



+
•
○

CONTENZIONE: ASPETTI NORMATIVI, GIURIDICI E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Evento formativo per OPI Oristano - 13/09/2024

Parlare di contenzione



The use of physical restraints poses dilemmas for the nursing staff. This is not surprising because the application of some form of restraint is practiced in almost all nursing home facilities. Several reports that used interviews reveal that nurses are very aware and concerned about the use of restraints.¹ For example, a survey conducted by *RN* showed no ardent advocates for restraints.² For the most part, their readership just considered them a necessary evil.

Another researcher interviewed 15 nurses who worked in a psychiatric setting to determine why restraining a patient was so disturbing to them. Responses indicated that the act of restraining caused the nurses to experience feelings of anxiety, inadequacy, frustration, dissatisfaction, being over-

SPECIAL ISSUE • RESTRAINTS •

tween protection of the patient and beliefs about professional behavior on the part of the nursing staff. For example, their comments suggest a struggle to reconcile their decision to restrain or not to restrain with their value for patient autonomy and dignity.³

The results of the research suggest that the use of restraints does have a subjective impact on nursing staff. In addition, the lack of a sufficient amount of empirical data indicates that more comprehensive studies are needed to determine the current perceptions or attitudes of nurses regarding

at the facility were invited to participate in the study. The study subjects included all three groups of nursing personnel because of their direct contact in caring for patients who may require restraints.

Data were gathered by a questionnaire developed by the researchers. The questionnaire was designed to elicit information about the personal and professional characteristics of respondents, knowledge about restraints, nursing practice regarding the use of physical restraints, and attitudes toward the use of restraints. This article focuses on the findings regarding nurses' attitudes.

In this study, a physical restraint is defined as a device or garment used to restrict the movement of a patient in a chair or bed. This definition was for-

The Nursing Dilemma of Restraints

whelmed, being drained, and guilt. In summary, the nurses interviewed regarded restraining as a highly stressful emotional experience.² The literature also reported that nurses empathize with patients who are restrained, recognizing that they themselves would not want to be in a similar position. At the same time, the nurses feel the constraints of the work environment and the demands of other patients.³

Yarmesch and Shear⁴ conducted a study using 23 nurses employed in an 880-bed hospital. Their results demonstrated a lack of consensus among nurses regarding the use of restraints and the use of alternative measures. Also, the amount of continuing education earned by the surveyed nurses did appear to have an effect on their decisions to restrain or not to restrain a patient. Strumpf and Evans⁵ conducted a survey that included 18 nurses working with elderly in an acute setting. Their findings suggest that the decision to restrain posed a conflict be-

the use of physical restraints. The study reported here was designed to meet this research need and thus provide a data base for the development of intervention strategies aimed at helping nursing staff cope with their concerns regarding the use of restraints.

METHOD

The sample includes 63 nursing assistants, 38 licensed practical nurses (LPNs), and 17 registered nurses (RNs). The sample was obtained from a large county nursing home facility that employed approximately 100 RNs, 200 LPNs, and 300 nursing assistants. All of the nursing staff working

By Yvonne K. Scherer, RN, EdD; Linda M. Janelli, RNC, EdD; Genevieve W. Kanski, RN, EdD; Mary Anne Neary, RN, EdD; and Nancy E. Morth, RN, MS

mulated based on a study conducted by Janelli⁶ in which nursing home administrators were surveyed as to their policies and procedures regarding the use of restraints. This definition of a physical restraint was not provided to the subjects because of the belief that it could have biased subjects' responses on the total questionnaire.

To obtain information on attitudes, subjects were asked to respond on a five-point Likert scale ranging from strongly agree to strongly disagree. The items addressed issues relating to patient and family rights concerning the use of restraints and the effects of using restraints on patients, families, and the nursing staff. The attitudinal items were generated from a review of literature and the recommendations of five gerontological nurses who had extensive background in the care and management of individuals requiring the use of restraints.

Prior to the implementation of the research, the questionnaire was pilot

Scherer YK, Janelli LM, Kanski GW, Neary MA, Morth NE.

The nursing dilemma of restraints.

J Gerontol Nurs. 1991
Feb;17(2):14-7.

«Most respondents believe patients should be restrained for safety even if it means loss of dignity.»



The Nursing dilemma of restraints: è il titolo di un articolo apparso nel 1991 sulla rivista *Journal of Gerontological Nursing*, che riflette la situazione venutasi a creare negli USA di fronte alla diffusa pratica di contenere.

I due aspetti principali del dilemma, che emergono dalla letteratura americana sull'argomento sono da un lato la consapevolezza che la contenzione largamente utilizzata non può essere una risposta assistenziale ai pazienti e dall'altro la difficoltà ad implementare interventi alternativi alla contenzione.

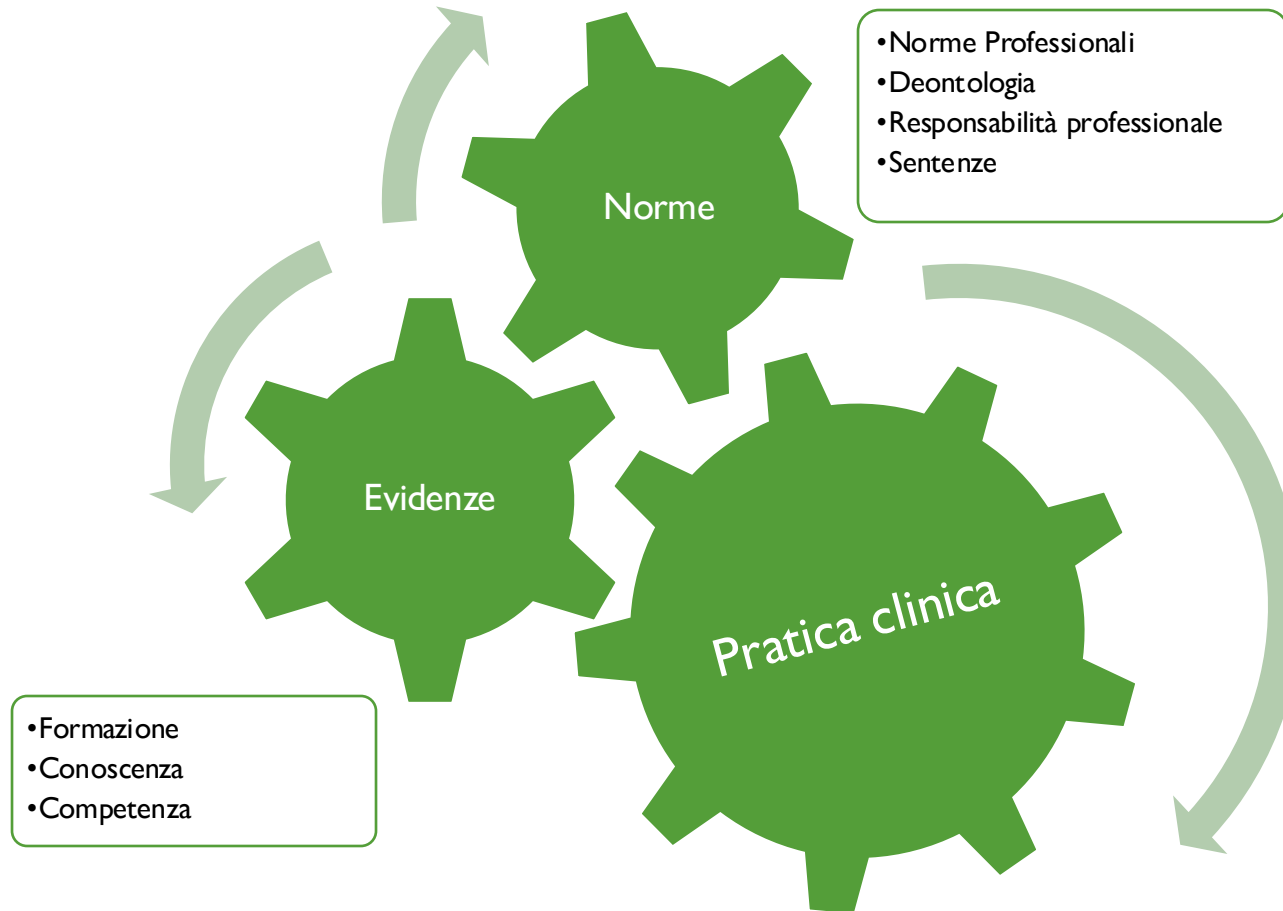


Mal...fattori

- Asfissia organizzativa
- Mancanza di motivazione al cambiamento
- Leadership inefficace
- Necessità di maggiori conoscenze
- ...



Integrated way



La normativa



Regio Decreto del 16/08/1909, n. 615

”Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione. L’autorizzazione indebita dell’uso dei detti mezzi rende possibile coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice Penale.”



Carta Costituzionale, articolo 13

“Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall’Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge”.

Articolo 32, secondo comma

“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”.



Lo stato di necessità

*“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, **sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo**”* (art. 54 c.p.)

Legittima difesa

*“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di un'offesa ingiusta, **sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa**”* (art. 52 c.p.)



- Nelle realtà dove è prevista e necessaria la limitazione della libertà personale, quale pena detentiva, l'articolo 82 del D.P.R. 230/2000 riporta che *“La coercizione fisica (...omissis...) si effettua sotto il controllo sanitario con l'uso dei mezzi impiegati per le medesime finalità presso le istituzioni ospedaliere pubbliche”*
- L'ulteriore coercizione è considerata «trattamento sanitario» e pertanto deve riportare le medesime cautele.



ART 35 - CONTENZIONE

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.

3 caratteristiche:

- cautelare
- eccezionale
- temporanea



3 requisiti:

- motivata
- annotata
- monitorata



**CODICE
DEONTOLOGICO
DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE**



COMMENTARIO
al
NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
delle
Professioni Infermieristiche

FNOPI

Gli E-book FNOPI
Empowering nurses

Approfondimento





Istituto Superiore di Sanità

Petrini C. Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. Ann Ist Super Sanita. 2013;49(3):281-5. doi: 10.4415/ANN_13_03_08. PMID: 24071608.

«Restraint is an explicit violation of human rights, as it impairs the freedom and dignity of the person. The prohibition of restraint and the opening of doors in healthcare facilities should be among the quality goals of health services»



Documenti universali



**United
Nations**



UNITED NATIONS
HUMAN RIGHTS
OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER

Universal Declaration of Human Rights



COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della
dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della
biologia e della medicina



Mental Capacity Act – UK 2005



1. Si presume che tutte le persone abbiano la capacità di prendere decisioni fino a prova contraria.
2. Una persona non può essere trattata come incapace di prendere decisioni senza che prima non siano falliti tutti i tentativi per aiutarla.
3. Una persona non può essere trattata come inabile nel prendere decisioni solo perché prende decisioni errate.
4. Un atto o decisione presa, ai sensi della presente legge per o per conto di una persona che manca di capacità deve essere fatto nel suo interesse.
5. Prima che l'atto sia fatto, o la decisione sia presa, si deve tener conto se lo scopo può essere raggiunto in un modo meno restrittivo dei diritti della persona.



E in Italia?



«La nostra azione di rovesciamento ha avuto inizialmente questo significato: smascherare la violenza dell'istituzione psichiatrica, dimostrare la gratuità ed il carattere puramente difensivo delle misure repressive manicomiali, attraverso l'edificazione di una dimensione istituzionale diversa, dove il malato potesse gradualmente ritrovare un ruolo che lo togliesse dalla passività in cui la malattia, prima, e l'azione distruttiva dell'istituto, poi, lo avevano fissato»



- Nel 1973, Basaglia, insieme ad alcuni collaboratori, fonda il movimento “Psichiatria Democratica”, convinto che per attuare un vero cambiamento nell’ambito della psichiatria fosse necessario anche un cambiamento politico.
- Nel gennaio 1977 si annuncia la chiusura dell’ospedale psichiatrico “San Giovanni” di Trieste e il dibattito sulla chiusura dei manicomi arriva in Parlamento.
- Il 13 maggio 1978 è approvata la legge 180, scritta e promossa dal deputato DC e psichiatra Bruno Orsini, soprannominata appunto “Legge Basaglia”, che ridefinisce la concezione di malattia mentale e mette la persona al centro della cura.
- La legge mette quindi fine ai manicomi e istituisce servizi di cura territoriale: reparti di psichiatria negli ospedali, centri per la salute mentale e centri diurni, centri di supporto alle famiglie. La riforma, tuttavia, diventa operativa solo a metà degli anni ‘90, quando in Italia vengono effettivamente chiusi gli ultimi ospedali psichiatrici.



Accertamenti e trattamenti sanitari
volontari e obbligatori

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

GAZZETTA  UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Martedì, 16 maggio 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 6510
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

- Definisce le procedure per ASO e TSO
- Sposta l'asse sul territorio
- Non parla di contenzione



GAZZETTA



UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Martedì, 16 maggio 1978

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVIDIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 6510
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

- Articolo 716 Codice Penale «Omesso avviso all'Autorità dell'evasione o fuga ~~di infermi di mente e di minori~~»
- Art. 420 Codice Civile «Internamento definitivo in manicomio»
- Art. 1, 2, 3 e 3 bis della Legge 36/1904 «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati»

- Modifica il Codice Penale
- Modifica il Codice Civile
- Abroga alcune norme

Art. 11, Norme finali: «(...) *Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili*»



MATTI DA SLEGARE



un film di
Silvano Agosti, Marco Bellocchio
Sandro Petraglia, Stefano Rulli

Rai Fiction

c i a o
ragazzi!

PRESENTANO



Un film di Marco Turco
**"C'ERA UNA VOLTA
LA CITTA' DEI MATTI..."**

Con Fabrizio Gifuni e Vittoria Puccini



CITTA' DI ANCONA

ffb

Marco Turco

TEATRO LA FENICE - SALE APOLLINEE

SABATO 6 FEBBRAIO ORE 17.00

Se non è presente all'antiprima del film il regista Marco Turco e l'attrice Vittoria Puccini.

Ingresso: libero, sito a esaurimento posti.

INFORMAZIONI
Produttore: Francesco Pizzini
Tel. 051 279662
E-mail: info@teatrofenice.it
www.teatrofenice.it

Consiglio Comunale
Tel. 051 279100
consiglio@teatrofenice.it
www.teatrofenice.it

Teatro La Fenice - Venezia
www.teatrofenice.it



Prodotto da **Claudia Mori**

Oggi si parla di «eredità tradita» di Franco Basaglia





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 6, Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma



Alla cortese attenzione del Capo di
Gabinetto Pres. Goffredo Zaccardi

OGGETTO:

Documento "Superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale"

Si trasmette il documento in oggetto, unitamente allo Schema di Accordo, per la necessaria approvazione, al fine di proseguire l'iter per la condivisione con le Regioni e la stipula di Accordo in Conferenza Unificata.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Giovanni Rezza

Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale

- 1. Contenuti e obiettivi**
- 2. La contenzione nei servizi del Dipartimento di Salute Mentale**
L'evoluzione del dibattito istituzionale dal 2008 ad oggi
- 3. La contenzione nei servizi di Neuropsichiatria per l'Infanzia e Adolescenza**
- 4. Raccomandazioni e azioni per il superamento della contenzione entro un triennio (2021-2023)**
Raccomandazione 1. Attivare percorsi di riconoscimento delle pratiche limitative delle libertà personali
Raccomandazione 2. Assumere iniziative per conoscere e monitorare la contenzione
Raccomandazione 3. Rispettare i diritti e la dignità delle persone
Raccomandazione 4. Organizzare servizi di salute mentale integrati, inclusivi e radicati nel territorio
Raccomandazione 5. Garantire la qualità dei luoghi di cura e l'attraversabilità dei servizi
Raccomandazione 6. Promuovere il lavoro di gruppo e il lavoro in rete
Raccomandazione 7. Garantire le attività di formazione a tutte le operatrici e gli operatori

Bur n. 130 del 25/08/2020

(Codice interno: 426131)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1106 del 06 agosto 2020

Adozione delle Linee di indirizzo regionale per la riduzione e per il progressivo superamento della contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

[Sanità e igiene pubblica]

«Sostanzialmente, si può affermare che il ricorso alla contenzione è giustificato dalla necessaria presenza di alcuni requisiti:

- a) l'evidenza di un pericolo attuale, ossia che la possibilità che si verifichi l'evento temuto sia concreta;
- b) il pericolo deve prevedere un danno alla vita o all'integrità della persona;
- c) la gravità del possibile danno deve potersi stabilire su basi oggettive;
- d) l'evidenza che solo con il mezzo coercitivo si può evitare il danno;
- e) la coercizione deve essere proporzionata al pericolo da evitare»



Responsabilità d'equipe

3.4. Matrice delle responsabilità

La responsabilità dell'applicazione della presente PO è in carico a tutto il personale sanitario che opera in SPDC, a diverso titolo e ciascuno per la parte di propria competenza. Rispetto alle specifiche attività, si può descrivere la seguente matrice delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nella PO.

Attività	Attori	Medico	Coord.	Inf.	OSS	Caregiver	Paziente	Forze dell'ordine
Valutazione della problematica contenitiva		R	R	R	C	C	I	-
Informazione/acquisizione consenso		R	C	C	C	C	C	-
Prescrizione della contenzione		R	C	C	I	I	I	-
Registrazione in cartella clinica		R	C	I	I	-	-	-
Registrazione nella scheda infermieristica		I	C	R	I	-	-	-
Attuazione della contenzione		I/C	I	R	R	I	I	R*
Monitoraggio del paziente		R	I	R	R	I	I	-
Cessazione		R	C	C	I	I	I	-

R = responsabile
R* = se vi è il rischio commissione di reati
C = coinvolto
I = informato



Responsabilità...

- Professionale: garantire all'assistito le migliori pratiche assistenziali, in relazione alle proprie competenze e conoscenze (valutazione *ex ante*).
 - principio di congruità
 - diligenza professionale
- Giuridica: rispondere del proprio operato davanti ad un giudice (valutazione *ex post*).

*Ignora
le tue responsabilità,*



FINGITI MORTA.



Responsabilità, quali parametri?

Considerato che la colpa costituisce la violazione di un dovere obiettivo di diligenza, un primo parametro attinente al profilo oggettivo della diligenza riguarda la **misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi** sulla base della norma cautelare cui ci si doveva attenere.



Ulteriore elemento di rilievo sul piano soggettivo è quello della **motivazione della condotta**.

Per esempio una tenuta professionale sbrigativa e non appropriata può essere «meno grave» se compiuta per una ragione d'urgenza (cosa diversa dallo “stato di necessità”, ex art 54 c.p., che sancisce, in modo specifico e condizionato la “non punibilità”)



La **consapevolezza o meno di tenere una condotta pericolosa** e, quindi, dalla previsione dell'evento
(colpa cosciente).

Colpa cosciente o dolo eventuale?



La colpa generica

Negligenza: si ha quando il sanitario, per disattenzione, dimenticanza, disaccortezza, svogliatezza, leggerezza, superficialità o altro, trascuri quelle regole comuni di diligenza, richieste nell'esercizio della professione e osservate dalla generalità dei sanitari.



Imprudenza: ha luogo se il professionista sanitario agisce con avventatezza, eccessiva precipitazione o ingiustificata fretta, senza adottare quelle cautele consigliate dalla ordinaria prudenza o dall'osservanza di precauzioni doverose.



Imperizia: ha un profilo strettamente tecnico e deriva dalla mancanza di nozioni scientifiche e pratiche o da una insufficiente esperienza professionale. La perizia del medico o di altro sanitario consiste nel sapere e nel saper fare ciò che richiede il proprio campo di attività.



Responsabilità penale professionale (L. 24/2017, art. 6)

Art. 590-sexies «Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario»: se i reati di **omicidio colposo (art. 589 c.p.)** e **lesioni personali colpose (art. 590 c.p.)** sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste escludendo la punibilità, qualora l'evento si sia verificato a causa di **imperizia, quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida** come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.



Responsabilità ... e reati

Implica un comportamento umano, che si concretizza in un'azione o omissione tesa a ledere un bene tutelato giuridicamente e a cui l'Ordinamento giuridico fa discendere l'irrogazione di una pena



Sequestro di persona, articolo 605 del codice penale: «*Chiunque priva taluno della libertà personale è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni*».



Violenza privata: articolo 610 del codice penale: «*Chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a 4 anni*».

- In ambito sanitario viene sostituito spesso da ipotesi di reato più specifiche, come per esempio i reati di sequestro di persona e di lesioni personali.
- Se il reato viene commesso da un pubblico ufficiale o un incaricato di pubblico servizio vi è un'aggravante di pena.



Abuso dei mezzi di correzione e disciplina, articolo 571 del codice penale: «*Chiunque abusa di mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, **cura** o vigilanza, ovvero **per l'esercizio di una professione**, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente*»



Abbandono di persone minori o incapaci, articolo 591 del codice penale: «*Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte*»



Lesioni personali colpose articolo 590 del codice penale: *«Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309. Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239»*



La gravità delle lesioni...

La gravità delle lesioni viene determinata dal tempo necessario al loro risanamento, per cui si distinguono:

- lesioni personali lievissime, che si hanno quando la durata della malattia non è superiore a venti giorni;
- lesioni personali lievi, che si hanno quando la durata della malattia è superiore a venti giorni, ma non superiore a quaranta;
- lesione personale grave (art. 583 c.p.):
 - se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
 - se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.
 - se la persona offesa è una donna incinta e dal fatto deriva l'acceleramento del parto.



- Lesione personale gravissima se dal fatto deriva:
 - una malattia certamente o probabilmente insanabile;
 - la perdita di un senso;
 - la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
 - la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso
 - l'aborto



Maltrattamenti, articolo 572 del codice penale: «*Chiunque maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, **cura**, vigilanza o custodia, o per **l'esercizio di una professione** o di un'arte, è punito con la reclusione da due a sei anni.*

Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni»



Aggravanti di pena per i reati commessi in strutture sanitarie e socio sanitarie (61 c.p., comma 11-sexies)

Aggravano il reato... *«l'aver, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative»*



Tortura, art. 613-bis c.p. (2017!): «Chiunque, con violenze o minacce gravi, ovvero agendo con crudeltà, cagiona acute sofferenze fisiche o un verificabile trauma psichico a una persona privata della libertà personale o affidata alla sua custodia, potestà, vigilanza, controllo, **cura o assistenza**, ovvero che si trovi in condizioni di minorata difesa, è punito con la pena della reclusione da quattro a dieci anni se il fatto è commesso mediante più condotte ovvero se comporta un trattamento inumano e degradante per la dignità della persona»



- «Se i fatti di cui al primo comma sono commessi da un **pubblico ufficiale o da un incaricato di un pubblico servizio**, con abuso dei poteri o in violazione dei doveri inerenti alla funzione o al servizio, la pena è della reclusione da cinque a dodici anni. (omissis)
 - Se dai fatti di cui al primo comma deriva una lesione personale le pene di cui ai commi precedenti sono aumentate; se ne deriva una lesione personale grave sono aumentate di un terzo e se ne deriva una lesione personale gravissima sono aumentate della metà.
 - Se dai fatti di cui al primo comma deriva la morte quale conseguenza non voluta, la pena è della reclusione di anni trenta. Se il colpevole cagiona volontariamente la morte, la pena è dell'ergastolo.»
- (Omicidio colposo, articolo 589 del codice penale: “Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.”)



Obbligo di denuncia, articolo 331 del codice penale: *«I pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito»*





Suggerimenti di let(tera)tura

Suggerimenti di let(tera)tura



Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura?

*«La revisione bibliografica effettuata ha dimostrato come favorire la **relazione terapeutica** attraverso la comunicazione, l'ascolto e la condivisione con il paziente possa realmente migliorare l'esperienza di degenza e di contenzione non solo durante la procedura, ma anche per l'impatto futuro. Inoltre, il confronto con il paziente è determinante per poter migliorare l'impiego dei mezzi restrittivi e per poter identificare possibili strategie alternative e metodiche comunicative per ridurre l'aggressività e la perdita di controllo dei degenti»*



Suggerimenti di let(tera)tura



Psichiatria senza contenzioni. il progetto sperimentale
gestione eventi critici nel SPDC di Trento

«La gestione dei pazienti in un reparto orientato al no restraint senza strumenti contenitivi risulta senza dubbio più complessa: non è facile convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario o convincerlo ad assumere una terapia.

Climi meno restrittivi pongono infatti l'operatore e il paziente in situazioni di continua relazione e confronto, obbligano i primi a trovare sempre espedienti relazionali nuovi per confrontarsi con la persona. Fare questo può risultare stimolante per il professionista, ma al contempo estremamente faticoso, frustrante, se non si è allenati a farlo.»



Suggerimenti di let(tera)tura



Zanetti E, Costantini S. (1998)
Uso dei Mezzi di contenzione fisica



Suggerimenti di let(tera)tura

quotidianosanita.it

Benci L. (2019)

Legare i pazienti?

Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione

*«La **contenzione necessitata** è relativa, per la contenzione fisica/meccanica, al perimetro indicato dalla Corte di Cassazione con il puntuale richiamo all'articolo 54 del codice penale. Per interpretazione analogica dovremmo includere anche i casi di contenzione manuale e contenzione ambientale.*

Decisamente più complicato e necessitante di un approfondimento a parte riguarda la contenzione farmacologica.»



Suggerimenti di let(tera)tura



Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review

Xenia A. K. Kersting^{1,2*}, Sophie Hirsch³ and Tilman Steinert^{3,4}

¹ Clinic for Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Bonn, Bonn, Germany, ² MVZ Venusberg of the University Hospital Bonn, Bonn, Germany, ³ Clinic for Psychiatry and Psychotherapy I, Ulm University (Weissenau), Ulm, Germany, ⁴ Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau, Germany

Background: For centuries coercive measures in psychiatry have been means of averting acute danger. It has been known for almost as long that these measures can lead to harm or even death to those affected. Over the past two decades the topic has increasingly been the subject of scientific discussion and research. While the legal and ethical preconditions for coercive measures in psychiatry as well as epidemiological studies on their incidence and patients' subjective experiences have increasingly come into focus, research on possible adverse events has lagged behind. To our knowledge there is no systematic review on the harmful or even fatal physical adverse effects of coercive interventions in psychiatry.

Methods: We searched the databases PubMed and CINAHL for primary literature with a search string based on the PICO framework including key words describing different psychiatric diagnoses, coercive measures, and harms.

Results: In total, 67 eligible studies (mainly case reports and case series) of very heterogeneous quality were included. Two RCTs were found reporting position-dependent cardiac deterioration, but were, however, carried out with healthy people and were characterized by a small number of cases. Death was the most frequently reported harm: cardiac arrest by chest compression in 14 studies, cardiac arrest by strangulation in 9, and pulmonary embolism in 8 studies. Further harms were, among others, venous thromboembolism and injuries. Injuries during physical restraint were reported in 0.8–4% of cases. For other kinds of coercive interventions, there are no sufficient data. Venous thromboembolism occurred in a considerable percentage of cases during mechanical restraint, also under prophylaxis. The most commonly reported coercive measure was restraint, distinguishing in mechanical restraint (43 studies), physical restraint (22 studies), bedrails (eight studies), vest restraint (7 studies), and chair restraint (6 studies). Forced medication was explicitly mentioned only in two, but seems to have occurred in nine studies. Six studies included seclusion.

Conclusion: Coercive measures can lead to physical harm or even death. However, there is a significant lack of data on the incidence of such adverse events related to

«In totale, sono stati inclusi 67 studi ammissibili (principalmente casi clinici e serie di casi) di qualità molto eterogenea. Sono stati trovati due studi sperimentali (RCT) che riportavano un deterioramento cardiaco dipendente dalla posizione, ma sono stati eseguiti con persone sane e caratterizzati da un piccolo numero di casi. **Il decesso è stato il danno più frequentemente riportato: arresto cardiaco per compressione toracica in 14 studi, arresto cardiaco per strangolamento in 9 ed embolia polmonare in 8 studi.** Ulteriori danni sono stati, tra gli altri, tromboembolia venosa e lesioni. Lesioni durante la contenzione fisica sono state riportate nello 0,8-4% dei casi. Per altri tipi di interventi coercitivi, non ci sono dati sufficienti. **Il tromboembolismo venoso si è verificato in una percentuale considerevole di casi durante la contenzione meccanica, anche in profilassi.** La misura coercitiva più comunemente riportata è stata la contenzione, distinguendo in contenzione meccanica (43 studi), contenzione fisica (22 studi), sponde del letto (otto studi), contenzione del giubbotto (7 studi) e contenzione della sedia (6 studi). La medicazione forzata è stata menzionata esplicitamente solo in due studi, ma sembra essersi verificata in nove studi. Sei studi includevano l'isolamento.»

OPEN ACCESS

Edited by:

Andrés Ricardo Schneebarger,
Albert Einstein College of Medicine,
United States

Reviewed by:

Kolja Schütz,
Ludwig Maximilian University of
Munich, Germany
Annette Opitz-Welke,
Charité Medical University of Berlin,
Germany

*Correspondence:

Xenia A. K. Kersting
xenia.kersting@ukbbonn.de

Specialty section:

This article was submitted to
Forensic Psychiatry,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 31 January 2019

Accepted: 21 May 2019

Published: 11 June 2019

Citation:

Kersting XAK, Hirsch S and
Steinert T (2019) Physical Harm and
Death in the Context of Coercive
Measures in Psychiatric Patients:
A Systematic Review.
Front. Psychiatry 10:400.
doi: 10.3389/fpsy.2019.00400



Suggerimenti di let(tera)tura



Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review

Marie Chieze^{1*}, Samia Hurst², Stefan Kaiser¹ and Othman Sentissi¹

¹Adult Psychiatry Division, Department of Psychiatry, University Hospital of Geneva, Geneva, Switzerland, ²Institute for Ethics, History and the Humanities, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland

Background: Determining the clinical effects of coercion is a difficult challenge, raising ethical, legal, and methodological questions. Despite limited scientific evidence on effectiveness, coercive measures are frequently used, especially in psychiatry. This systematic review aims to search for effects of seclusion and restraint on psychiatric inpatients with wider inclusion of outcomes and study designs than former reviews.

Methods: A systematic search was conducted following PRISMA guidelines, primarily through PubMed, Embase, and CENTRAL. Interventional and prospective observational studies on effects of seclusion and restraint on psychiatric inpatients were included. Main search keywords were *restraint, seclusion, psychiatry, effect, harm, efficiency, efficacy, effectiveness, and quality of life*.

Results: Thirty-five articles were included, out of 6,854 records. Studies on the effects of seclusion and restraint in adult psychiatry comprise a wide range of outcomes and designs. The identified literature provides some evidence that seclusion and restraint have deleterious physical or psychological consequences. Estimation of post-traumatic stress disorder incidence after intervention varies from 25% to 47% and, thus, is not negligible, especially for patients with past traumatic experiences. Subjective perception has high interindividual variability, mostly associated with negative emotions. Effectiveness and adverse effects of seclusion and restraint seem to be similar. Compared to other coercive measures (notably forced medication), seclusion seems to be better accepted, while restraint seems to be less tolerated, possibly because of the perception of seclusion as "non-invasive." Therapeutic interaction appears to have a positive influence on coercion perception.

Conclusion: Heterogeneity of the included studies limited drawing clear conclusions, but the main results identified show negative effects of seclusion and restraint. These interventions should be used with caution and as a last resort. Patients' preferences should be taken into account when deciding to apply these measures. The therapeutic relationship could be a focus for improvement of effects and subjective perception of coercion. In terms of methodology, studying coercive measures remains difficult but, in the context of current research on coercion reduction, is needed to provide workable baseline data and potential targets for interventions. Well-conducted prospective cohort studies could be more feasible than randomized controlled trials for interventional studies.

Keywords: coercion, restraint, seclusion, psychiatry, inpatient, effect, safety, effectiveness

OPEN ACCESS

Edited by:

Christian Huber,
University Psychiatric Clinic Basel,
Switzerland

Reviewed by:

Andrea Fiorillo,
University of Campania
"L. Vanvitelli", Italy
Tonje Lossius Husum,
University of Oslo, Norway
Anu Marjatta Putkonen,
Nuuvanniemi Hospital, Finland

*Correspondence:

Marie Chieze
marie.chieze@hcuge.ch

Specialty section:

This article was submitted to
Public Mental Health,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 03 January 2019

Accepted: 21 June 2019

Published: 16 July 2019

Citation:

Chieze M, Hurst S, Kaiser S and
Sentissi O (2019) Effects of Seclusion
and Restraint in Adult Psychiatry:
A Systematic Review.
Front. Psychiatry 10:491.
doi: 10.3389/fpsy.2019.00491

«Sono stati inclusi trentacinque articoli, su 6.854 record. Gli studi sugli effetti dell'isolamento e della contenzione nella psichiatria degli adulti comprendono un'ampia gamma di esiti e progetti. La letteratura identificata fornisce alcune prove che **l'isolamento e la contenzione hanno conseguenze fisiche o psicologiche deleterie. La stima dell'incidenza del disturbo da stress post-traumatico dopo l'intervento varia dal 25% al 47%** e, quindi, non è trascurabile, soprattutto per i pazienti con esperienze traumatiche pregresse. La percezione soggettiva ha un'elevata variabilità interindividuale, per lo più associata a emozioni negative. **L'efficacia e gli effetti negativi dell'isolamento e della contenzione sembrano essere simili.** Rispetto ad altre misure coercitive (in particolare i farmaci forzati), l'isolamento sembra essere meglio accettato, mentre la contenzione sembra essere meno tollerata, forse a causa della percezione dell'isolamento come "non invasivo". L'interazione terapeutica sembra avere un'influenza positiva sulla percezione della coercizione.»



Suggerimenti di let(tera)tura



Received: 10 February 2020 | Revised: 19 January 2021 | Accepted: 21 January 2021

DOI: 10.1002/smi.3032

RESEARCH ARTICLE

WILEY

Psychological adjustment in care providers following restraint of psychiatric patients

Tine Holm^{1,2} | Signe Dolmer^{1,2} | Søren Risløv Staugaard³ | Arndis Simonsen¹ | Ole Mors¹

¹Department of Clinical Medicine, Psychosis Research Unit, Aarhus University Hospital Psychiatry, Aarhus, Denmark

²Department of Psychosis, Aarhus University Hospital Psychiatry, Aarhus, Denmark

³Department of Psychology and Behavioral Sciences, Center on Autobiographical Memory Research, Aarhus University, Aarhus, Denmark

Correspondence

Tine Holm, Department of Clinical Medicine, Psychosis Research Unit, Aarhus University Hospital Psychiatry, Palle Juul Jensens Boulevard 175, Entrance K, Skejby, DK 8200, Aarhus, Denmark.
Email: tinehol9@rm.dk

Funding information

Health Research Fund of Central Denmark Region, Grant/Award Number: A1630

Abstract

Mental healthcare providers face many difficult interactions with patients that can be emotionally demanding and have adverse effects on their well-being. Recent theoretical models suggest that the interpretation of stressful episodes may be more important for psychological adjustment than the nature of the episodes. This study examined whether care providers' interpretations of mechanical restraint episodes were related to their adjustment. We asked 80 mental healthcare providers to recall mechanical restraint episodes and to rate them on centrality to identity and positive and negative influence on self-understanding. They also completed scales measuring current symptoms of post-traumatic stress, depression, life satisfaction, and well-being. The results showed that care providers who interpreted mechanical restraint episodes as having a central negative influence on their identity experienced more symptoms of post-traumatic stress. Care providers who gave higher ratings of positive self-change following episodes reported more well-being. Our findings suggest, that considering care providers' subjective interpretations of episodes and not merely the objective facts surrounding them is critical if we wish to mitigate the negative emotional impact of episodes.

KEYWORDS

event centrality, meaning-making, mechanical restraint episodes, mental healthcare providers, psychological adjustment



«La contenzione incide anche sulla salute dei professionisti»



Suggerimenti di let(tera)tura



International Journal of Mental Health Nursing (2020) 29, 831–845

doi: 10.1111/inm.12716

ORIGINAL ARTICLE

Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review

Tahani Hawasawi,¹ Tamara Power,² Joel Zugai² and Debra Jackson²
¹Faculty of Nursing, King Abdul-Aziz University, Jeddah, Saudi Arabia, and ²Faculty of Health, University of Technology Sydney, Broadway, NSW, Australia

ABSTRACT: Seclusion and restraint are coercive practices associated with physical and psychological harm. International bodies have called for an end to these practices. However, these practices continue to be used. Elimination programmes have had some success in reducing the rates of these practices. Understanding coercive practices through the perspectives of involved individuals may facilitate a complete cessation of seclusion and restraint from the practice. Therefore, this qualitative review explored how nurses and consumers experienced seclusion and restraint events in mental health care. Five databases were searched. The search strategy resulted in the inclusion of fourteen qualitative papers. A thematic analysis was used to synthesize the findings. Six themes emerged under three main categories; shared experiences: disruption in care, disruption in the therapeutic relationship and shared negative impacts; nurses' experiences: absence of less coercive alternatives; and consumers' experiences: overpowered, humiliated and punished. Considering these experiences during planning for seclusion and restraint prevention might facilitate more effective implementation of seclusion and restraint elimination programmes. Our findings suggested that consumers should receive recovery-oriented, trauma-informed and consumer-centred care; while nurses should be better supported through personal, professional and organizational developmental strategies. Further research should focus on investigating shared interventions among consumers and nurses and exploring carers' experiences with coercive practices.

KEY WORDS: coercive practices, consumers, mental health nursing, restraint, seclusion.

Correspondence: Tahani Hawasawi, Faculty of Nursing, King Abdul-Aziz University, PO Box 80200, Jeddah, Saudi Arabia. Email: thawasaw@kau.edu.sa
Declaration of conflict of interest: There are no conflicts of interest.

Authorship statement: All authors substantially contributed to the conceptualization, design, analysis and interpretation of the review. TH and JZ have critically appraised the final included articles in the review. TP has substantially contributed to the conceptualization of the themes in the findings' section. The manuscript has been drafted and revised by all authors who have provided final approval to publish the final version of the manuscript and be accountable for all aspects of the project.

Tahani Hawasawi, RN, BN, MHN.
Tamara Power, RN, PhD.
Joel Zugai, RN, BN (Hons), PhD.
Debra Jackson, RN, PhD.

Accepted February 22 2020.

© 2020 Australian College of Mental Health Nurses Inc.

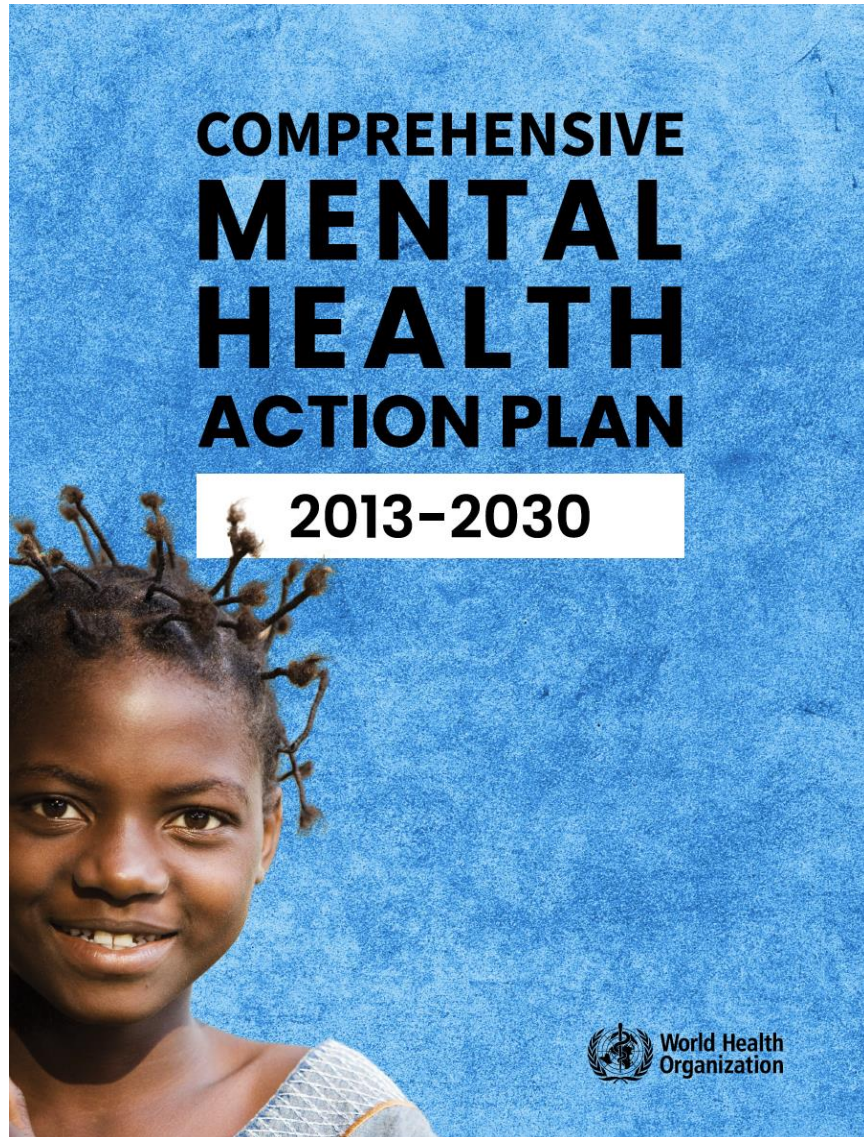
INTRODUCTION

This review aimed to explore consumers', carers' and nurses' experiences during seclusion and restraint events in mental health care. These practices have been positioned as failures of care (Barton *et al.* 2009; Smith *et al.* 2005). In recognition of the injuries, violation of human rights and breaching of the standard of mental health nurses' practice that are attributed to seclusion and restraint (Australian College of Mental Health Nurses 2013; Cusack *et al.* 2018), there has been an international drive towards coercive practices minimization with the aim of eventually eliminating their use in mental health practice (National Consumer

«I nostri risultati suggeriscono che gli infermieri dovrebbero essere meglio supportati attraverso risorse personali e professionali e strategie di sviluppo organizzativo. Ulteriori ricerche dovrebbero concentrarsi sull'approfondimento della condivisione degli interventi tra utenti e infermieri»



Suggerimenti di let(tera)tura



«I quattro obiettivi principali originali rimangono invariati:

- leadership e governance più efficaci per la salute mentale;
- fornitura di servizi di salute mentale e di assistenza sociale completi e integrati in contesti basati sulla comunità;
- attuazione di strategie di promozione e prevenzione; e sistemi informativi, prove e ricerca rafforzati.»



Conclusioni (?)





+

•

○

GRAZIE



luigi@studiopais.eu



Luigi Pais dei Mori



[luigipaisdeimori](https://www.instagram.com/luigipaisdeimori)



[@luigi_pais](https://twitter.com/luigi_pais)



www.studiopais.eu