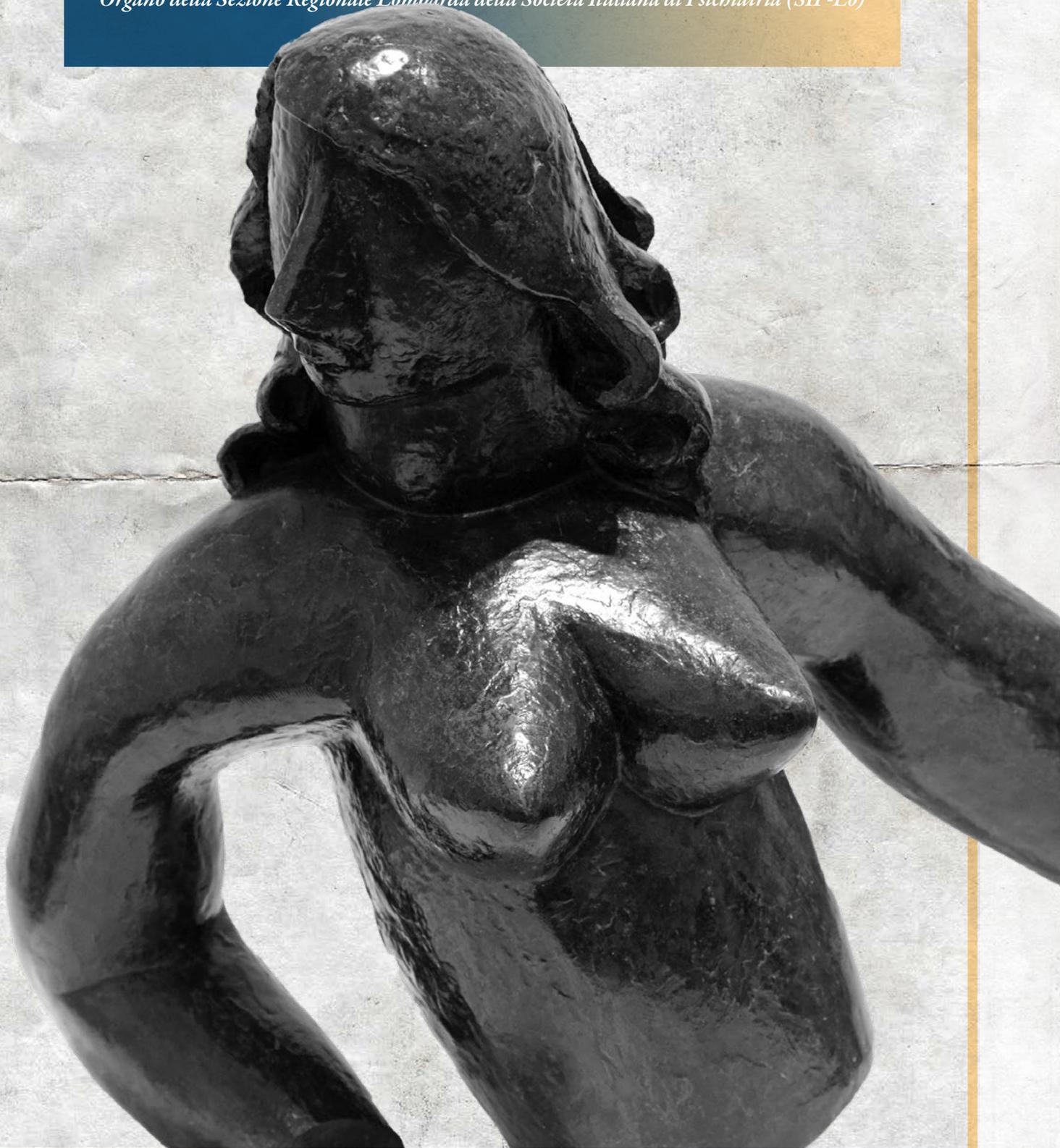




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXXIV • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:
Alberto Giannelli

Diretta da:
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:
Massimo Clerici (Monza)
Mauro Percudani (Milano Niguarda)

Comitato Scientifico:
Carlo Fraticelli (Como)
Giovanni Migliarese (Vigevano)
Gianluigi Tomaselli (Triviglio)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Gianmarco Giobbio (San Colombano)
Luisa Aroasio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Gavagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:
[Paperplane snc](#)

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilito dalla Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

- 3** Siamo responsabili dei nostri sogni?
di Giannelli A.
- 14** Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19
di Cerveri G.
- 19** Tracciare la solitudine nel post Sindemia
di Mencacci C.

RECENSIONI

- 21** I grandi pensieri vengono dal cuore
Educare all'ascolto
di Giannelli A.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 23** Il Progetto innovativo TR65
Budget di salute dell'ASST Pavia
di Abbiati V., Marraffini E., Aroasio P.L., Migliarese G., Politi P.
- 30** Study skills e intervento precoce
di Amato L., Flauto S., Tirelli V., Meneghelli A., Monzani E.
- 35** Suonare per curare: il gruppo musica in riabilitazione psichiatrica
L'esperienza riabilitativa musical-letteraria nel vivere il tempo "so-speso" del primo lockdown
di Besana F., D'Amato M., Tanzi A., Silva A., Rocchetti M., Farinella E., Politi P.
- 46** La personalizzazione della cura nella schizofrenia
Un caso clinico
di Cusi L., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 53** I percorsi dell'urgenza
Rilevazione dell'intervento urgente psichiatrico presso il DEA del P.O. San Carlo Borromeo nel corso della seconda ondata della pandemia da COVID-19
di Grecchi A., Beraldo S., Maresca G., Martini A., Ferrarini F., Fui E., Faraci G., Santini A., Petri E., Salvaggio F., Tisi G., Gallotti P., Colombo M., Carozzi A., Magnolfi V., Candotti S., Ranieri R., Sileoni A., Miragoli P.

- 60** Psichiatria e migrazione
Dal riconoscimento della vulnerabilità all'accompagnamento alla cura di pazienti migranti, richiedenti asilo e vittime di tortura
di Marzagalia M., Calatroni R., Zanobio A., Cardullo A., Contini M., Curia M., Mosca L., Ruffetta C., Stirone V., Percudani M.

- 72** L'esperienza di una struttura residenziale riabilitativa di ASST Lariana in Appiano Gentile dedicata ai giovani adulti
Gli interventi e gli esiti
di Molinari G., Alamia A., Di Noia M.P., Menni A., Pini M., Di Leva A., Brambilla M., Casarin N., Cominardi S., Fraticelli C.

- 80** Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani
crocevia di una rivoluzione silenziosa
di Nichini C., Alecci E.

- 91** Insorgenza di disturbi psichiatrici in pazienti ospedalizzati per infezione da SARS COV-2
di Paletta S., Bonizzoni M., Vercesi M., Grasso F., Bertorello A., Grassi S., Cerveri G.

- 99** Recovery in psichiatria
di Vaccaro A.G., Mencacci C.

PSICHIATRIA FORENSE

- 115** La prescrizione farmacologica OFF LABEL in psichiatria
di Mantovani R. e Mantovani L.

LA RICERCA INFERMIERISTICA IN SALUTE MENTALE

- 117** L'intelligenza emotiva degli infermieri e la soddisfazione dell'utente nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura
Studio osservazionale
di Iacometti G., Parini A.M., Frediani G., Moro C.

IN COPERTINA: *Baigneuse (fragment)*, Henri Laurens, 1931
Collezione Tate Modern

© Marie-Lan Nguyen / Wikimedia Commons / CC-BY 2.5

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

Nuovi orientamenti della contenzione fisica nei servizi psichiatrici italiani

Crocevia di una rivoluzione silenziosa

Cristiano Nichini, Eleonora Alecci***

INTRODUZIONE

In Italia è ormai da molti anni che si dibatte sull'utilizzo della contenzione fisica in psichiatria. Tale discussione si colloca all'interno del radicale cambiamento culturale, sociale e di organizzazione dei servizi di cura per la salute mentale iniziati con la legge 180 del 13 maggio del 1978 poi integrata nella più ampia legge 833 del 23 dicembre dello stesso anno, che riorganizzava ed istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

Esiste un'ampia letteratura che analizza l'impatto sociale, sanitario ed economico di tale cambiamento, evidenziandone meriti e criticità (Glick I.D., 1990; Morzycka-Markowska M. et al, 2015; Ramon S., 1989). La discussione sulle problematiche della riforma cosiddetta "Basaglia", dal nome dello psichiatra che la ispirò, spesso ha assunto toni aspri che vedeva la contrapposizione di idee politiche e ideologiche molto diverse che toccavano elementi fondanti quali i concetti di libertà, dignità, diritto alla cura e sicurezza sociale.

Il cambiamento e nucleo più significativo della riforma può essere riassunto nell'aver ricondotto all'ambito socio-sanitario la cura e la gestione della malattia mentale, ridimensionando il tema della pericolosità e della sicurezza sociale, che non era più l'elemento centrale nelle scelte cliniche e di ricovero dei pazienti. La regolamentazione dei trattamenti obbligatori è diventata l'espressione evidente del nuovo modello di garanzia e di diritti del malato, che può essere trattenuto per motivi psichiatrici e di cura solo dopo una verifica dell'effettiva opportunità di restrizione della libertà che prevede 4 livelli (il medico proponente, quello convalidante, il Sindaco ed il Magistrato) e che

non può durare più di 7 giorni. Siamo ben lontani dalla discrezionalità con cui venivano gestiti i ricoveri negli ospedali psichiatrici prima della legge 833.

Lo spostamento dal piano giuridico/sanzionatorio a quello della tutela della salute è anche testimoniato dal più recente passaggio della Sanità Penitenziaria dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale (Dpcm aprile 2008: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"). Oltre agli aspetti amministrativi e organizzativi di tale cambiamento, che è stato preceduto da gruppi tecnici ministeriali, da un decreto legislativo di indirizzo (230/99) e da un movimento culturale e di opinione, è evidente il significato simbolico.

"Folli" e "rei" che la storia della psichiatria ci ha insegnato essere stati per lungo tempo accomunati da un unico destino di reclusione finalizzato soprattutto a garantire la sicurezza della società sembrano trovare, con le due riforme citate, una loro visibilità e collocazione all'interno di servizi di cura e di tutela della salute che dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini. La stessa legge del 2012 che prevede la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nonostante le numerose proroghe, andava nella stessa direzione. E' bene ricordare che la promulgazione di tale legge seguì un'indagine di una Commissione d'Inchiesta del Senato (presieduta dal senatore I. Marino) che aveva di fatto evidenziato come in molti casi gli OPG avessero perso la loro funzione terapeutica e si fossero trasformati in luoghi di violenza, con la sistematica negazione dei più elementari diritti.

La storia psichiatrica in Italia non è però solo la gloriosa liberazione dai lacci di reclusione per una cura più umana e rispettosa. E' noto che la chiusura dei manicomi, il passaggio della gestione della salute dei carcerati al sistema sanitario e la chiusura degli OPG non ha risolto i gravi problemi che queste strutture rappresentavano. Utenti, familiari, operatori sanitari e magistrati si trovano a fronteggiare situazioni di sofferenza, di necessità di cura

e di gestione della pericolosità spesso senza avere risorse, progetti e percorsi alternativi a quelle ormai considerate “aberrazioni istituzionali” che il legislatore ed il politico hanno voluto abolire.

Esiste dunque una tensione tra “l’ideale” e “la pratica” che mette costantemente in discussione chi lavora quotidianamente a contatto con tali problematiche.

Credo che l’esercizio della contenzione fisica nei servizi di psichiatria in Italia rappresenti in modo emblematico le contraddizioni e le difficoltà della cura della sofferenza psichica e che costituisca una sorta di macchia cieca al centro di una spirale in cui dilemmi etici, di cura, di tutela della salute e della società si ripropongono e trovano rappresentazione.

LA CONTENZIONE FISICA: ANALISI DEL FENOMENO

In Occidente, nessun paese è in grado di fornire dati ufficiali sulla frequenza del ricorso a questa prassi, ad eccezione di Norvegia, Finlandia, Danimarca, Olanda e Svezia. Anche in questi casi, tuttavia, il fenomeno viene monitorato in modo incompleto (Bak J. et al., 2012). Per questo motivo, non ne è nota l’effettiva diffusione, né possono essere condotte valutazioni cliniche su larga scala (Bower L., 2014).

A fronte della scarsità di conoscenze in questo ambito, molteplici piani sanitari sottolineano la necessità di incrementare la ricerca. Tra questi, in Italia si segnalano i documenti redatti dal Comitato Nazionale di Bioetica (2015), dalla Commissione Straordinaria per la Tutela e la Promozione dei Diritti Umani del Senato della Repubblica (2013), e il testo approvato dalla Conferenza Stato Regioni (2010). Alcune organizzazioni di ricerca hanno sviluppato progetti volti a diminuire o abolire le contenzioni in ambito psichiatrico (NASMHPD, 2008; SAMHSA, 2005; Mersey Care NHS Foundation Trust, 2015; Bowers, 2014).

Una ricognizione della letteratura mostra come gli studi scientifici sulla contenzione si siano orientati, per la

maggior parte, nella direzione di un approfondimento in termini di fattori predisponenti (Stewart D. et al., 2009; Beghi M. et al., 2013; Stewart D. et al., 2009; Norredam M. et al., 2010; Tarsitani L. et al., 2013; Di Lorenzo R. et al., 2014), oppure nella direzione dell’esplorazione del rischio clinico associato a tale pratica (Spinzy S. et al., 2018; Fugger G. et al., 2016; Tingleff E. et al., 2018).

Beghi M. ed al. nel 2013 hanno analizzato un ampio numero di studi utilizzando i motori di ricerca PubMed, Embase e PsychInfo sui lavori pubblicati dal 1 gennaio 1990 al 31 marzo 2010 utilizzando le parole chiave “restraint”, “constraint”, “in-patient” e “psychiatry wards” individuando manoscritti in lingua italiana, inglese, francese o tedesca. La prevalenza dell’utilizzo della contenzione è risultato tra il 3,8 e il 20 %.

Uno studio del 2007 di Martin V. et al. segnala una frequenza di contenzione pari al 6,6 % in Svizzera e al 10,4 % in Germania (Martin V. et al., 2007)

LA SITUAZIONE ITALIANA

Secondo Zanetti E. et al. (2012) il fenomeno della contenzione fisica negli ospedali italiani è ampiamente diffuso: vi sarebbe un utilizzo ordinario in diverse aree di degenza, con una prevalenza che varia tra il 4% e il 22% nell’ospedale generale e tra il 3% e l’83% nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), arrivando rispettivamente al 68% e al 98% qualora, tra i mezzi di contenzione, siano annoverate anche le spondine del letto. Regione Lombardia ha effettuato una rilevazione della frequenza delle contenzioni nei 47 SPDC della Regione nel periodo 2009-2015 riportando un tasso di pazienti contenuti pari al 11,6 % (Amatulli A. et al., 2018). Si può osservare, pertanto, che l’utilizzo della contenzione in psichiatria non si discosti significativamente da quello che avviene in altri reparti dell’ospedale generale, inoltre sembra essere decisamente inferiore rispetto a quanto avviene nelle RSA.

Lo specifico della psichiatria sembra dunque l’interrogarsi sulla legittimità di tale intervento e sulle sue

implicazioni giuridiche e di cura.

La pratica e le idee su questo tema appaiono estremamente eterogenee in Italia. Per rendersene conto è stato sufficiente partecipare al Congresso Nazionale del Coordinamento degli SPDC tenutosi a Bergamo nel settembre 2018.

In quella sede era possibile ascoltare relazioni in cui si sosteneva che la contenzione fisica fosse una pratica illegale e che gli psichiatri che la esercitavano commettevano un illecito penale, ad altre posizioni in cui si sosteneva che la contenzione fisica fosse un atto terapeutico. Queste due posizioni rappresentano due poli estremi di uno spettro di posizioni interlocutorie e intermedie che probabilmente includono la gran parte del pensiero e della pratica degli operatori dei servizi psichiatrici.

Tra chi sostiene che la contenzione fisica non vada praticata è opportuno segnalare l'associazione "Club degli SPDC No Restraint". Si tratta di un'organizzazione senza scopo di lucro che promuove lo svolgimento di attività di utilità sociale nel settore della salute mentale, con particolare riferimento ai reparti di psichiatria presenti negli ospedali generali. Il loro obiettivo è quello di diffondere la cultura "no restraint", ovvero la pratica per giungere ad azzerare i mezzi di contenzione, al mantenimento delle porte del SPDC aperte, nel rispetto della libertà e della dignità delle persone ricoverate, privilegiando tutti gli interventi relazionali e stimolando al massimo la responsabilità delle persone ricoverate nel proprio percorso di cura.

Secondo quanto riportato dal sito "180gradi.org" (luglio 2015) il Club, fondato nel settembre del 2006, comprende attualmente gli Spdc di: *Aversa, Caltagirone-Palagonia, Caltanissetta, Mantova, Merano, Novara, Trieste, Matera, Roma C, Enna, Perugia, Portogruaro, DSM Venezia, Treviso*, ovvero il 5% degli SPDC italiani.

Tali esperienze sono una testimonianza importante perché rappresentano la possibilità che la contenzione non sia "un male necessario" ma che, con un'opportuna formazione di una cultura di lavoro condivisa e disposta

al cambiamento, possa essere eliminata o quantomeno fortemente ridotta.

Come premessa alla nostra proposta di lavoro vogliamo riportare ancora due contributi. Uno è costituito dal documento di Regione Lombardia del 2018 riportante le "Indicazioni regionali per ridurre la contenzioni nei reparti di psichiatria e NPLA". In questo documento viene definito con chiarezza il limite giuridico entro il quale può essere esercitata la contenzione fisica. In particolare segnala che la contenzione fisica è sempre illegittima, ma diviene scriminabile solo nell'ambito dello "stato di necessità" o della "legittima difesa". Tale documento esclude pertanto l'opzione che la contenzione fisica possa essere un atto terapeutico o possa assumere, in qualsiasi modo, una valenza clinica.

L'altro stimolo alla riflessione è la recente legge (n. 113, 14 agosto 2020) denominata "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni". Introducendo degli aggiornamenti in termini di procedibilità d'ufficio e riconoscendo come aggravante il fatto che l'aggressione avvenga contro il personale sanitario, sembra delineare con maggior chiarezza ciò che compete al clinico e ciò che compete alla forza pubblica. A questo proposito sottolineiamo che l'articolo 7 della stessa legge da mandato alle strutture sanitarie di individuare specifici piani con le Forze dell'Ordine, per garantire "il loro tempestivo intervento" al fine di prevenire episodi di aggressione e di violenza.

Riteniamo che i diversi contributi enunciati fino ad ora (pubblicazioni scientifiche, indicazioni regionali, associazionismo, legislazione, ecc) consentano oggi di comporre una descrizione aggiornata ed integrata di come la psichiatria si debba porre di fronte al problema della contenzione fisica. Proviamo ad elencare alcuni punti essenziali:

- la contenzione fisica non è prevista dalla legislazione italiana, pertanto è una pratica che non trova collocazione in un contesto di legalità legislativa

- tale atto è scriminabile solo in caso di “legittima difesa” o “stato di necessità”
- in quanto tale, non appartenendo ad una attività clinica o terapeutica, pertiene a tutti i cittadini che potranno metterla in pratica solo alla luce dei due criteri enunciati sopra
- laddove necessario potrà essere richiesto, come in ogni situazione di pericolo fuori o dentro l’ospedale, l’intervento delle Forze dell’Ordine che non potranno sottrarsi al compito di protezione e difesa del personale sanitario e dei pazienti (rif. Legge n. 113 del 2020), adducendo motivazioni che rimandano la contenzione ad una pratica sanitaria e pertanto da effettuarsi solo da parte dei suoi operatori

La delimitazione operativa che proponiamo in questa sede ricolloca e distingue il ruolo del servizio sanitario con la sua missione di cura (riattualizzando lo spirito ispiratore della legge 180) dal problema della sicurezza e dell’incolumità di pazienti e operatori sanitari.

È bene distinguere le pratiche di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO) da quelle situazioni in cui si rende necessaria la contenzione fisica (per “stato di necessità” o “legittima difesa”) che fanno riferimento ad una situazione di pericolo.

Nel primo caso, ASO e TSO, il personale sanitario è in prima fila perché l’intervento ha una connotazione clinica e terapeutica; in questo caso le Forze dell’Ordine fanno da supporto all’esecuzione di un intervento coattivo di natura sanitaria convalidato dal Sindaco e dal Magistrato.

Nel caso in cui vi sia una situazione di pericolo prevale la necessità di messa in sicurezza e pertanto, nel rispetto della legge, tutti i cittadini e tanto più le Forze dell’Ordine sono chiamate ad intervenire. Si comprende bene come contenzione fisica e trattamenti sanitari coattivi non abbiano, almeno formalmente, nessun legame o automatismo. Nella pratica può accadere che più facilmente la contenzione fisica venga applicata a chi è in trattamento sanitario obbligatorio. Le cose possono coesistere ma non vi è relazione di causalità.

Questa distinzione non è un esercizio retorico ma vuole sottolineare gli ambiti differenti di intervento al fine di evitare equivoci o discussioni nel momento in cui diventa necessario operare con determinazione e senza tentennamenti.

UNA PROPOSTA OPERATIVA E DI RICERCA

La nostra riflessione e pratica clinica quotidiana ha messo in luce che in molti casi le difficoltà dell’equipe curante degli SPDC avvengono a seguito di aggressioni auto (più raramente) o eterodirette di pazienti ricoverati. Questi episodi, a cui talvolta consegue la contenzione fisica, generano negli operatori vissuti di sconforto e demoralizzazione con discussioni che spesso vedono l’emergere di tue tematiche ricorrenti.

L’una è quella in cui si lamenta un tardivo intervento medico contenitivo (farmacologico e/o fisico) rispetto al potenziale aggressivo del paziente. Tale posizione spesso viene integrata dai suoi sostenitori evidenziando la possibilità che la contenzione fisica possa avere un ruolo terapeutico e/o preventivo rispetto all’aggressività.

L’altro punto critico spesso evidenziato è il ruolo delle Forze dell’Ordine quando sono chiamate in SPDC in situazioni di pericolo. In talune circostanze si lamenta una loro resistenza ad intervenire sul paziente aggressivo e/o minaccioso, riconducendo tale intervento ad un atto sanitario, pertanto non di loro competenza.

Alla luce di questi nodi problematici abbiamo avviato due progetti. Uno è di tipo operativo: si tratta di istituire un tavolo di lavoro presso la Prefettura di competenza territoriale al fine di condividere tra le Forze dell’Ordine ed i Servizi Sanitari limiti e confini di intervento. Abbiamo avviato i primi contatti con la Prefettura di Pavia ed i Vigili Urbani che ci hanno risposto positivamente alla proposta.

L’altro obiettivo è quello di dar voce ai pazienti contenuti (vogliamo provare ad abbozzare una risposta al quesito se i pazienti possano vivere la contenzione fisica come terapeutica). Nel paragrafo successivo verranno descritte le caratteristiche dell’indagine.

Obiettivi dello studio

Lo studio parte dalla constatazione della mancanza di un contributo italiano relativo all'esplorazione della percezione della contenzione meccanica da parte dei pazienti psichiatrici. Il disegno di ricerca tiene conto delle indicazioni della letteratura relative all'assunto di una prospettiva complessa, orientata alla valutazione globale del rapporto tra utenza e staff.

Obiettivo primario dello studio è ampliare le nostre conoscenze riguardo la percezione della contenzione da parte dei pazienti, e nello specifico la percezione del trattamento in relazione agli eventi contenitivi. Si declina come obiettivo secondario un approfondimento metodologico della validità del questionario utilizzato (SR-PPT) entro il contesto italiano.

Disegno dello studio

Il presente disegno si presenta come uno studio osservazionale, mixed-methods, multicentrico e no-profit. Le finalità prettamente esplorative sono giustificate dall'assenza di ipotesi forti sul fenomeno da indagare. Lo studio verrà condotto tramite due questionari cartacei da somministrare insieme. Il primo questionario, di tipo non standard, è orientato all'esplorazione della percezione dei pazienti del trattamento contenitivo. Il secondo questionario (SR-PPT), standardizzato e validato, è orientato al medesimo obiettivo, entro un'ottica di valutazione complessiva del ricovero da parte dell'utente. La somministrazione congiunta ricade entro la logica delle ricerche mixed-methods (Campbell D. et al., 1959). La scelta di ricorrere all'approccio mixed-methods è di tipo cautelativo e rafforzativo rispetto alla qualità del dato: nonostante l'SR-PPT abbia dato buoni risultati in sede di validazione giapponese (Noda T. et al., 2012) e buona tenuta in uno studio finlandese (Soininen P. et al., 2013), esso non è stato sottoposto a validazione cross-nazionale (come del resto nessun altro strumento di rilevazione quantitativa della percezione della contenzione meccanica di cui siamo a conoscenza). A quanto ci

risulta, questo è il primo studio promosso in Italia volto ad utilizzare un simile strumento di raccolta dati. In questo senso, la domanda aperta fungerà da incremento e controllo della qualità del dato standard. Si sottolinea che, tra i vari questionari orientati al medesimo obiettivo (l'esplorazione della percezione della contenzione meccanica dei pazienti) che sono stati vagliati in sede di costruzione del disegno di ricerca, nessuno sembra essere stato validato in Italia. In questo senso, questo studio può anche ambire, come obiettivo secondario, a fornire un approfondimento metodologico in merito all'utilizzo cross-nazionale del SR-PPT.

Lo studio prevede la somministrazione dei due strumenti di rilevazione ai pazienti che soddisfino i criteri di inclusione correntemente ricoverati negli SPDC coinvolti nella ricerca, con l'accortezza di far passare il minimo tempo possibile tra ultimo evento contenitivo e rilevazione (Aneštis A. et al., 2012). Sulla base della scarsa frequenza di episodi contenitivi entro i SPDC partecipanti, si ipotizza una fase di rilevazione della durata di un anno e mezzo e una fase di analisi e stesura di report della durata di due mesi. Nell'ipotesi di un inizio della rilevazione a giugno 2020, il termine previsto dello studio è a fine 2021.

Setting

I setting previsti entro la ricerca sono i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura delle seguenti città: Magenta, Legnano, Milano (S. Paolo, S. Carlo), Melzo, Vercelli, Alessandria, Novi Ligure, Voghera, Pavia, Vigevano. La rilevazione è affidata ai Responsabili Locali della Ricerca, che all'occorrenza verranno affiancati da altri membri dello staff (psichiatri, infermieri, specializzandi).

Popolazione in studio

La popolazione è composta dai pazienti ricoverati negli SPDC elencati nel paragrafo precedente che hanno subito contenzione meccanica durante il ricovero in atto. Allo scopo di reclutare i partecipanti e di raccogliere le informazioni anagrafiche e di caso, verranno utilizzate

le cartelle cliniche. Per la natura della popolazione e del fenomeno oggetto di studio, il campionamento probabilistico risulta non allineato dal punto di vista logico con le finalità della ricerca, oltre che estremamente oneroso a causa della limitata numerosità delle contenzioni effettuate. Verranno dunque inclusi nella rilevazione tutti soggetti adulti di qualsiasi sesso, etnia, diagnosi, ecc, la cui numerosità in base alle caratteristiche sarà controllata ed adattata in corso di rilevazione (panel tipologico). Il questionario è espressamente formulato in modo tale che risulti poco impegnativo anche per pazienti emotivamente labili (Noda et al., 2012). I dati quantitativi e qualitativi relativi alla percezione del trattamento verranno collezionati da tutti i pazienti eleggibili nell'arco di tempo della rilevazione.

Criteri di inclusione

Possono essere inclusi nel panel tipologico tutti i pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 che sono stati sottoposti, durante l'attuale ricovero, ad almeno un episodio di contenzione meccanica. I pazienti eleggibili devono altresì acconsentire tramite apposito modulo alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati.

Criteri di esclusione

Possono essere esclusi i pazienti le cui condizioni cliniche non consentano la rilevazione nemmeno in fase di dimissione, coloro che non acconsentono al trattamento dei dati e coloro i cui curanti non siano disponibili a collaborare alla ricerca.

Esiti dello Studio

Dal momento che questo studio è orientato all'esplorazione di una percezione soggettiva, il principale esito previsto riguarda una categorizzazione dei vissuti evocati dai pazienti italiani soggetti a contenzione meccanica, che potranno essere confrontati con la letteratura estera già prodotta a riguardo. Un esito secondario riguarda la valutazione della validità del SR-PPT entro il contesto

italiano. Non è escluso infine che l'attenzione rivolta al paziente contenuto, soggetto della ricerca, possa avere una ricaduta positiva sul piano terapeutico, contribuendo a favorire l'elaborazione dell'episodio contenitivo.

Bias

Il questionario non strutturato verrà sottoposto al soggetto prima del SR-PPT, in modo tale da evitare distorsioni derivanti dalla sequenza di argomenti proposta dal SR-PPT. Seguendo le raccomandazioni raccolte entro la letteratura, i dati dovranno essere rilevati senza far trascorrere troppo tempo dall'ultimo episodio contenitivo subito dal paziente (Noda T et al., 2012; Anestis A. et al., 2012). Sono tuttavia considerati accettabili i rilevamenti ottenuti alla dimissione, in quanto la contenzione meccanica sembra essere la forma coercitiva meno soggetta a cambiamenti di percezione nel tempo (Fugger G. et al., 2016).

Per rispondere ai questionari verrà fornita al soggetto intervistato una situazione di tranquillità e solitudine. A causa della sensibilità dell'argomento trattato, si porrà particolare attenzione alla presentazione degli obiettivi di ricerca, che dovrà essere adeguatamente descritti. I soggetti verranno accuratamente informati in merito al rispetto dell'anonimato e della segretezza. Le risposte ai questionari resteranno celate anche all'équipe dei curanti, allo scopo evitare distorsioni relative alla "desiderabilità sociale".

Dimensione del campione

Sulla base delle comuni raccomandazioni metodologiche (De Lillo A. et al., 2007), e tenendo conto della difficoltà relative al recupero di pazienti idonei, la dimensione del panel più appropriata per poter effettuare una analisi fattoriale è da stimarsi intorno ai 100 casi.

Procedura di arruolamento

I partecipanti saranno arruolati durante o alla fine del ricovero in SPDC. Tutti i candidati idonei saranno invitati a partecipare alla rilevazione.

Allo stesso tempo, attraverso la ricognizione delle

cartelle cliniche verranno controllate alcune variabili anagrafiche e di trattamento per ciascuno dei candidati ammissibili: sesso; età; diagnosi; numero di ricoveri subiti nell'ultimo anno; eventuale TSO; durata dell'attuale ricovero; intervallo di tempo compreso tra l'ultimo evento contenitivo e la rilevazione; numero e durata di ogni episodio contenitivo subito durante l'attuale ricovero.

Definizione di conclusione dello studio

Lo studio sarà concluso per ogni singolo paziente nel momento della compilazione di entrambi gli strumenti di rilevazione. La fase di rilevazione potrà essere considerata complessivamente conclusa quando verrà raggiunto un numero sufficiente di soggetti intervistati (stimato intorno ai 100 casi).

Raccolta dei dati

Verranno raccolti, coerentemente con gli strumenti prescelti, i seguenti dati:

1. informazioni sul paziente/trattamento (fonte: cartelle cliniche:
 - età del paziente;
 - genere sessuale;
 - data di ammissione;
 - data di dimissione;
 - motivo del ricovero/diagnosi
 - eventuale stato di TSO
 - numero e durata di ogni episodio contenitivo subito durante l'attuale ricovero.

Se possibile, si includeranno anche informazioni relative a:

- numero di eventuali ricoveri subiti nell'ultimo anno;
 - numero di eventuali contenzioni avvenute in precedenti ricoveri subiti nell'ultimo anno.
2. corpus testuale ricavato dal questionario non strutturato con domanda stimolo: Come descriverebbe l'esperienza di trattamento durante la quale è stato contenuto?
 3. dati ricavati dal questionario SR-PPT (validità e attendibilità dello strumento disponibili in Noda et al., 2012).

Gestione dei dati

I dati relativi al paziente e al trattamento verranno inseriti dal rilevatore prima della sottomissione del questionario non strutturato e del SR-PPT. Il questionario strutturato e quello non strutturato verranno compilati autonomamente dal paziente. Il paziente deve essere ingaggiato entro il lavoro di ricerca attraverso una condivisione degli obiettivi pertinente ed esaustiva. Il paziente inoltre deve essere lasciato solo dai curanti al momento della compilazione, pena distorsioni nelle risposte. Il paziente deve egualmente essere rassicurato alla fine della compilazione in merito al rispetto della privacy.

Piano statistico

I dati qualitativi e quantitativi verranno analizzati separatamente, dopodiché confrontati e interpretati.

Per quanto riguarda il SR-PPT, questi rappresenta uno strumento già validato tramite analisi fattoriale. Per questo motivo, nel rispetto della semantica dello studio di validazione (Noda T. et al., 2012), gli items verranno distinti in due famiglie, ognuna delle quali restituirà un indice per somma. Si procederà ad una analisi monovariata di ogni singola domanda, nonché ad una monovariata di ciascuno dei due indici presi separatamente, che verrà successivamente normalizzata. Si testerà anche la possibilità di creare un unico indice per somma. Si procederà poi con la discriminazione dei rispondenti sulla base dei due indici, che verrà interpretata anche a partire dalle ipotesi costruite sulla base dei risultati del questionario non strutturato. Alla fine si intende procedere con una analisi bivariata, in modo tale da incrociare le variabili anagrafiche/di trattamento che risulteranno sufficientemente rappresentate nella rilevazione.

Vista l'assenza di campione probabilistico, per correttezza metodologica si provvederà con una analisi fattoriale solo nella logica del sostegno all'interpretazione, e solo a partire dal raggiungimento di un

certo numero di risposte che, coerentemente con le più comuni indicazioni metodologiche (De Lillo A. et al., 2007), possano sostenerla statisticamente. Lo strumento informatico utilizzato sarà SPSS.

Per quanto riguarda l'intervista non strutturata con domanda stimolo, il testo ricavato, se sufficientemente ricco, verrà analizzato tramite una procedura semi-automatica denominata AET (Carli R. et al, 2003). Questa procedura, attraverso tecniche di analisi statistica multivariata (nello specifico Analisi delle Corrispondenze Lessicali) permette di rilevare cluster di parole rappresentate su un piano fattoriale. I dati anagrafici rilevati attraverso le cartelle cliniche verranno trattati come variabili illustrative. Se il corpus testuale si rivelasse insufficiente, si procederà esclusivamente con una analisi del vocabolario. Lo strumento informatico utilizzato sarà in entrambi i casi Alceste.

L'elemento caratterizzante di questo studio riguarderà la possibilità di confrontare i cluster estrapolati in corso di validazione del SR-PPT, attraverso l'analisi fattoriale, e quelli estratti dalle risposte libere dei pazienti attraverso l'intervista non strutturata. Questo passaggio consentirà un approfondimento della validità di contenuto del SR-PPT. Questo strumento è infatti stato validato in Giappone, e non si può sostenere con certezza che le dimensioni collegate alla percezione di un evento contenitivo nella popolazione giapponese ed in quella italiana siano identiche. I cluster saranno dunque confrontati, e la corrispondenza semantica analizzata. Se i cluster non dovessero risultare sovrapponibili, si sarebbero comunque poste le basi per la costruzione di un strumento finalizzato alla rilevazione entro il contesto italiano.

Considerazioni etiche, acquisizione del consenso informato e trattamento dei dati

Il progetto prevede la partecipazione di pazienti psichiatrici sottoposti a contenzione meccanica, che rappresentano una categoria particolarmente sensibile. Lo scopo

di questo e simili altri studi è quello di sviluppare un contributo allo sviluppo di strumenti e guidelines più etiche entro la pratica clinica. I pazienti saranno invitati a partecipare dopo una attenta e completa descrizione della ricerca, e parteciperanno previa sottoscrizione del consenso informato, in accordo al codice della ASST Pavia e alla normativa vigente. Poiché in generale i soggetti sottoposti a restrizioni fisiche non sono in grado di concedere il consenso nel momento dell'intervento, gli intervistatori aspetteranno il momento più opportuno, nell'ottica dell'assoluto rispetto delle priorità dei pazienti. I ricercatori partecipanti dichiarano di attenersi alla Carta dei Principi per la Ricerca nelle Scienze Umane e Sociali e al Codice di Condotta prodotto dalla relativa Commissione del CNR.

CONCLUSIONI

Questo lavoro parte dalla constatazione che il tema della pratica della contenzione fisica e della gestione dell'aggressività genera nei dibattiti scientifici e tra gli operatori sanitari che lavorano negli SPDC intensi confronti e discussioni, che talvolta assumono una radicale polarizzazione. C'è infatti chi ritiene che la contenzione fisica sia un atto clinico/terapeutico e chi invece la considera una pratica illegale. D'altro canto, in alcuni casi, le Forze dell'Ordine chiamate a supporto in situazioni di pericolo per l'incolumità di pazienti e operatori in SPDC dichiarano di non poter intervenire in quanto non di loro competenza, essendo "un intervento di natura sanitaria".

In questo articolo proponiamo due progetti finalizzati a contribuire sia da un punto di vista delle conoscenze sia da un punto di vista più strettamente operativo, il tema della contenzione fisica e dell'aggressività. Tali obiettivi saranno perseguiti mediante uno studio sui vissuti emotivi e cognitivi dei pazienti sottoposti a contenzione fisica e attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro presso la Prefettura di Pavia al fine di individuare delle linee comuni di intervento nel

caso di coinvolgimento delle Forze dell'Ordine nella gestione dell'aggressività in SPDC. L'obiettivo è quello di individuare un protocollo operativo che possa essere una base di lavoro per altri SPDC.

I risultati di tali progetti verranno condivisi con la comunità scientifica mediante pubblicazioni specifiche.

AFFILIAZIONE AUTORI:

* *MD, PhD, ASST Pavia*

***PhD c, Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale
Università La Sapienza*

CORRISPONDENZA A:

cristiano.nichini@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Glick I. D. *Improving treatment for the severely mentally ill: implications of the decade-long Italian psychiatric reform.* Psychiatry. 1990 Aug;53(3):316-23
2. Morzycka-Markowska M, Drozdowicz E, Nasierowski T. *Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences Part II. The consequences of deinstitutionalization.* Psychiatr Pol. 2015 Mar-Apr;49(2):403-12. doi: 10.12740/PP/28614
3. Ramon S. *The impact of the Italian psychiatric reforms on North American and British professionals.* Int J Soc Psychiatry. 1989 Spring;35(1):120-7.
4. Bak, J. & Aggernæs, H. (2012). *Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries.* Nordic Journal of Psychiatry, 66[5]:297-302.
5. Bowers, L. (2014). *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21[6]: 499–508.
6. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2005). *Roadmap to a Restraint-Free Environment.* Disponibile all'indirizzo <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma06-4055/>
7. Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. & Tziggili, M. (2009). *Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16[8], 749-75.
8. Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review.* Riv Psichiatri, 48[1]: 10-22, 10.
9. Norredam, M., Garcia Lopez, A., Keiding, N. & Krasnik, A. (2010). *Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes.* Acta Psychiatr Scand, 121[2]:143–51.
10. Tarsitani, L., Pasquini, M., Maraone, A., Zerella, M. P., Berardelli, I., Giordani, R.,... & Biondi, M. (2013). *Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study.* International Journal of Social Psychiatry, 59[6], 613–618
11. Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V. & Ferri, P. (2014). *Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis.* Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 10, 94-102.
12. Spinzy, S., Maree, Y., Segev, A. & Cohen-Rappaport, G. (2018). *Listening to the Patient Perspective: Psychiatric Inpatients' Attitudes Towards Physical Restraint.* Psychiatric Quarterly, 89[3]:691-696.
13. Fugger, G., Gleiss, A., Baldinger, P., Strnad, A., Kasper, S. & Frey, R. (2016). *Psychiatric patients' perception of physical restraint.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 133[3]:221-231.
14. Tingleff, E., Hounsgaard, L., Bradley, S. K. & Gildberg, F. A. (2018). *Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study.* International Journal of Mental Health Nursing, 28 [2].
15. Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A. & Cornaggia, C. M. (2013). *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review.* Riv Psichiatri, 48[1]: 10-22, 10.
16. Martin V., Bernhardsgrütter R., Gobel R., Steinert T. (2007). *The use of mechanical restraint and seclusion: comparing the clinical practice in Germany and Switzerland.* Psychiatr Prax, Suppl 2:S212-7. doi: 10.1055/s-2006-952005
17. Zanetti E, Castaldo A, Miceli R et al (2012). *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza.* L'infermiere, 49(2), e29-e32.
18. Amatulli A., Bazzoli B., Borghetti S., Costantino A., Lora A., Moro C., Vita A. (2018). *Indicazioni regionali per la riduzione della contenzione meccanica nei reparti di psichiatria e di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza lombardi.* Documento elaborato dal Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia
19. Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). *Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix.* Psychological Bulletin, 56, 81-105

-
20. Noda T., Sugiyama, N., Ito H., Soininen P., Putkonen H., Sailas E. & Joffe G. (2012). *Secluded/restrained patients' perceptions of their treatment: Validity and reliability of a new questionnaire*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66: 397–404.
 21. Soininen P., Välimäki M., Noda T., Puukka P., Korkeila J., Joffe G. & Putkonen H. (2013). *Secluded and restrained patients' perceptions of their treatment*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22[1]:47–55.
 22. Aneštiš A., Daffern M., Thomas S. D.M., Podubinski T., Hollander Y, Lee S., Foley F., de Castella A. & Kulkarni J. (2013). *Predictors of Perceived Coercion in Patients Admitted for Psychiatric Hospitalization and the Stability of these Perceptions over Time*. *Psychiatry, Psychology & Law*, 20[4]:492–503.
 23. Fugger G., Gleiss A., Baldinger P., Strnad A., Kasper S. & Frey R. (2016). *Psychiatric patients' perception of physical restraint*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133[3]:221–231.
 24. De Lillo A., Argentin G., Lucchini M., Sarti S., Terraneo M. (2007). *Analisi multivariata per le scienze sociali*. Pearson Education, Milano.
 25. Carli R. e Paniccia, R. M. (2003). *L'Analisi Emozionale del Testo*. FrancoAngeli, Milano.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni