello *no restraint*:**
 - Cercare un'alleanza organizzativo-culturale con gli operatori – nelle pratiche cliniche quotidiane;
 - Impegno a una formazione alla relazione del personale infermieristico
 - Monitorare sistematicamente le contenzioni
 - Audit sulle contenzioni (e sui near miss).
-



Ringraziamenti

- ▶ Grazie ai **pazienti** e al **personale sanitario** dei 25 SPDC piemontesi per la collaborazione resa allo studio
- ▶ Grazie alla **Compagnia San Paolo** per il finanziamento dello studio
- ▶ Grazie a **Vincenzo Villari** per i preziosi consigli per il disegno dello studio
- ▶ Grazie a **Giuseppe Maina** per il coordinamento della parte quantitativa dello studio
- ▶ Grazie a **Vladimiro Zagrebelsky, Alessandra Algostino, Marta Caredda, Claudio Carezana, Maria Grazia Imperato, Cristina Pardini** per la competente partecipazione alla discussione dei risultati dello studio

