

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**SPDC NO RESTRAINT: ANALISI E VALUTAZIONI
ALL'INTERNO DELL'ULSS 7 PEDEMONTANA, DAL PUNTO
DI VISTA INFERMIERISTICO.**

Relatore: Dott.ssa Tomelleri Silvia

Laureanda: Fantinato Elena

Matricola: 1232014

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

RIASSUNTO

Sfondo: Le contenzioni sono state regolamentate in Italia per la prima volta nel 1904; dopo 74 anni entra in vigore la legge 180 sulla chiusura dei manicomi e il paziente acquisisce il diritto di essere curato in ospedale. Dagli anni duemila nascono associazioni e regolamenti internazionali e nazionali per portare la società ad una consapevolezza rispetto alla pratica del no restraint. In Italia 27 SPDC si raffigurano come no restraint, di cui 20 open door con CSM 24h. Nell'ULSS 7 Pedemontana gli SPDC invece, seguendo il protocollo regionale del 2020 applicano le contenzioni e il modello porte chiuse.

Disegno di studio: Tesi osservazionale.

Materiali e metodi: Sono stati presi come campione di studio gli infermieri degli SPDC dell'ULSS7 Pedemontana, a cui è stato somministrato un questionario, tradotto e diviso in 8 parti. In cui vengono richiesti i dati anagrafici e lavorativi, e i diversi modi in cui sono percepite le contenzioni, così come le motivazioni che portano a contenere il paziente.

Risultati: Gli infermieri dell'ULSS 7 considerano l'uso dei mezzi alternativi alla contenzione fisica ma non credono che questi potranno mai sostituirla del tutto, sebbene riconoscano la contenzione come una pratica lesiva per il paziente. L'uso dei mezzi di contenzione non è considerato un fallimento per l'equipe, in quanto si ritengono forma di protezione e sicurezza in caso di comportamenti aggressivi/distruttivi.

Conclusioni: Esistono metodi alternativi alle contenzioni reperibili mediante ricerche a livello internazionale e nazionale. La metodica no restraint, produce molti benefici; comportano però un costante e duraturo impegno e il bisogno di intensificare e rendere efficace la rete territoriale per garantire una continuità del metodo. Nell'ULSS7 gli infermieri delineano un pensiero positivo nei confronti dei metodi no restraint ma affermano che l'eliminazione in toto delle contenzioni non è ad oggi una soluzione che si può prendere in considerazione. Nonostante ciò, la rete territoriale dell'ULSS7 può essere migliorata e ampliata.

Parole chiave: no restraint, mechanical AND physical restraint, psychiatric nurses, open door, history of restraint, Basaglia AND law 180, Conolly AND asylum, SPDC no restraint, nurse AND restraint.

ABSTRACT

Background: Containment was regulated in Italy for the first time in 1904; after 74 years Law 180 on the closure of asylums enters into force and the patient acquires the right to be treated in hospital. Since the 2000s, international and national associations and regulations have emerged to bring society to an awareness of the practice of no restraint. In Italy 27 SPDC are shown as no restraint, 20 of which are open doors with CSM 24h. In the ULSS 7 Pedemontana instead, the SPDCs, following the 2020 regional protocol, apply the restraints and the closed-door model.

Study design: Observational thesis.

Methodology: The SPDC nurses of ULSS7 Pedemontana were taken as a study sample and were given a questionnaire, which was translated and divided into 8 parts. In the first part, personal and work data were requested; then various ways in which restraints are perceived and what leads to restraint the patient are outlined.

Results: The nurses at ULSS 7 consider the use of alternatives to physical restraint but do not believe that physical restraint can ever be a complete substitute for it, although they recognize restraint as harmful to the patient. The use of restraints is not considered a failure for the team, as they are considered to be a form of protection and safety in the event of aggressive/ destructive behaviour.

Conclusions: Alternative methods to containment are available through international and national research. The no restraint method produces many benefits; however, they involve a constant and lasting commitment and the need to intensify and make effective the territorial network to guarantee the continuity of the method. In the ULSS7 nurses have a positive attitude towards non-restraint methods but say that the total elimination of restraints is not yet a solution that can be considered.

Nevertheless, the ULSS7 territorial network can be improved and extended.

Kay Words: no restraint, mechanical AND physical restraint, psychiatric nurses, open door, history of restraint, Basaglia AND law 180, Conolly AND asylum, SPDC no restraint, nurse AND restraint.

RIASSUNTO

INDICE

INTRODUZIONE	3
1. INDAGINE	5
1.1. Scopo e obiettivo dello studio	5
1.2. Coercizione e contenzioni	5
1.3 Regolamentazione nell'uso delle contenzioni	9
1.4 La realtà dell'ULSS 7 Pedemontana.....	13
<i>1.4.1 Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS 7 e territorio.....</i>	<i>17</i>
1.5 No restraint e SPDC.....	21
1.6 Riforma psichiatrica del 1978 e la legge 180	24
1.7 Movimenti e metodiche no restraint oggi	26
1.8 Reparto "a porte aperte" e rete territoriale	32
1.9 Infermieri e contenzioni	36
2.MATERIALI E METODI.....	39
2.1 Strategia di ricerca	39
2.2 Contesto e partecipanti.....	39
2.3 Analisi del questionario	40
3.RISULTATI DELLA RICERCA.....	41
3.1 Analisi dei risultati e grafici	41
4.DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	49

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

Fin dalle prime strutture psichiatriche, nate con lo scopo di separare e isolare dalla popolazione le persone con patologie di natura “mentale”, si è sempre discusso riguardo a metodi e tecniche di contenzione volti a evitare al malato di far del male agli altri o a sé stesso.

La svolta in Italia è arrivata in un momento ben preciso, il 1978.

La rivoluzione fu segnata dall’approvazione della Legge n. 180 detta “Basaglia” che, grazie all’obbligo di chiusura dei manicomi, istituzionalizzò i reparti psichiatrici per acuti all’interno degli ospedali, così come li troviamo oggi (Foot, 2014).

Grazie al dott. Basaglia e alla sua legge sono stati rivalutati tutti i metodi di cura utilizzati in passato, con lo scopo di trovare misure innovative che fornissero un nuovo sguardo, etico e morale, nei confronti delle persone affette da patologie psichiatriche. Con i movimenti liberali degli anni ’70-’80, è apparso fondamentale trovare una nuova dimensione rispetto alla società e al paziente malato.

Nascono associazioni ed enti che a livello internazionale pongono l’accento sulla salute della persona e si intraprendono studi che hanno lo scopo di migliorare la qualità di assistenza e di vita delle persone in ambito sanitario ed extra sanitario (es. Commissione dei cittadini per i diritti umani, il tribunale per i diritti del malato).

Con l’inizio del nuovo millennio e delle politiche inter ed extra nazionali riguardanti i diritti dell’uomo e del malato, si intensificano i movimenti a supporto di politiche sanitarie sempre meno restrittive e più inclusive anche per quanto riguarda i malati psichiatrici e si attuano tecniche all’interno degli ospedali e dei centri sanitari che danno importanza alla presa in carico totalizzante e di tipo bio-psico-sociale delle problematiche del paziente.

Si interviene nella letteratura e nella legislazione, a partire dal CBE (Comitato Della Bioetica) ma anche con nuove regolamentazioni a seguito di casi di cronaca da parte della magistratura e attraverso le associazioni e le campagne “no-restraint” come “e tu slegalo subito” e “associazione club SPDC no-restraint”.

Quest’ultima associazione in particolare nasce nel 2006 e si pone come obiettivo la costruzione e lo sviluppo su scala nazionale di reparti psichiatrici (SPDC), il più possibile liberi da misure di tipo contenitivo e la promozione di reparti “a porte aperte”

in particolare “per finalizzare l’operatività ai principi del “no restraint”, ovvero la pratica per giungere ad azzerare i mezzi di contenzione, mantenere le 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 loro percorso di cura” (Forum Salute Mentale).

Risulta quindi interessante comprendere le motivazioni che pongono e garantiscono solo a meno del 10% dei reparti di diagnosi e cura psichiatrici italiani di poter mettere in pratica politiche di tipo no-restraint, soffermandoci in particolare sulla nostra ULSS di riferimento (Ulss 7 Pedemontana) che comprende gli SPDC di Bassano e Santorso (Forum Salute Mentale).

In questa ottica, si sono volute analizzare le opinioni degli infermieri di reparto per comprendere quali reazioni comporti l’idea di eliminare le contenzioni e quali siano, dal punto di vista del personale, i sentimenti e problematiche che portano a contenere un paziente rispetto al non farlo.

Si è voluto inoltre analizzare l’organizzazione della rete territoriale e le associazioni che garantiscono un servizio di volontariato nei territori che afferiscono agli SPDC no-restraint per comprendere le risorse a disposizione che favoriscono la promozione di una politica no-restraint e con le “porte aperte”.

1. INDAGINE

1.1. Scopo e obiettivo dello studio

L'obiettivo della mia ricerca di tesi è quello di comprendere a pieno le posizioni e i pensieri degli infermieri che lavorano ogni giorno a stretto contatto con pazienti affetti da diverse patologie di ambito psichiatrico e in particolare conoscere e analizzare le loro posizioni in merito alle contenzioni, nello specifico fisica, meccanica e isolamento.

Quindi analizzare come anni di mutamenti storici, sociali e culturali associati all'esperienza lavorativa plasmino l'idea che si ha delle contenzioni e come viene vissuta la possibilità di eliminarle e di trasformarsi in un reparto SPDC no restraint e open door.

Inoltre, risulta interessante studiare la nostra legislazione e i mutamenti che ci sono stati dal passato a oggi nei confronti delle contenzioni e analizzare da vicino le realtà no restraint italiane e gli SPDC a porte aperte.

Domandarsi cosa abbia permesso un maggiore sviluppo in determinati ospedali e reparti rispetto ad altri e porre un occhio attento sulle realtà che danno la possibilità a questi SPDC di essere no restraint e a porte aperte diviene infatti di fondamentale importanza.

1.2. Coercizione e contenzioni

Con il termine coercizione/coercitivo s'intende "L'obbligare altri a fare o non fare una cosa, usando la forza o minacciando d'usarla; coazione, costrizione, limitazione della libera volontà: *fare uso della c.; ricorrere alla c.; subire una c. morale*" ('coercizione/coercitivo', vocabolario Treccani).

In letteratura si può suddividere la coercizione in:

- formale: che include restrizione della libertà e trattamenti coercitivi/compulsivi
 - Misure restrittive come: restrizione fisica, chimica e psicologica e allo stesso modo restrizione ambientale;

- Trattamenti coercitivi, ossia trattamenti utilizzati contro il volere espresso o mostrato della persona, atti a mantenere o restaurare salute, specialmente nelle persone con rischio di far male a sé o agli altri.

-informale:

- Situazioni come dipendenza, mancanza di privacy, in cui sono sottoposti i pazienti e che di conseguenza percepiscono come costretti a subirle;
- Sentimenti che il paziente ha d'inganno, influenzati attraverso: assenza di comunicazione, tradimento, essere ignorati o spaventati, e il trattenere informazioni;
- Trasmissione soggettiva dei pazienti nei casi avversi e di esperienza traumatica (Jöbges *et al.*, 2022).

Gli studi individuati in letteratura generalmente rilevano che l'utilizzo delle misure coercitive si aggira tra lo 0,4% e il 66% all'interno dei reparti psichiatrici (Chieze *et al.*, 2019).

I mezzi coercitivi di trattamento psichiatrico coinvolgono il ricovero coatto, la detenzione dopo ricovero volontario, la contenzione meccanica, l'isolamento e la medicazione forzata (De Franceschi Paola, 2020; Robins *et al.*, 2021).

In questa tesi ci soffermeremo nello spiegare quei trattamenti coercitivi utilizzati maggiormente in ambito ospedaliero o considerati più restrittivi e limitanti, in particolare la contenzione meccanica e fisica e l'isolamento (ASP Ragusa 7, 2015).

Nell'ambito psichiatrico e sanitario la contenzione s'intende come la "restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto" ('Let's talk about restraint', 2008).

Vengono descritti 5 tipi di contenzioni, di cui descriviamo le caratteristiche:

- **contenzione manuale** consiste nell'immobilizzazione del paziente (l'intero suo corpo o parte), definita anche "contenzione umana", ossia l'utilizzo del corpo di chi applica la contenzione;
- **contenzione meccanica** consiste nell'applicazione di procedure, mezzi e dispositivi applicati al corpo della persona o nello spazio circostante atti a limitarne la libertà di movimento; vi rientrano i mezzi applicati direttamente sul paziente a letto come fasce e cinture, spondine, oppure applicati alle carrozzine, i mezzi di contenzione

per segmento corporeo (cavigliere, polsiere ecc.), i mezzi che obbligano a determinate posture, le cinture pelviche, i divaricatori inguinali.

La contenzione meccanica può essere svolta anche con dispositivi medicali a fini terapeutici (apparecchio gessato); la contenzione meccanica è un tipo di contenzione fisica;

- **contenzione farmacologica** ossia la somministrazione di medicinali con il fine di modificare il comportamento della persona e di limitarne i movimenti; non può essere fatta coincidere con ogni tipo di sedazione;
- **contenzione ambientale** ovvero le misure che comprendono sistemi di ritenuta di porte e finestre al fine di evitare l'uscita incontrollata dalle strutture. In letteratura si citano esempi come: "chiusura a chiave in una stanza, sorveglianza elettronica, e porte d'uscita chiuse" (De Franceschi Paola, 2020; Robins *et al.*, 2021).
- **contenzione psicologica o relazionale o emotiva**, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato (ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, provincia di Latina, 2018).

I mezzi di contenzione fisica si possono classificare in:

- mezzi di contenzione per il letto (per esempio fasce e cinture applicate all'utente a letto o lenzuolo contentivo o sponde di protezione);
- mezzi di contenzione per la sedia (per esempio il corpetto con bretelle o cintura addominale, cintura pelvica, tavolino, piano d'appoggio fisso, divaricatore inguinale);
- mezzi di contenzione per segmenti del corpo (es. polsiere o cavigliere);
- mezzi di contenzione per una postura obbligata (per esempio: cuscini anatomici) (ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, provincia di Latina, 2018; ASL Sondrio, regione Lombardia) .

Nel 1998 Fryback ideò un metodo che potesse definire i mezzi di contenzione.

Il suo studio suggerisce di utilizzare due domande, cioè:

-il presidio limita il movimento individuale?

-l'individuo ha difficoltà a rimuovere il presidio?

Se entrambe le risposte sono positive, allora si può ritenere quel presidio un mezzo contenitivo.

Invece non sono considerati mezzi di contenzione:

1. bracciali che non permettono la flessione dell'arto interessato da infusione a livello venoso;
2. dispositivo d'allarme applicati alle porte o al letto;
3. sponde che proteggano metà o tre quarti del letto;
4. gessi ortopedici (Proh Paolo, Fiori Carlo, Piani Ercole, 2014).

Molti studi ritengono che la contenzione meccanica comporti conseguenze ed esiti che possono essere suddivisi in:

- **traumi di tipo meccanico:** asfissia causata dalla compressione della gabbia toracica, strangolamento, fratture, ferite, abrasioni, distorsioni articolari, contratture tendineo-muscolari;
- **esiti secondari:** lesioni da decubito, maggiore gravità e incidenza delle infezioni nosocomiali, incontinenza, danni alla mobilità, trombosi venosa;
- **sindromi della sfera psicosociale:** insicurezza, rabbia, umiliazione, sconforto, impotenza, aumento del livello di confusione/disorientamento (Collegio IPASVI Como, 2008) (Direzione generale cura della persona, salute e welfare servizio assistenza ospedaliera, febbraio 2021).

L'utilizzo di questa tipologia di contenzione può portare a conseguenze citate in letteratura come:

-danni diretti, provocati dalla pressione procurata dal mezzo di contenzione;

-danni indiretti, che includono le possibili conseguenze causate dall'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, prolungamento dell'ospedalizzazione, cadute).

Inoltre, i soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito (*La contenzione meccanica in psichiatria*, 2015).

Il Citizens Commission on Human Rights dal 1969 si è occupato di studiare ed esporre i decessi dovuti "direttamente a una cura psichiatrica", arrivando a decretare, per esempio, che in USA avvengono fino a 150 morti per coercizione fisica, fino a quel momento non identificati anche dopo la formulazione di nuove leggi federali; tuttavia,

il numero di decessi è diminuito di poco (*Citizens Commission on Human Rights (CCHR)*).

I casi italiani conosciuti per aver fatto cronaca e che hanno avuto un grande impatto mediatico, sociale e legale sono diversi.

Tra questi, ad esempio, la morte, nel 2009, del signor F. Mastrogiovanni, deceduto nel reparto psichiatrico dell'ospedale "San Luca" di Vallo della Lucania, in regime di TSO, dopo essere stato legato al letto ai quattro arti ininterrottamente per più di 3 giorni ('nota tribunale di Vallo della Lucania', 2012; Manconi Luigi (presidente commissione), 2016).

Analoga situazione è quella del signor G.Casu, in Sardegna, nel 2006, morto dopo essere rimasto legato a letto per una settimana.

Si riporta infine un ultimo caso, nel 2021, di un ragazzo tunisino (W.A. Latif) rimasto contenuto per cinque giorni nell'ospedale San Camillo di Roma e deceduto in seguito successivamente a tale condizione (Camilli Eleonora, 2021).

Eventi di questo tipo portano a chiedersi, in Italia, come sia normata la contenzione meccanica e fisica.

1.3 Regolamentazione nell'uso delle contenzioni

Un primo punto di passaggio nella regolamentazione dei mezzi coercitivi avvenne con la "liberazione dalle catene" nel manicomio di Bicêtre in Francia grazie a Pinel. In Italia invece le prime norme in materia si hanno con la legge del 1888 del Governo Crispi che riconosce il ruolo dello psichiatra nel manicomio con una più larga autonomia nelle sue funzioni di cura (non più solo custode degli internati).

Nel febbraio del 1904 viene poi promulgata la prima legge che regola le funzioni del manicomio.

Dopo anni di discussione in parlamento e con ampio incoraggiamento dalla "società freniatria italiana" (precursora dell'attuale Società Italiana di Psichiatria) venne emanata la legge n. 36, 'Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati' (Iaria A., Simonetto C.E., 2003).

Solo grazie a questa normativa si sviluppò, nel 1909, una nuova implementazione della legge che pose una regolamentazione delle contenzioni fisiche e meccaniche

con il pagamento di una pena pecuniaria in caso di loro utilizzo senza giusta causa
“Art. 60. 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 e la durata del mezzo di coercizione.

L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da L. 60.000 a L. 200.000, senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale” (Regno d'Italia, 1909).

Successivamente, con la legge n.180 del 1978 e, circa sei mesi dopo, con la legge n.833 dello stesso anno, vengono eliminati gli articoli che regolamentavano la contenzione fisica e meccanica nei confronti dei pazienti, della già citata legge del 1909.

Questo ha provocato un vuoto normativo che si è provato a “chiudere” attraverso l'implementazione di norme e articoli all'interno della Costituzione Italiana e nei codici deontologici medici e infermieristici.

In particolare, nella nostra Costituzione si cita l'articolo n.13, che tratta *“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva”* (repubblica italiana, 1948).

L'azione contenitiva è limitabile solo con riserva assoluta di legge e con atto motivato dell'Autorità Giudiziaria, salvo casi eccezionali di necessità ed urgenza (a riserva di legge) che legittimano l'adozione da parte dell'Autorità di Pubblica Sicurezza di provvedimenti provvisori, che in seguito dovranno essere convalidati dall'Autorità Giudiziaria entro i tempi indicati.

Inoltre, fondamentale in materia di sanità e salute pubblica è l'art.32 che cita *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (repubblica italiana, 1948).

Si può sottintendere quindi, anche se non è esplicitato, una direzione favorevole alla riduzione nell'utilizzo delle contenzioni per non ledere e violare il rispetto della persona umana.

Non vi sono norme sull'uso della forza fisica e dei mezzi di contenzione che siano specifiche se non nel contesto carcerario.

All'interno dell'Ordinamento Penitenziario si disciplina nell'articolo 41, l'uso di mezzi coercitivi e della forza fisica, questo con lo scopo di garantire l'incolumità del soggetto e di evitare danni a persone/cose (Legge 354/75).

La giustificazione che si dà per l'impiego della forza fisica in carcere è solo quello di impedire tentativi di evasione, atti di violenza, vincere la resistenza anche passiva agli ordini impartiti.

Inoltre, viene espressamente limitato l'uso per il tempo strettamente necessario e in modo controllato.

Per quanto riguarda la giurisprudenza italiana, è stata posta una maggiore regolamentazione della contenzione fisica e meccanica dopo il caso del signor Mastrogiovanni.

Con Sentenza 20 giugno 2018 n.50497, la S.C. (V Sezione) nel caso Mastrogiovanni si è pronunciata infatti sui limiti della contenzione, sulla scriminante del suo impiego, sulle fattispecie criminose ravvisabili nel caso di paziente ricoverato in un reparto di psichiatria e contenuto per varie ore continuative (Maurizio and Andrea, 2018).

In ordine alla natura della contenzione, la sentenza osserva che:

- La contenzione è un presidio restrittivo della libertà personale che non ha né finalità curativa, né produce l'effetto di migliorare le condizioni di salute del paziente (anzi può provocare lesioni anche gravi all'organismo),
- l'uso della contenzione non può considerarsi lecito solo perché l'operatore

nell'area della salute mentale è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, che fa scattare l'obbligo giuridico, ex art.40 comma II C.P., di attivarsi per eliminare il pericolo di atti di tipo auto ed etero aggressivi da parte del paziente; queste posizioni di garanzia non consentono comunque di superare i limiti previsti dalla legge per l'uso della contenzione e ciò in considerazione dei beni costituzionalmente protetti: libertà personale, integrità fisica, dignità umana; -consegue quindi che la limitazione massima della libertà derivante dall'uso della contenzione "può" e "deve" essere disposta solo in situazioni straordinarie e per il tempo strettamente necessario dopo aver esercitato la massima sorveglianza sul paziente;

L'uso della contenzione meccanica acquista liceità solo se ricorrono i seguenti presupposti:

a) **attualità del pericolo**: l'applicazione delle contenzioni è vietata se messa in atto in via precauzionale/preventiva; l'attualità del pregiudizio deve essere riscontrata dal sanitario in modo "puntuale e dettagliato"; la valutazione dell'attualità del pericolo richiede un attento monitoraggio del paziente da parte del medico, che deve dar conto in modo fedele delle condizioni del paziente e delle scelte che lo riguardano in cartella clinica tale dato, in modo da consentire ai sanitari che gli subentrano di avere un quadro preciso dell'evoluzione clinica;

b) **inevitabilità altrimenti del pericolo** che deve essere valutata dal medico in relazione a strumenti alternativi alla contenzione; la contenzione deve rappresentare l'extrema ratio del trattamento;

c) **proporzionalità**, rispetto alle modalità di applicazione della contenzione, essendo evidente che – per la sua estrema invasività – tale presidio deve essere applicato verificando se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco di entrambi i polsi e caviglie (*Atto di cassazione, sezione V, 2015*).

Di tutto ciò si deve dare conto nella cartella clinica, per poter monitorare le motivazioni della contenzione, l'evolversi della situazione e per poter consentire anche al resto dell'equipe sanitaria di fare una valutazione e interrompere la contenzione al cessare della necessità emergenziale.

Per quanto riguarda la responsabilità degli infermieri, si fa riferimento al codice deontologico.

L'art.30 e 33 dispongono che *“l’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia un evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”*; inoltre *“l’infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell’assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all’autorità competente”*(federazione nazionale ordine professioni infermieristiche, 2019).

Il codice deontologico richiede agli infermieri un comportamento di protezione del paziente e di verifica della legittimità della contenzione, oltre che supervisionare che se ne faccia uso straordinario previa prescrizione medica.

Inoltre, l’infermiere ha l’obbligo di attivarsi per cessare la contenzione se vengono meno i presupposti legittimanti e segnalare in caso di abuso di tale presidio (De Franceschi Paola, 2020).

1.4 La realtà dell’ULSS 7 Pedemontana

All’interno dell’ULSS7 si fa riferimento a due strutture ospedaliere, l’ospedale San Bassiano a Bassano del Grappa e l’ospedale Alto Vicentino a Santorso.

Per quanto riguarda le contenzioni, il riferimento a cui ci si attiene è quello formulato della Regione Veneto, in particolare al protocollo più recente del 6 agosto 2020 che tratta prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa per quelle criticità che possono favorire l’uso della contenzione all’interno degli ospedali.

Il presente documento cita le situazioni che possono portare all’uso della contenzione all’interno degli ospedali, come misura massima di necessità per:

- a. ridurre il più possibile danni o lesioni che alterino l’integrità psico-fisica del soggetto o di altri;
- b. necessità di garantire trattamenti terapeutici intensivi in pazienti che ostacolano involontariamente la somministrazione della terapia o che manomettono i dispositivi sanitari;
- c. evitare danni o lesioni nei soggetti ricoverati a rischio di caduta.

Inoltre, determina dei fattori predittivi extra clinici e clinici che possono portare all'uso della contenzione:

-fattori extra clinici: sesso maschile, giovane età, abuso attuale o pregresso di sostanze stupefacenti o alcol, storia personale di pregressi comportamenti impulsivi/ostili, maggior durata del ricovero ospedaliero, condizione di obbligatorietà del ricovero ospedaliero;

-fattori clinici: sintomi psicotici acuti, disturbi di personalità del 'cluster B', deficit cognitivi, disturbi del comportamento in adolescenza, terapia farmacologica inefficace o inadeguata per quanto riguarda la contenzione fisica negli SPDC.

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 la possibilità concreta che si verifichi l'evento temuto;
- b) il pericolo di danno alla vita o all'integrità della persona;
- c) la gravità del possibile danno da stabilirsi su basi oggettive;
- d) l'evidenza che si può evitare il danno solo se applicato il mezzo coercitivo;
- e) la coercizione proporzionata al pericolo da evitare.

Il presente protocollo differisce l'uso della contenzione in regime di ricovero ordinario e il TSO:

In questo ultimo caso, infatti, vi è una generale sintonia di visioni dottrinali e giurisprudenziali, poiché l'uso della forza fisica o di altri metodi coercitivi, può divenire un accorgimento imprescindibile, a pena di snaturare e rendere completamente non operativo il TSO (ad esempio, in caso di necessità di somministrazione di terapia farmacologica). Va sottolineato comunque che il ricorso alla contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio anche in caso di TSO e sempre come le caratteristiche di necessità, urgenza, proporzionalità sopra descritte.

In ogni caso viene sottolineato che il ricorso "se necessario" (art.33 comma 5) all'uso della forza, deve essere proporzionale, adeguato alla necessità e finalizzato alla cura del paziente.

Gli obiettivi principali della procedura operativa sono:

- disciplinare l'applicazione della contenzione rispettando la dignità di pazienti e personale;

- fornire guide di comportamento uniformi per tutto il personale;

Le indicazioni per l'applicazione dei mezzi di contenzione constano di due motivazioni principali:

- evitare danni e/o lesioni che alterino l'integrità psico fisica del paziente o di altre persone: pericolo di danno imminente al paziente, ad altri (personale o degenti), pericolo di grave interruzione del trattamento terapeutico;
- necessità di trattamenti urgenti e indifferibili.

Si specifica che l'utilizzo della contenzione deve essere guidata da un'attenta valutazione multidisciplinare d'equipe e da un'analisi di tutte le modalità che possano o no essere messe in atto prima di ricorrere alla contenzione. Utile anche l'utilizzo di scale di valutazioni per monitorare il paziente, per esempio la Modified Overt Aggression Scale – MOAS, anche per monitorare la risposta all'intervento nel tempo. Si indica inoltre l'importanza, appena le condizioni operative lo consentano o appena sia possibile, di informare e coinvolgere in tutto il processo contenitivo il paziente, i familiari o il rappresentante legale.

Si ribadisce (come da normativa italiana) che la prescrizione delle contenzioni è un atto esclusivamente medico, e che può vedere la scelta nell'effettuazione di tale atto da parte dell'infermiere solo in casi eccezionali di urgenza e in assenza della presenza fisica del medico, sottolineando che deve essere valutato, confermato e firmato tuttavia dal medico il prima possibile.

La prescrizione deve chiaramente indicare:

- motivazione circostanziata: descrizione del problema e le motivazioni della prescrizione della contenzione;
- tipo e modo di contenzione: descrizione della modalità di immobilizzazione, del tipo dei mezzi di contenzione usati, della collocazione del paziente;
- durata: indicazione della durata prevista specificando l'inizio e il termine previsto (data e ora per entrambe). L'intervento contenitivo dovrebbe essere applicato massimo per una giornata (12-24h). Se è necessario prolungare la contenzione, bisognerà formulare una nuova prescrizione che dovrà essere supervisionata dal medico Responsabile del SPDC e/o dal Direttore dell'UOC;
- metodi e attività di monitoraggio: descrizione dei tempi, luoghi e del personale coinvolto nell'intervento;

- tempi di verifica: codifica degli intervalli di valutazione dell'intervento secondo procedura operativa da parte del personale sanitario coinvolto in base alle rispettive competenze professionali. (Vedi allegato 1)

La procedura definisce le tecniche d'intervento mediante "briefing" iniziale;

L'intervento inoltre coinvolge generalmente un minimo di 3-4 persone fino ad un massimo di 6;

viene definito un "leader" che coordina e dà il via alla procedura contenitiva.

In alcune situazioni può essere necessario richiedere l'intervento delle Forze dell'ordine (gestione degli stati di agitazione in prevenzione e per reprimere azioni etero aggressive e per il supporto al soccorso da parte del personale sanitario).

È importante inoltre valutare:

- la sicurezza ambientale e la sicurezza personale: rimozione di oggetti, mobili, suppellettili di possibile intralcio e/o potenzialmente pericolosi, allontanamento di eventuali terzi per protezione oltre che rimozione di oggetti potenzialmente pericolosi sia per il paziente che per il personale;
- la predisposizione dei mezzi e della sede per la contenzione, idonea alla sorveglianza e all'assistenza;
- l'uso dei DPI (mascherina sul volto, guanti);
- l'immobilizzazione del paziente secondo il piano preordinato: ognuno trattiene un arto e uno (di solito il "leader") protegge la testa e controlla la corretta esecuzione delle manovre (per evitare compressioni al corpo del paziente);
- la terapia farmacologica (IM o EV) da somministrare il prima possibile una volta completata la contenzione;
- il comfort del paziente: mantenere leggermente sollevata la testa del paziente per ridurre senso di vulnerabilità e il rischio di aspirazione;
- il "de-briefing" (rapporto) per rivalutare eventuali problematiche, pratiche ed emotive, dell'intervento effettuato per future azioni di miglioramento;
- la documentazione della manovra di immobilizzazione nella cartella clinica e inizio attività di monitoraggio;

È importante spiegare al paziente, già durante la contenzione, le motivazioni e le finalità dell'intervento, utilizzando ogni canale comunicativo possibile.

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato regolarmente a orari prestabiliti o secondo necessità (anche in tempi ravvicinati), e tutta l'equipe monitora, controlla e valuta il paziente, il suo comportamento, lo stato di salute generale ed eventuali effetti dannosi dei mezzi di contenzione.

Il documento inoltre definisce la gestione medica e infermieristica, ponendo l'accento sugli effetti avversi e sulle possibili lesioni date dall'utilizzo dei mezzi contenitivi, accentuando il bisogno di un monitoraggio stretto e controllato mediante compilazione di un apposito registro.

Viene inoltre richiesta e implementa una formazione adeguata e completa al personale che preveda:

- Il riconoscimento dei fattori di rischio degli episodi che possono portare a contenzione meccanica;
- L'approccio multidisciplinare nelle attività di prevenzione e adozione di tecniche alternative alla contenzione;
- La conoscenza delle modalità di contenzione e dei rischi clinici associati ai dispositivi di contenzione;
- La conoscenza degli aspetti legali, etici e di responsabilità professionale (DGR n. 1106, 2020).

1.4.1 Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS 7 e territorio

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'ULSS7 rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale del territorio Pedemontano. Il dipartimento "Opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale associato a patologia psichiatrica concorrendo a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie e sociali del territorio".

Concorre, inoltre, a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico e disturbo mentale che rischiano di produrre discriminazioni ed emarginazioni dal tessuto sociale (ULSS 7 Pedemontana).

Inoltre, opera seguendo la logica di psichiatria di comunità, preferendo interventi personalizzati e coinvolgendo come risorse gli enti locali, il volontariato e le associazioni degli utenti e dei loro familiari.

Il DSM Pedemontano si dirama a livello territoriale e ospedaliero con i Centri di Salute Mentale (CSM) e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) suddivisi tra distretto 1 e 2.

Il Centro Salute Mentale (CSM) coordina e svolge interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, attua programmi personalizzati di cura con interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Inoltre, valuta e definisce gli interventi in relazione alla domanda di situazioni di disagio e opera come centro di accoglienza e ascolto.

Nell'area Pedemontana si trovano i CSM di Bassano, Asiago e Thiene aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 17; il CSM di Schio (con ambulatori di psichiatria anche in altre 6 sedi del territorio), aperto tre giorni settimanali dalle 9 alle 13.

Alcune sue attività sono:

- visite psichiatriche, infermieristiche e gestione farmaco-terapia;
- ricoveri ospedalieri e day-hospital territoriale;
- TSO e ASO;
- gestione visite domiciliari e dei casi critici;
- progetti di supporto familiare, sociale, integrazione
- lavoro di rete con operatori sanitari e sociali, gruppi mutuo aiuto e associazioni volontariato.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) invece, si occupa della diagnosi e della cura di persone che presentano disturbi mentali in fase acuta.

Inoltre, svolge attività di consulenza psichiatrica all'interno dei diversi reparti dell'Ospedale e al PS e risponde alle richieste di consulenza urgente nei giorni di chiusura dei CSM (ULSS 7 Pedemontana).

Gli SPDC dell'ULSS 7 seguono la metodica di reparti a porte chiuse in cui le contenzioni vengono applicate seguendo i criteri dei protocolli e delle linee guida regionali (citato nel capitolo precedente).

L'SPDC di Bassano è situato al nono piano della struttura affianco alla geriatria, è composto da 18 posti letto più le osservazioni in PS, con stanze fino a 4 pazienti.

Per accedere al reparto si hanno due porte di ingresso/uscita con apertura tramite badge/chiavi e sistema di videosorveglianza.

La presa in carico da parte del personale sanitario avviene tramite gruppi da 5-6 pazienti divisi per codice colore a seconda della gravità.

Le visite ai pazienti possono avvenire 2 volte al giorno, e 3 volte il giovedì e festivi (Spanio Daniele, 2021).

L'SPDC di Santorso si differenzia per alcuni aspetti dal reparto di Bassano:

- si trova al piano zero vicino al PS e permette di usufruire di una zona giardino;
- ha un sistema di videosorveglianza in tutte le stanze, corridoi e giardino;
- le stanze di degenza possono contenere al massimo 2 letti, per un totale di 18 posti degenza;
- il lavoro infermieristico viene suddiviso per compiti (es. prelievi, terapia, visita con medico);
- le visite ai pazienti sono 2 volte al giorno (Spanio Daniele, 2021).

A livello territoriale si può contare su diversi servizi di tipo residenziale e semiresidenziale come i centri diurni (Bassano, Asiago, Mussolente, Roana, Thiene e Schio), le comunità terapeutiche residenziali protette (Bassano e Thiene) e le comunità alloggio e gruppi appartamento protetti (vedi tabella I).

Le associazioni di volontariato che trattano temi riguardante la salute mentale e il disagio psichico collegate all'ULSS7 sono molte e varie all'interno del territorio Pedemontano.

Tra le altre si possono citare: A.N.F.F.A.S. (a Bassano e Schio), Psiche2000, comitato 180 per la salute mentale, A.C.A.T. Pedemontana, A.I.T.S.A.M. (Schio e Bassano), volontariato Gulliver, e molte altre (Volontariato in Rete – Federazione Provinciale di Vicenza, 2005).

I. Tabella organizzazione DSM e territorio ULSS7

DISTRETTO 1	DISTRETTO 2
<p style="text-align: center;">SPDC BASSANO</p> <p>-si trova al 9° piano della struttura ospedaliera vicino alla geriatria;</p> <p>- 2 porte di ingresso/uscita con apertura tramite badge/chiavi e videosorveglianza;</p> <p>-18 posti letto, eventuali osservazioni di PS e stanze fino a 4 pazienti;</p> <p>- presa in carico di gruppi di pazienti 5-6 con codice colore per relativa criticità;</p> <p>- visite 3 volte al giorno il giovedì e festivi, altrimenti 2 (pre-covid);</p> <p>-volontari AVO che operano in strutture dell'ULSS 7 (Spanio Daniele, 2021).</p>	<p style="text-align: center;">SPDC SANTORSO</p> <p>-si trova al piano 0 vicino al PS e permette ai degenti di usufruire di una zona giardino;</p> <p>- 2 porte di ingresso/uscita con apertura tramite badge/chiavi e videosorveglianza;</p> <p>-18 posti letto con stanze per uno o due pazienti (due letti fissati a terra);</p> <p>- videosorveglianza in tutte le stanze, corridoi e giardino;</p> <p>- lavoro infermieristico suddiviso per compiti (prelievi, terapia, visita paziente con il medico, scrittura e passaggio consegna informatizzata);</p> <p>- visite 2 volte al giorno (pre- covid);</p> <p>-volontari AVO (che operano all'interno di reparti dell'ospedale) e lettura del giornale (Spanio Daniele, 2021).</p>
<p style="text-align: center;">CSM BASSANO-ASIAGO</p> <p>-sono attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 17;</p>	<p style="text-align: center;">CSM SCHIO-THIENE e Ambulatori di psichiatria nelle sedi di Arsiero, Breganze, Piovene Rocchette, Malo, Zugliano.</p> <p>-sono attivi dalle ore 8 alle 17 (Thiene) O tre giorni settimanali dalle 9 alle 13(Schio);</p>

Attività che svolge: (ULSS 7 Pedemontana)

- le visite psichiatriche, gestione della farmaco-terapia e attività infermieristiche
- il day-hospital territoriale e ricoveri ospedalieri
- offre supporto di carattere psicologico e psicoterapico sia di gruppo che individuale
- valutazioni psicologiche
- la gestione programmata (anche con visite domiciliari) dei casi più critici
- TSO e ASO
- le attività di assistenza sociale e inserimenti lavorativi
- inserimenti in strutture residenziali e semi residenziali
- consulenza ad altri servizi sociosanitari e strutture socioassistenziali e residenziali
- lavoro di rete con gli operatori sanitari e sociali, ma anche con associazioni di volontari, le cooperative, i gruppi di auto-aiuto e le realtà che si occupano del disturbo mentale
- progetti di supporto educativi sia individuali che di gruppo riservati ai pazienti del CSM
- incontri per le famiglie a tema psico-educativo

SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI	SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI RESIDENZIALI
-Comunità Terapeutica Residenziale Protetta	- Comunità Terapeutica Residenziale Protetta di Thiene
-Centro Diurno di Riabilitazione Psicosociale a Bassano e Asiago	- Comunità Alloggio (di base ed estensive);
- Centro Diurno a Mussolente e Roana	- Gruppi Appartamento Protetti
	- Centro Diurno del CSM di Thiene e Schio e Azimut

1.5 No restraint e SPDC

Importante ricordare che già verso il XIX secolo in Inghilterra si iniziava a parlare di metodi no restraint e “open door”, novità formulate a seguito delle idee e delle azioni di Pinel e di William Tuke e portate avanti anche da alcuni psichiatri italiani, tra cui ricordiamo R. Baroncini a Imola, di R. Pellegrini a Girifalco.

Nello specifico nel 1796 W. Tuke aprì a York il “Friends Retreat”, piccolo istituto manicomiale nel quale la coercizione era totalmente soppressa.

Si deve a Charlesworth e a Gardiner Hill il primo tentativo su larga scala di no-restraint, nel 1835, nel manicomio di Lincoln e successivamente nel 1839 J. Conolly applicò questo sistema nel manicomio di Hanwell popolato di ben 1000 malati (‘no restraint’, Treccani).

Fu l’inizio di un’epoca dove si cominciò a considerare un utilizzo più moderato dei metodi di contenzione fisica e meccanica portando, dopo lunghe valutazioni, a far esprimere la maggioranza degli psichiatri italiani in accordo verso una negazione della contenzione indiscriminata, anche per evitare il perpetrare degli scandali manicomiali e rafforzare l’immagine scientifica e ospedaliera che si voleva dare dei manicomi (‘Ex Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma (1979"1999)’, 1979).

Infine, dopo il susseguirsi di varie vicende storiche, in Italia si arriva alla legge Basaglia del 1978 che decretò la chiusura di tutti gli assetti manicomiali e istituì il ricovero volontario come primissimo mezzo di cura delle persone afflitte da patologie psichiatriche.

Il termine “no restraint” significa letteralmente “assenza di costrizioni” e viene applicato in tutti e 27 gli SPDC no restraint che operano nel territorio nazionale, ossia meno del 10% di tutti gli SPDC italiani.

Difatti, il 90% degli SPDC e cliniche psichiatriche italiane ricorre ancora all’uso della contenzione, di questi il 70% a quella meccanica e il 20% a quella fisica ed appare in aumento la pratica del TSO (Dell’Acqua *et al.*, 2003).

Se rapportiamo alla popolazione italiana i dati raccolti in Emilia-Romagna e Lombardia possiamo stimare che nel 2019 dalle 8 alle 9 mila persone sono state sottoposte a contenzione meccanica negli Spdc italiani (Foot, 2014; Rossi Giovanni, 2020).

Nel documento del CNB del 2015 viene citato uno studio italiano (SPT,2003 Milano) dove si ricava che da un campione di 39 SPDC e di due cliniche universitarie, proveniente da tutto il territorio nazionale, solo nel 12% dei servizi la contenzione meccanica è bandita come scelta.

Fra i rimanenti, la contenzione è evento alquanto raro in poco meno di un terzo dei casi, mentre in un altro terzo è evento piuttosto frequente, fino a picchi di trenta contenzioni al mese.

Inoltre, nel 64% degli SPDC che attuano le contenzioni non esiste neppure un registro dei casi (comitato nazionale per la bioetica, 2015).

Bisogna sottolineare però che i dati italiani sulle contenzioni risalgono a studi nazionali dei primi anni 2000 o parziali tra il 2010 e il 2019; la difficoltà nel reperire dati aggiornati nazionali sull'uso delle contenzioni, infatti, viene evidenziato dallo stesso comitato bioetico.

Lo stesso CNB nel documento già citato, concludeva proponendo degli interventi mirati che potessero dare una dimensione al fenomeno delle contenzioni, come per esempio attraverso:

- L'incremento di ricerche e monitoraggi sia regionali che nazionali;
- Una valutazione nei reparti, con annotazioni dei casi di contenzione, le regioni specifiche, la durata e misura;
- Disposizione di programmi che puntino al superamento della contenzione;
- Introduzione di valutazione di servizi standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no-restraint.

Le conclusioni a cui arriva il CNB sono in realtà un augurio e una speranza ossia, far sì che ci sia un superamento delle contenzioni “come tassello fondamentale nell'avanzamento di una cultura di cura-nei servizi psichiatrici [...] in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario” (comitato nazionale per la bioetica, 2015).

Lo stesso comitato, già nel 2000, si esprimeva in materia di contenzioni definendole come “residuo di cultura manicomiale” e auspicandone un loro superamento.

Fin dall'ora la pratica del no-restraint risulta essere di grande attenzione sia per i diversi studi che si stanno conducendo, sia per l'interesse che hanno dimostrato gli organi internazionali, tra questi il Consiglio sulle Nazioni Unite sui Diritti Umani che in una dichiarazione del 2018 condanna le contenzioni dichiarando che “, i paesi (aderenti all'ONU) dovrebbero riclassificare e riconoscere queste pratiche come tortura o, comunque, trattamenti punitivi, crudeli, disumani e degradanti”(Citizens Commission on Human Rights (CCHR), 2018).

Lo stesso ministro della salute Roberto Speranza augura e propende verso una completa eliminazione delle tecniche di contenzione fisica e meccanica entro il triennio 2021- 2023, ossia “contenzione zero” (‘seconda conferenza nazionale per la salute mentale’, 2021).

1.6 Riforma psichiatrica del 1978 e la legge 180

La prima e vera riforma psichiatrica in Italia in materia di salute mentale si attuò nel 1978 grazie all’allora direttore del manicomio psichiatrico di Gorizia e successivamente nel centro di Trieste, Franco Basaglia.

Basaglia nel suo periodo di direttore del manicomio di Gorizia si rese conto che “l’intero assetto manicomiale era moralmente fallito, che non c’era nessun effettivo beneficio per i pazienti in termini medici nel modo in cui venivano trattati e curati.

Anzi identificò che l’istituzione stessa partecipava nella creazione o esacerbazione della malattia psichiatrica nei pazienti.”

Spinto da teorie e testi di altri studiosi europei come Foucault e Goffman (solo per citarne alcuni), già intorno al 1968 istituì delle riforme all’interno della struttura psichiatrica dove operava con:

- assenza di contenzioni;
- riduzione dei trattamenti tramite elettroshock;
- abbattimento delle barriere e recinzioni;
- creazione di equipe composte da psichiatri;
- riunioni generali con tutti i pazienti;

“L’esperimento “di Gorizia diede solo inizio a quello che poi portò alla chiusura del manicomio di San Giovanni a Trieste, sempre sotto la guida di Basaglia tra il 1971 e 1978. La riforma iniziata da Basaglia iniziò a comprendere così una graduale riduzione nell’accettazione dei pazienti all’interno degli “ospedali “psichiatrici, la creazione di Corporazioni dove la persona potesse essere re-integrata nella società e la divisione settoriale (su base di quello fatto in Francia) dei manicomi per aiutarne la chiusura effettiva.

Trieste divenne così centro di attività politiche, sociali, teatrali, culturali e condusse a sé intellettuali e studiosi ma anche studenti che si avvicinarono al pensiero riformato di Basaglia (Crossley Nick, 2006).

Il nuovo motto divenne *“la libertà è terapeutica”* (Foot, 2014).

Tutto questo portò infine, nonostante dissensi e polemiche, a quella riconosciuta a livello Nazionale e non solo, come *“legge Basaglia”*.

La legge in sé rimase in vigore fino ai sei mesi successivi, dove fu in seguito accorpata all'interno della legge n° 833 che istituì il Sistema Sanitario Nazionale andandone a formare gli articoli n°33-34-35 e 64 (Liguori Antonia, Arras Valentina, fondazione Basaglia).

Il punto fondamentale della legge era quello di non creare più distinzioni tra i pazienti afflitti da patologie mentali e quelli afflitti da altre patologie.

Il paziente in acuzie da patologia mentale sarebbe stato curato all'interno di reparti psichiatrici di ospedali generali, con un massimo di 15 posti letto all'interno del reparto.

Per la prima volta si parla anche di *“trattamento su base volontaria”* e di ricovero obbligatorio (T.S.O.) solo in caso di:

- Bisogno di intervento in emergenza;
- Rifiuto da parte del paziente di sottoporsi all'intervento;
- Trattamenti alternativi extra ospedalieri impossibili (Barbui, Papola and Saraceno, 2018).

Si attuò quindi quello che in Europa e nello specifico in Gran Bretagna, Finlandia, Norvegia e Germania era già avvenuto: una completa riforma ospedaliera e sociale. Questo portò ad una massiva riforma psichiatrica che ebbe come caposaldo la *“deistituzionalizzazione dei malati di mente”* (Palermo, 1991).

Fondamentale è il ruolo di rilievo che si dà al paziente: la legge infatti sancisce non solo che la persona ricoverata abbia il diritto di comunicare con chi vuole all'esterno ma anche che il TSO sarebbe dovuto *“essere accompagnato da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato”* (repubblica italiana, 1978, p. 18; Barbui, Papola and Saraceno, 2018).

Inoltre, in materia di Trattamento Sanitario Obbligatorio viene identificato un periodo di sette giorni in cui è necessaria una nuova valutazione medica per decidere se

continuare, con un nuovo provvedimento, o meno il ricovero del paziente, previa autorizzazione del giudice.

Nell'articolo n°7 si decreta appieno quello a cui puntavano i riformisti: *“È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche”* (repubblica italiana, 1978).

Il paziente affetto da malattia psichiatrica per la prima volta in una legge viene identificato in assenza di appellativi denigratori e stigmatici, si sopprimono termini come “di alienati di mente, infermi di mente” e il termine “stabilimento di cura”.

“Se prima di tale riforma la funzione della psichiatria era quella di affrontare la malattia mentale, ritenuta inguaribile, con un approccio custodialistico e contenitivo, oggi con lo sviluppo della psichiatria di comunità è ormai largamente accettata l'idea che gli interventi in ambito psichiatrico debbano avere approcci multidisciplinari orientati alla recovery, valorizzando la responsabilità, la partecipazione e il protagonismo degli utenti alla cura, nel rispetto della dignità della persona” (Davì Maurizio, 2017).

1.7 Movimenti e metodiche no restraint oggi

Dai movimenti del passato e dai primi cambiamenti a favore di una politica no restraint, si è passato a movimenti nazionali e internazionali che operano in forma di volontariato e che attraverso articoli, campagne e convegni, sensibilizzano l'opinione pubblica ma anche gli organi di governo preposti, verso un'implementazione sempre maggiore delle metodiche e dei reparti no restraint.

Questi enti supportano e guidano le ULSS, gli ospedali, ma anche le case di cura e le organizzazioni sanitarie verso la diminuzione e l'uso di alternative alla contenzione.

La principale campagna nazionale che spinge verso l'abolizione completa della contenzione meccanica in psichiatria, si intitola “E tu slegalo subito”, nata a gennaio 2016.

Il suo scopo è quello di sensibilizzare l'opinione pubblica e informare tutti i cittadini sull'uso della contenzione nel nostro paese, oltre che avviare con l'aiuto e il supporto

degli organi istituzionali, un'indagine conoscitiva sull'uso della contenzione. Si prefigge di sostenere cittadini e operatori che denunciano e si oppongono a pratiche di contenzione e superare tutte le limitazioni della libertà personale nei luoghi della cura: porte chiuse, ispezioni, sequestri di oggetti personali.

In aggiunta sostiene il bisogno di mostrare che esistono servizi dove queste pratiche sono state abolite e dove la cura è rispettosa della persona, della dignità e dei diritti di tutti, utenti ed operatori (Forum Salute Mentale, no date).

Tra le associazioni che hanno promosso e sostenuto questa campagna figurano:

il "CLUB Spdc no restraint", Forum Salute Mentale, Confbasaglia, Comitato Verità e Giustizia per Francesco Mastrogiovanni, Comitato Verità e Giustizia per Giuseppe Casu, Gruppo Abele, Unasam, Fondazione Franco e Franca Basaglia, DSM Trieste, Cittadinanzattiva Tribunale Diritti del Malato e molte altre realtà associative e sindacali.

L'associazione che si occupa in modo principale di psichiatria e no restraint è appunto il "Club Spdc no restraint" nato nel 2006 e che sotto la sua influenza ha portato in Italia alla trasformazione di 27 Spdc formandoli verso il No restraint e accorpandoli per formarne appunto il "club".

Questi SPDC si incontrano annualmente per portare esempi di realtà no restraint a sostegno della loro campagna, invitando anche ospiti (medici, direttori sanitari, infermieri, operatori ecc..) internazionali per diffondere la metodologia no restraint a coloro che non la utilizzano o come forme di insegnamento verso nuove metodiche e comportamenti migliorativi.

Bisogna sottolineare che dei 27 Spdc totali, le metodiche organizzative utilizzate differenziano in 3 modelli, come evidenziato nella tabella II.

II. Tabella modelli SPDC no restraint

	1. Aversa (Ospedale Giuseppe Moscati)
	2. Caltagirone-Palagonia (Ospedale Gravina)
	3. Mantova (Ospedale Carlo Poma)
	4. Matera (Ospedale Madonna delle Grazie)
	5. Merano (Ospedale Franz Tappeiner)
	6. Novara (Ospedale Maggiore della Carità)
MODELLO	7. Portogruaro (Ospedale S. Tommaso dei Battuti)
PORTE	8. Siena (Ospedale Policlinico S. Maria delle Scotte)
APERTE	9. Trieste (Ospedale Maggiore - CSM nelle 24 ore)
	10. Pescia (Ospedale S. Cosma e Damiano)
	11. Caltanissetta (Ospedale di "San Cataldo")
	12. Grosseto (Ospedale "Misericordia")
	13. Roma (Porte aperte ma si contiene, 1-2 contenzioni al mese Ospedale S. Giovanni Addolorata)
	14. Gorizia (CSM 24 h e prove di "porte aperte" per tempi limitati)
	15. Venezia/Mestre (12 Veneziana)
MODELLO	16. Arezzo (Presidio Ospedaliero Garbazzo "San Donato")
PORTE	17. Lucca ("Campo di Marte")
CHIUSE	18. Verona Sud (in attesa di conferma)
	19. Salerno (in attesa di conferma- USL2)
	20. Bari (in attesa di conferma)
	21. Trento (progetto strutturato)
	22. S. Marco in Lamis (Ospedale "Michele Gualano" -progetto in
PROGETTO	elaborazione - "prove di porte aperte")
PORTE	23. Cagliari (per tempi limitati "prove di porte aperte")
APERTE IN	24. Iseo (prov. Brescia - progetto in elaborazione)
CORSO	25. Perugia (progetto in elaborazione)
	26. Treviso (progetto in elaborazione)
	27. Alessandria (S. Antonio e Biagio, da circa un anno "prove di porte aperte")

(Davì, 2008)

A livello internazionale possiamo trovare numerose campagne e organizzazioni che in modo differenziato supportano una gestione più limitata o del tutto assente delle contenzioni e che promuovono tecniche e iniziative all'interno degli ospedali e nei centri di salute mentale.

Tra le attività promosse a livello ospedaliero possiamo trovare la metodica “no force first” polices utilizzata nel Regno Unito che promuove una crescita culturale da un obiettivo di contenimento a uno di “recovery”.

In questo caso “recovery” è inteso non più come guarigione con restitutio ad integrum dalla malattia, in salute mentale la Recovery non è perciò tanto qualcosa da raggiungere quanto soprattutto un processo non lineare e complesso, inteso come viaggio di cambiamento, una esperienza di crescita oltre la malattia. Si valorizza il fatto che sono gli utenti stessi a decidere di riprendersi, essa non è contraddetta dal verificarsi di episodi di riacutizzazione in quanto l'essere guariti non è posto in contraddizione con l'essere stati malati. È un modo di vivere in cui si riguadagna fiducia in sé e si sviluppano aspettative positive. Si riorganizza il senso di sé: stima di sé, efficacia personale e luogo interno di controllo (Serrano Mario, 2013).

Lo scopo quindi di questa metodica è quello di creare ambienti liberi da coercizione e promuovere il dialogo come primo intervento tra staff e pazienti.

Un altro tipo di iniziative sono quelle di comunità, in cui troviamo per esempio le innovative Respite House utilizzate a livello internazionale e progettate in vari modelli, come: Bochum Crisis Rooms (Germania); Soteria House (Svezia); and Weglaufhaus (Germania).

Questi tre modelli hanno uno scopo anti-coercitivo e fungono d'aiuto, supporto e da luogo sicuro e di rifugio a persone che hanno bisogno di supporto psicosociale.

Di seguito elenchiamo alcune tra le proposte utilizzate di stampo e politica no-restraint a livello internazionale (tabella III).

III. Tabella delle metodiche e organizzazioni internazionali no restraint

INIZIATIVE	- ‘No Force First’ Policies (Regno Unito).
OSPEDALIERE	-Workbook for Hospitals and Wards to Reduce Coercion and Increase Occupational and Patient Safety (Finlandia). -Open Door Policy (Internazionale);
INIZIATIVE	-Respite House (Internazionale);
COMUNITA’	-Personal Ombud Programme (‘Personligt Ombud Skåne’ or ‘PO’) (Svezia). -TANDEM plus Mobile Crisis Support (Belgio);
MODELLI	- ‘Activity quality of care project deinstitutionalisation of care for the mentally ill’ (Repubblica Ceca).
IBRIDI	- ‘Improved cooperation between psychiatry and home care’ (Svezia). -Reducing compulsory admission at a psychiatry emergency outpatient clinic (Norvegia);

(Gooding Piers, 2021)

In letteratura si citano diversi studi che hanno cercato di comprendere e analizzare le esperienze e le emozioni predominanti provate dai pazienti che hanno subito contenzione, valutando che i sentimenti sovrastanti erano quello del trauma psicologico, sensazione di vergogna e senso di colpa, perdita della dignità e del rispetto verso sé stessi e perdita dell’autonomia. A seguito di questi studi sono state ricercate ed elencate diverse modalità che all’interno delle strutture sanitarie possono aiutare verso una riduzione ancora più marcata dei mezzi di contenzione.

Downey et al., nel 2007 analizza e studia la riduzione della contenzione nelle unità di emergenza psichiatrica e nei reparti intensivi arrivando a decretare che il 90% delle volte vengono utilizzate prima metodiche non contenitive e in caso di loro fallimento si attua la contenzione.

Il metodo più utilizzato è quello del dialogo ad un operatore, seguito da un time-out. Un altro metodo è quello dell’accordo multiprofessionale: si è osservato che gli accordi che coinvolgono medici, staff infermieristico e il paziente in merito a farmaci, dosaggi,

difficoltà nel reparto e criteri di contenzione e isolamento portano il paziente ad essere più partecipativo al processo di cura e più collaborativo e meno aggressivo.

Smith et al., nel 2005 descrive un metodo implementato nell'ospedale statale in Pennsylvania, dove è stato riportato una riduzione nell'indice di contenzione e isolamento e anche nella durata di queste ultime. Lo studio è durato 11 anni e sono stati coinvolti diversi fattori: nel raggiungimento del risultato: una leadership che inizi il cambiamento, promozione nella diminuzione dell'uso di contenzione e isolamento, educazione dello staff, aumentare le dimensioni del reparto, ottimizzazione del rapporto paziente-staff e del sistema di controllo incidenti.

Nel 2012, l'associazione americana per l'emergenza psichiatrica con il Progetto Best practices nella valutazione e trattamento dell'agitazione (BETA) ha studiato un metodo non coercitivo di de-escalation per calmare il paziente cosicché possa cooperare nella valutazione e organizzazione dell'agitazione o dell'aggressività.

Lo studio identifica dieci metodi di De-escalation verbale:

- (a) Rispettare lo spazio personale del paziente e dell'operatore (due braccia di distanza dal paziente);
- (b) Non essere provocatorio nell'interazione;
- (c) Stabilire contatto verbale con il paziente;
- (d) Essere conciso e mantenere le conversazioni su una linea semplice.
- (e) Identificare i bisogni e i sentimenti del paziente, permettere al paziente di ventilare ed essere un ascoltatore empatico;
- (f) Essere un ascoltatore attivo e trasmetterlo tramite conversazione, linguaggio del corpo e conferme verbali;
- (g) Essere d'accordo o essere d'accordo nel non esserlo (Trovare qualcosa nella posizione del paziente con la quale tu possa essere d'accordo);
- (h) Stabilire condizioni basiche di lavoro in modo non intimidatorio e informare in modo chiaro riguardo i comportamenti ritenuti accettabili e non;
- (i) Offrire scelte e ottimismo- Offrire la scelta del trattamento e dare potere al diritto di sceglierlo (autonomia individuale);
- (l) Fare un debriefing con lo staff e il paziente per ridurre le esperienze contenitive e restaurare la relazione terapeutica (Raveesh BN, Gowda GS, Gowda M., 2019).

1.8 Reparto “a porte aperte” e rete territoriale

Tra le modalità che configurano come no restraint, quella che riguarda le open door è una tra le più studiate e analizzate in anni recenti.

Questa metodologia nasce in Scozia e venne utilizzata per la prima volta da Conolly nel suo Asylum e fu successivamente esportata a livello internazionale, fino ad arrivare ai moderni SPDC no restraint.

In questa parte di tesi ci soffermeremo nel valutare alcuni SPDC e gli aspetti che più accomunano gli SPDC no restraint e open door italiani.

Innanzitutto, una valutazione generale si può desumere dagli interventi avuti luogo nell' VIII Convegno SPDC no restraint avvenuto nel 2016.

In un susseguirsi di interventi di medici, infermieri e coordinatori di reparto , oltre che di altre figure di autorità nel tema delle contenzioni, si è fatta un'iniziale distinzione rispetto i reparti aperti e quelli chiusi; nel quale si descrivono la maggior parte degli SPDC italiani come “ quasi tutti “luoghi chiusi”, non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le Associazioni di familiari ed utenti, per il volontariato, formalizzato ed informalizzato, a scapito di una trasparenza dell'operato sanitario, di cui godono invece tutti quei luoghi sanitari che sono aperti e liberamente frequentati” (‘Atti-VIII-Convegno-SPDC-No-Restraint’, 2015).

Diventa quindi importante capire come si può definire o meno un SPDC no restraint e open door, e quindi comprendere gli obiettivi che un reparto deve raggiungere e perseguire per poter essere definito tale.

Nel convegno viene ampiamente discussa questa problematica e si identificano diversi metodi per valutare e quindi assegnare un punteggio di qualità che certifichi gli SPDC no restraint; tra questi riportiamo la valutazione ideata da Toresini così articolata:

- Spostamento del controllo sulla relazione;
- Organizzazione del dipartimento;
- Clima;
- Holding;
- Limitazione del numero dei posti letto;
- Aumento degli orari dei servizi esterni;
- Residenzialità territoriale sufficiente e ben gestita.

Viene inoltre riportato una proposta ideata al convegno di Caltagirone che aiuti nell'instaurarsi delle porte aperte e verso un percorso no restraint:

a - in una prima fase prevedere che un operatore stia vicino alla porta d'ingresso, che rimane aperta, pronto a dialogare con i pazienti che chiedono di uscire;

b – assistenza personalizzata (in una seconda fase);

c – spostamento del controllo sulla relazione;

d – conoscenza della anamnesi e storia del paziente da parte dell'equipe;

e – unitarietà ed integrazione nell'organizzazione del dipartimento: continuità tra il dentro ed il fuori, il SPDC deve continuare a rimanere uno spazio del territorio;

f – creazione di un clima di accoglienza, gentilezza, serenità, rilassamento e non separazione dal mondo esterno;

g – introduzione della pratica holding (se necessaria);

h – limitazione del numero dei posti letto;

i – servizi di semi residenzialità e residenzialità sufficiente e ben integrata con il SPDC e con le altre istituzioni sociali e sanitarie del territorio;

In generale i benefici che si ottengono dall'apertura delle porte sono un maggior senso di autonomia, accoglienza, libertà e senso di empowerment, di atmosfera terapeutica, fiducia e collaborazione ma anche riduzione dell'aggressività e del conflitto.

I sentimenti positivi provati dai pazienti e citati prima sono stati estrapolati da una ricerca effettuata in Grecia e pubblicata nel 2022 (Missouridou *et al.*, 2022).

In uno studio svolto in Germania in 21 ospedali e reparti open door e a porte chiuse, si analizza che l'assenza delle contenzioni e la politica open door in generale ha portato ad una diminuzione dell'aggressività e dello scatenarsi di crisi del paziente, diminuzione nell'uso dei farmaci e miglior aderenza terapeutica.

D'altronde non ci sono state diminuzioni significative in termini di episodi di violenza e diminuzione di episodi suicidari tra la tecnica open door e reparto chiuso (Schreiber *et al.*, 2019).

Analizziamo in breve l'SPDC di Trento, dove le porte rimangono aperte dalle ore 9 alle ore 20.

In questo periodo di tempo un infermiere assegnato assieme ad un utente familiare esperto (UFE) rimane vicino alla porta per monitorare e controllare la situazione nelle aree comuni. In questa fase si sottolinea l'importanza della negoziazione intesa come

attitudine empatica e ascolto attivo dei bisogni, per il raggiungimento della collaborazione oltre che dell'accordo terapeutico con i pazienti.

Le uscite dal reparto solitamente non sono permesse nelle prime 48h del ricovero di un nuovo paziente; invece, generalmente il paziente conosciuto può discutere le sue uscite e la loro durata con lo staff e questa viene registrata.

Nel caso in cui il paziente non è conforme all'ospedalizzazione e si è impossibilitati a interrompere il ricovero, le porte possono rimanere chiuse fino alla fine del momento di crisi per abbassare il livello di stress del paziente tramite dialogo e negoziazione fino al raggiungimento di un nuovo accordo (Andreatta, 2014).

Fondamentale è il senso dualistico delle open door, ossia permettere ai pazienti di non sentirsi rinchiusi nel reparto e allo stesso tempo concepire l'apertura delle porte come possibilità del mondo esterno di entrare nella realtà del reparto ospedaliero.

A Trento, infatti, nell'arco della settimana si svolgono attività strutturate (ginnastica dolce e trattamenti shiatsu, gruppi psico-educativi, arte-terapia, cineforum, laboratori di musica, di teatro e di cucito), che possono anche essere aperte al pubblico, oltre ad eventi extra-ordinari come feste e concerti che hanno la finalità di ridurre lo stigma ed il pregiudizio, favorendo un clima di accoglienza e positività rispetto al mondo della salute mentale. Altre pratiche riabilitative che vanno nella stessa direzione sono: la Terapia Cognitivo Comportamentale, basata sul modello stress-vulnerabilità-coping ed il "progetto UFE" basato sui principi dell'Empowerment (Davì, 2014; direttore dott. Goglio Marco Maria servizio salute mentale di Trento, 2020).

Da una valutazione effettuata analizzando i vari metodi organizzativi esplicitati dai responsabili degli SPDC no restraint e open door che sono intervenuti al convegno, emergono dei punti chiave riassumibili in:

- Supporto dirigenziale e corsi di studio e aggiornamento per medici, infermieri e operatori prima di attivare il progetto e successivamente, continui briefing e aggiornamenti in itinere;
- le porte aperte possono rimanere chiuse fino al rientro della situazione di crisi del paziente, controllo diretto da parte del personale o volontari di chi esce o campanello alle porte;
- un minor numero di posti letto e ambiente accogliente;
- rapporto standardizzato e diretto tra PS e SPDC e tra l'ospedale e le forze dell'ordine:

per favorire la flessibilità nella gestione della crisi in PS e quindi all'esterno dell'SPDC;

- Stretta collaborazione tra reparto e servizi di volontariato (alcuni esempi: progetto Amalia e stella polare a Trieste, UFE a Trento, associazione mediterraneo a Livorno);
- Attività ricreative, riabilitative e rieducative durante il corso della giornata in reparto;
- Protocolli di gestione dell'aggressività, suicidio, cadute, tossicodipendenza (SERD) e di gestione del paziente che lascia il reparto;
- Accoglienza del paziente e spiegazione delle regole del reparto.

Tra questi punti elencati quello principale, dove ogni SPDC valutato si sofferma ed è importante da sottolineare, è lo stretto rapporto con i servizi territoriali.

Una rete territoriale forte garantisce una base solida che permette l'attuazione efficace e duratura degli SPDC no restraint e open door, in particolare il CSM 24h e il collegamento continuo sia durante il ricovero sia a seguito della dimissione del paziente, con rotazione dei professionisti sanitari tra CSM e SPDC.

Ogni SPDC, inoltre, si avvale di collaborazioni e rapporti di volontariato sia esterni alla struttura sanitaria, sia interni con il ruolo chiave che svolgono i familiari preparati e formati per supportare e aiutare i professionisti sanitari all'interno del reparto.

In alcuni territori diventano solerti i servizi residenziali e CSM con programmi di supporto al paziente e alla famiglia e in alcuni casi con possibilità di day hospital e ospitalità notturna, gestione diretta delle situazioni di "crisi" del paziente, programmi di prevenzione e educazione anche nelle scuole e stretta collaborazione con il comune come, per esempio, si può notare nel progetto di microaree di welfare comunitario a Trieste ('Atti-VIII-Convegno-SPDC-No-Restraint', 2015).

"Si deve pensare a S.P.D.C. come strutture piccole e "deboli" a vantaggio di Centri di Salute Mentali "forti" aperti 24 ore, capaci di operare sul territorio di riferimento e sulla globalità dei bisogni di Salute Mentale emergenti."

Così viene descritto l'SPDC di Trieste, ossia come luogo di transito e di attivazione dei servizi del territorio, affinché da subito le persone (anche alla prima crisi) vengano presi in carico dal Centro di Salute Mentale competente per territorio per un lavoro globale che coinvolga anche altri Servizi Sociali e Sanitari (comitato nazionale per la bioetica, 2015; Capodieci Benedetto, 2022).

1.9 Infermieri e contenzioni

La figura dell'infermiere è di fondamentale importanza quando si discute di contenzioni, non solo perché l'applicazione di tale misura sul paziente viene guidata e svolta dal professionista sanitario, ma anche perché grazie alla sua vicinanza con il paziente può diventare promotore o meno della scelta di contenere.

In generale in letteratura il punto di vista degli infermieri che operano nei settori psichiatrici è quello che vede la contenzione come intervento inevitabile, necessario per calmare il paziente.

Bisogna però sottolineare che diversi studi concludono che gli infermieri riconoscono che tale intervento deve essere applicato come ultimo metodo dopo aver sperimentato tutte le altre misure non coercitive.

Tale analisi in Italia si è resa ancora più importante visto l'art.30 del codice deontologico infermieristico che cita "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali" (federazione nazionale ordine professioni infermieristiche, 2019).

Una revisione sistematica condotta da Doedens P. et al., nel 2020, conclude che negli ultimi due decenni le attitudini dei professionisti sanitari sono cambiate nei confronti della contenzione, non vedendola più come una parte di assistenza terapeutica ma come mezzo per garantire sicurezza.

Questo si può analizzare all'interno di quei paesi che hanno impiegato sforzi significativi nella riduzione delle contenzioni, in particolare si nota nelle nazioni occidentali rispetto alle attitudini ed esperienze dei paesi orientali (Lee, Välimäki and Lantta, 2021).

Inoltre, è emersa la contraddizione tra la pratica contenitiva e le attitudini e credenze degli infermieri riguardo la sua efficacia e appropriatezza. Gli infermieri sono a conoscenza che la contenzione ha un impatto negativo nei pazienti ma gli episodi di violenza ne giustificano l'uso ed esse diventano un mezzo per garantire sicurezza agli utenti e i professionisti sanitari.

Dall'altro lato però, considerano contenzione e isolamento come interventi più intrusivi ed esprimono il bisogno di alternative meno invadenti per diminuirne l'uso (Doedens *et al.*, 2020).

Anche la presidente dell'Ipasvi si è espressa nel 2016 in merito alle contenzioni, nel suo intervento alla commissione diritti umani conclude ponendo in rilievo l'importanza sulla:

- formazione degli operatori;
- diversa organizzazione dei servizi;
- équipes multidisciplinari che individuino le migliori strategie per la gestione di momenti di acuzie.

Bisogna sottolineare che la federazione Ipasvi è orientata verso quella letteratura che auspica una diminuzione della contenzione, non la sua abolizione (Manconi Luigi (presidente commissione), 2016).

Nell'iniziare un percorso verso il no restraint, già al congresso degli SPDC no restraint viene evidenziato che si ritiene fondamentale avviare un percorso concreto per la valutazione dello stress da lavoro correlato nello SPDC come luogo di lavoro ad alto rischio, e ovunque dove sia prevalente il contenimento e dove gli operatori si sentano costretti a seguire questo tipo di intervento, per capire i bisogni necessari per il cambiamento.

Nonostante ciò, vengono messe in luce difficoltà dagli stessi SPDC no restraint e open door come la: violenza su operatore sanitario e la chiusura delle porte in caso di crisi del paziente; sottolineando comunque che in caso di paziente particolarmente agitato o in situazione critica un primo intervento si effettua direttamente in PS o nel CSM ('Atti-VIII-Convegno-SPDC-No-Restraint', 2015).

2.MATERIALI E METODI

2.1 Strategia di ricerca

Le strategie di ricerca utilizzate per formulare questa tesi sono state un iniziale inquadramento del tema preso in esame, attraverso una ricerca dati per analizzare, tramite una visione d'insieme generale, il fenomeno contenzioni in Italia e a livello internazionale.

Valutare le regolamentazioni in Veneto e in Italia e infine mettere in luce le realtà no restraint e le tecniche non contenitive.

Per questa prima parte sono state effettuate ricerche tramite banche dati come Pubmed, siti governativi, siti di associazioni inerenti al tema, Google scholar e siti di aziende ospedaliere e protocolli regionali.

Le parole chiave più utilizzate durante la ricerca sono state: no restraint, mechanical AND physical restraint, psychiatric nurses, open door, history of restraint, Basaglia AND law 180, Conolly AND asylum, SPDC no restraint, nurses AND restraint.

In questa seconda parte si andrà ad analizzare all'interno dell'ULSS 7 Pedemontana l'uso delle contenzioni (meccanica, fisica e isolamento) e nello specifico all'interno degli SPDC, mettendo in evidenza le esperienze e la percezione degli infermieri nei confronti delle metodiche contenitive, attraverso l'uso di un questionario già validato a risposta multipla.

2.2 Contesto e partecipanti

Agli infermieri degli SPDC dell'ULSS7 è stato somministrato un questionario, su base volontaria e anonima nel mese di settembre 2022.

I partecipanti allo studio sono stati 22, 8 infermieri dell'SPDC di Santorso e 14 dell'SPDC di Bassano.

Il questionario è stato proposto sottoforma di link e-mail creato tramite modulo Google, in cui le varie domande sono state prima tradotte in italiano; successivamente il modulo è stato inviato e inoltrato dalle Coordinatrici di reparto a tutti gli infermieri dell'SPDC.

2.3 Analisi del questionario

Il questionario è stato validato da “the Flinders University Social and Behavioural Research Ethics Committee” (numero: 7588) ed è stato estrapolato da un articolo di A.Gerace e Eimear Muir-Cochrane pubblicato nel 2019 che proponeva uno studio simile svolto nel 2018 in diversi ospedali australiani (Gerace and Muir-Cochrane, 2019). Il tipo di questionario è stato scelto per la completezza delle domande, l’interesse dello studio e l’utilità su base infermieristica. Il questionario esamina come gli infermieri percepiscono l’impiego delle contenzioni e come discriminano il loro utilizzo e i fattori che ne influenzano l’applicazione, inoltre valuta la loro visione sulla possibilità dell’eliminazione della contenzione fisica, meccanica e isolamento. La somministrazione di tale questionario è stata effettuata in via telematica per garantire maggiore praticità alla compilazione (es. possibile compilarlo in pausa pranzo, a casa o la sera a fine turno), inoltre garantisce assoluta riservatezza poiché una volta inviato le risposte arrivano in anonimato senza poter essere consultabili nuovamente, e permette una risposta immediata e veloce. Il documento utilizza sigle ossia CF (contenzione fisica), CM (contenzione meccanica) e I (isolamento). Oltre a ciò, ogni gruppo di domande è stato suddiviso in 8 sezioni che trattano e separano diverse caratteristiche riguardanti l’area tematica in studio, e sono così intitolate:

1. Spiegazione della tesi, del progetto di ricerca e garantiti privacy e non divulgazione dei dati;
2. Raccolta di dati anagrafici, di ambito lavorativo e presenza o meno di conoscenti o familiari che soffrono di patologie psichiatriche;
3. Percezione generale dei metodi di contenzione (come viene vissuto l'uso della contenzione);
4. Percezione rispetto a specifici metodi di contenimento (quali metodi ritiene maggiormente efficaci/etici);
5. Tipi di contenzione usate in reparto;
6. Percezione nell’uso dei metodi di contenzione nel reparto (come viene vissuto l'uso della contenzione in reparto);
7. Comportamenti dei pazienti che influenzano l’uso delle contenzioni;
8. Fattori del reparto che influenzano l’uso dei metodi contenitivi.

3.RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Analisi dei risultati e grafici

Di seguito analizzeremo le risposte date al questionario attraverso lo studio dei grafici e valutando infine le criticità e gli aspetti positivi rilevati dagli infermieri dell'ULSS 7 in merito all'uso delle contenzioni e un loro possibile superamento.

Nell'estrapolazione delle risposte sono stati utilizzati questi accorgimenti:

-Le percentuali utilizzate per analizzare le risposte delle tabelle sono state arrotondate per eccesso o per difetto;

-Le risposte ai termini "fortemente in disaccordo" e "in disaccordo" sono state sommate e vengono identificate come "in disaccordo", in egual modo per i termini "fortemente d'accordo" e "d'accordo" dove viene considerata la somma con il termine "d'accordo" e infine con i termini "molto improbabile" e "improbabile" e "molto probabile" e "probabile".

Nella prima parte sono state analizzate le risposte degli infermieri che concernono i dati anagrafici, lavorativi e di conoscenza o meno di persone a loro vicine affette da patologia psichiatrica.

Dallo studio dei grafici si ha una prevalenza del sesso maschile all'interno dei reparti con un'età varia, ma con maggioranza di infermieri che vanno dai 50 ai 59 anni e al secondo posto per numerosità con infermieri che vanno dai 31 ai 39 anni.

Gli infermieri dell'ULSS 7 per il 59,1% hanno il diploma di infermiere, il 36,3% ha la laurea triennale di cui il 18,2% ha ottenuto un master e il 4,5% ha una laurea magistrale in infermieristica. Per quanto riguarda le esperienze lavorative pregresse si rileva una maggior provenienza dai settori chirurgico (50%) e medico (22,7%), invece l'area materno infantile e l'area territoriale hanno entrambe una prevalenza del 9,1%.

Diversa invece è la percentuale lavorativa in ambito psichiatrico dove si attesta una percentuale del 54,5% di infermieri che lavorano in psichiatria da 1-5 anni, e il 22,7% che lavora da 6-10 anni.

Infine, a conclusione di questa prima parte viene chiesto se gli infermieri sono a contatto o conoscono parenti, amici o conoscenti che soffrono di patologia psichiatrica, dove si evidenzia il 59,1% ha dato una risposta positiva e il 40,9% una risposta

negativa. Nella seconda parte del questionario intitolata “Percezione generale dei metodi di contenzione” viene chiesto agli infermieri di pensare alle contenzioni in generale e di segnare la risposta per loro più corretta rispetto a diversi items, in totale 22 (Tabella IV).

IV. Tabella risposte “Percezione generale dei metodi di contenzione (come viene vissuto l’uso della contenzione)

ITEMS	FORTEMENTE INDISACCORDO	INDISACCORDO	INDIFFERENTE	D’ACCORDO	FORTEMENTE D’ACCORDO
(1) Tutti i metodi alternativi dovrebbero essere provati prima di usare CM/ICF	/	2	/	10	10
(2) I metodi alternativi non possono totalmente rimpiazzare CM/ICF	2	2	1	11	6
(3) Mi sento insicuro/a per come CM/ICF possono influenzare i pazienti	1	11	3	6	1
(4) E difficile decidere quando isolare o contenere un paziente	2	10	1	6	3
(5) E difficile trovare metodi alternativi alla CM/ICF	1	9	2	9	1
(6) CF/ICM violano l'autonomia dei pazienti	1	4	2	9	6
(7) L'uso di CM/ICF è necessario come protezione nelle situazioni di pericolo	1	3	/	7	11
(8) Per ragioni di sicurezza CM/ICF devono essere usati qualche volta	4	2	1	9	6
(9) L'uso di CM/ICF può danneggiare la relazione terapeutica	3	6	3	7	3
(10) L'uso di CF/ICM è dichiarato un fallimento da parte dell'equipe	5	13	3	1	/
(11) CM/ICF possono rappresentare cura e protezione	2	2	2	12	4
(12) Più CM/ICF dovrebbero essere usati nella gestione dei pazienti con disturbi	6	10	2	3	1
(13) L'uso di CM/ICF può prevenire lo sviluppo di situazioni pericolose	2	2	3	8	7
(14) CF/ICM violano l'integrità del paziente	4	6	3	7	2
(15) Per pazienti gravemente malati CM/ICF possono assicurare sicurezza	4	6	2	6	4
(16) L'uso di CF/ICM è necessario nei confronti di pazienti aggressivi e pericolosi	2	5	2	7	6
(17) Troppe CF/ICM sono usate nella cura dei pazienti	5	8	7	2	/
(18) Forze dell'ordine guardie di sicurezza sono necessarie per CF/ICM	3	2	2	10	5
(19) CF/ICM possono essere ridotte e utilizzare più tempo e contatto personale con i pazienti	3	3	4	10	2
(20) CF/ICM non dovrebbero proprio essere usate	6	10	3	2	1
(21) Sarà sempre necessario utilizzare CM/ICF	3	7	5	4	3
(22) L'isolamento è “un male necessario”	4	5	7	6	/

Dalla valutazione delle risposte emerge che la maggior parte degli infermieri è d’accordo in modo evidente (91%) sul fatto che bisognerebbe utilizzare, prima delle contenzioni, metodi alternativi ad esse e che queste possono essere ridotte garantendo più tempo e contatto personale con il paziente (54,5%) [item 1-19].

Il 77% degli intervistati dichiara tuttavia che i metodi alternativi non possono totalmente rimpiazzare l’utilizzo di CM/I/CF [Item 2], anche se il 45,5% degli infermieri non crede che sarà sempre necessario utilizzare le contenzioni [item 21].

All'affermazione riguardante le difficoltà nel trovare metodi alternativi a CM/I/CF, gli infermieri si dividono: il 45,5% è in disaccordo e la stessa percentuale con tale affermazione è in accordo [item 5].

Per quanto riguarda l'applicazione delle contenzioni il 73% si ritiene in disaccordo nell'eliminazione di queste e la stessa percentuale di infermieri ritiene che non dovrebbero esserne utilizzate più di quelle già in applicazione; il 59% ritiene che non siano troppe [item 12-20-17].

In generale la maggior parte degli intervistati è in disaccordo nel dire che l'uso dei mezzi contenitivi, quando accade, è ritenuto un fallimento da parte dell'equipe (82%) [Item10].

Il 68% degli infermieri concorda nell'affermare che l'uso di CM/I/CF può prevenire l'insorgenza di situazioni pericolose e che per ragioni di sicurezza devono essere utilizzate qualche volta, convenendo sulla necessità di intervento delle forze dell'ordine o guardie di sicurezza [Item 13-8-18].

Infatti, l'82% ritiene che siano appropriate come forma di protezione nelle situazioni di pericolo e che i mezzi coercitivi siano utili nei confronti di pazienti aggressivi e pericolosi (59%), sottolineando che possono rappresentare cura e protezione (73%) [Item 7-16-11].

Inoltre, il 54,5% ritiene di non avere difficoltà nel decidere quando isolare o contenere un paziente anche se con la stessa percentuale dichiarano di sentirsi insicuri su come il loro utilizzo possa influenzare gli utenti [Item 4-3].

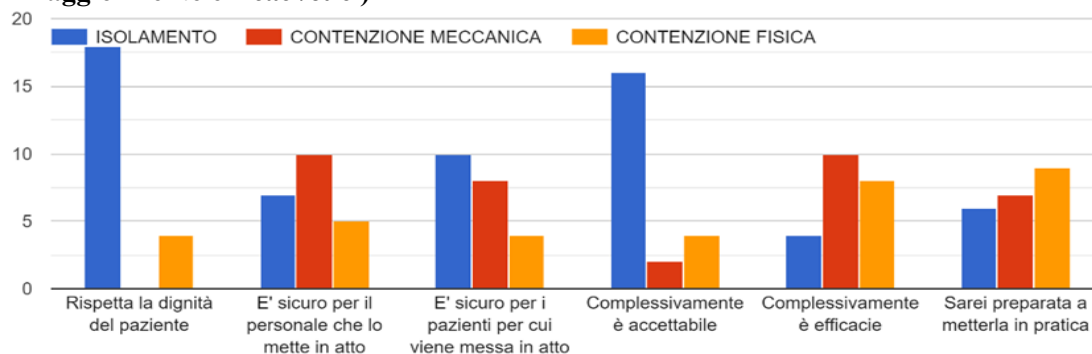
Gli intervistati asseriscono che i mezzi contenitivi violano l'autonomia del paziente (68%) anche se emerge una discrepanza lieve tra chi dice che siano anche lesivi dell'integrità del paziente (41%) e chi no (45,5%) [item 6- 14].

Negli items che riguardano "il danneggiamento della relazione terapeutica e le contenzioni come una maggior sicurezza per i pazienti gravemente malati", le percentuali possono essere valutate come opposte in modo equo [9-15].

Sull'affermazione "l'isolamento è un male necessario" il 41% si ritiene in disaccordo [item 22].

Nella terza parte "Percezione rispetto a specifici metodi di contenimento", si analizzano tre diversi metodi di contenimento, ossia l'isolamento, la contenzione fisica e quella meccanica (Grafico 1).

1. Grafico “Percezione rispetto a specifici metodi di contenimento (quali metodi ritiene maggiormente efficaci/etici)”



Gli infermieri ritengono che l’isolamento rispetti maggiormente la dignità del paziente (82%) e nessuno invece pensa lo stesso della contenzione meccanica, anche se quest’ultima viene ritenuta più sicura da mettere in pratica dal personale sanitario (45,5 %) rispetto alla contenzione fisica e viene considerata complessivamente più efficace (45,5 %).

L’isolamento viene percepito più sicuro e accettabile per i pazienti (73 %).

In particolare, gli intervistati si sentono più preparati nel mettere in atto la contenzione fisica (41 %) rispetto all’applicazione dell’isolamento.

La quarta parte tratta in modo più specifico quali mezzi contenitivi vengono utilizzati nel reparto: dove si rileva l’uso maggiore e in modo egualitario della contenzione fisica e meccanica (40%) e invece molto meno dell’isolamento (20%) (Tabella V).

V. Tabella “Percezione nell’uso dei metodi di contenimento nel reparto”

ITEMS	FORTEMENTE IN DISACCORDO	IN DISACCORDO	INDIFFERENTE	D'ACCORDO	FORTEMENTE D'ACCORDO
(1) CMI/CF sono usate troppo spesso	7	13	2	/	/
(2) Alternative per minimizzare l’uso di CMI/CF non sono utilizzate il più possibile	6	9	2	5	/
(3) Ci sono diverse opinioni sul bisogno di utilizzare CMI/CF	/	1	2	16	3
(4) Le linee guida riguardanti CMI/CF non sono seguite	7	11	3	1	/
(5) Le politiche organizzative contrastano con i tentativi di eliminare CMI/CF	2	5	5	8	2
(6) Alcuni/e infermieri/e nel mio reparto sono più disponibili nell’uso di CMI/CF rispetto ad altri/e	4	4	5	8	1
(7) Sento pressioni nell’usare CMI/CF	4	7	4	6	1
(8) Ho dei dubbi/preoccupazioni riguardo l’uso di CMI/CF	5	8	3	6	/
(9) Non discuto l’uso di CMI/CF	2	10	5	5	/
(10) CMI/CF non possono essere ridotti senza compromettere il livello di sicurezza del reparto	2	6	5	6	3
(11) CMI/CF possono essere ridotti nel mio reparto	2	8	5	7	/

In generale le risposte degli infermieri non si discostano dalle valutazioni date in precedenza, in cui considerano che le contenzioni non sono utilizzate troppo spesso all'interno del reparto (91%) e ritengono vengano considerate a sufficienza le alternative a mezzi coercitivi (68%) [Item 1-2].

Il 45,5% degli infermieri non è d'accordo nel dire che le contenzioni possono essere ridotte, e riguardo l'impossibilità di limitarle senza compromettere la sicurezza del reparto il 36% è in disaccordo e il 41% è d'accordo [Item 11-10].

Degli intervistati, l'82% ritiene che le linee guida riguardo CM/I/CF siano seguite e il 59% non ha dubbi/preoccupazioni nell'applicazione dei mezzi contenitivi [Item 4-8].

Il 50% degli infermieri non sente pressioni nell'utilizzo delle contenzioni anche se l'86% concorda nel dire che ci sono diverse opinioni riguardo il bisogno di utilizzare CM/I/CF e che il 54,5% accorda nel dire il loro impiego è discusso all'interno del reparto [Item 7-3-9].

Il 45,5% è d'accordo nell'affermare che le politiche organizzative contrastano l'eliminazione delle contenzioni contro il 32% che non concorda e il 23% che è indifferente [Item 5].

Rispetto l'item 6 ("maggiore disponibilità di alcuni infermieri rispetto ad altri verso l'uso di CM/I/CF") il 41% si dice concorde, mentre il 36% si reputa in disaccordo.

Considerando i comportamenti che possono o meno spingere alla decisione di contenere si rileva quanto segue (tabella VI):

Maggiore probabilità dell'uso delle contenzioni in caso di: [Item 3-6-10]

- aggressione o violenza fisica (95,5%);
- comportamento distruttivo (64%);
- mentre il 50% considera probabile il contenimento di un paziente intossicato (27% contro, 23% indifferente).

Improbabile l'uso delle contenzioni nel caso di: [Item 1-5-9-14-7-2-13-8-4-12]

- aggressione verbale (91%);
- comportamento invadente e inopportuno (77%);
- paziente disorientato (68%);
- difficoltà a comunicare in modo efficace con il paziente (64%);
- comportamento impulsivo (64%);
- minaccia di aggressione fisica (59%);

- paziente già contenuto in precedenza (54,5%);
- paziente agitato (54,5%);
- paziente in fuga o intenzione di fuga (45,5%);
- paziente ricoverato con TSO (41%).

VI. Tabella risposte “Comportamenti dei pazienti che influenzano l’uso delle contenzioni”

ITEMS	MOLTO IMPROBABILE USO DI CF/I/CM	IMPROBABILE USO DI CF/I/CM	INDIFFERENTE	PROBABILE USO DI CF/I/CM	MOLTO PROBABILE USO DI CF/I/CM
(1) Aggressione verbale	11	9	2	/	/
(2) Minaccia di aggressione fisica	3	10	1	7	1
(3) Aggressione/violenza fisica	/	1	/	8	13
(4) Fuga/intenzione di fuga	5	5	5	7	/
(5) Comportamento invadente/inopportuno	10	7	3	2	/
(6) Comportamento distruttivo	4	3	1	8	6
(7) Comportamento impulsivo	6	8	4	4	/
(8) Agitazione	4	8	3	6	1
(9) Disorientamento	4	11	3	4	/
(10) Paziente intossicato (alcol/droghe)	3	3	5	7	4
(11) Paziente in disintossicazione da alcool o metanfetamine	3	5	6	6	2
(12) Paziente ricoverato con TSO	4	5	11	2	/
(13) Paziente è già stato contenuto in precedenza	5	7	9	1	/
(14) Il personale non può comunicare efficacemente con il paziente	11	3	7	/	1

VII. Tabella risposte “Fattori del reparto che influenzano l’uso dei metodi contenitivi”

ITEMS	MOLTO IMPROBABILE USO DI CF/I/CM	IMPROBABILE USO DI CF/I/CM	INDIFFERENTE	PROBABILE USO DI CF/I/CM	MOLTO PROBABILE USO DI CF/I/CM
(1) Carenza di supporto dalla dirigenza	5	3	8	3	3
(2) Carenza di personale qualificato	7	1	6	5	3
(3) Sentire di avere conoscenza inadeguate per rispondere ai bisogni emotivi dei pazienti	6	7	4	4	1
(4) Non avere abbastanza tempo per completare tutti gli obiettivi del turno	12	6	3	/	1
(5) Assenza di buoni tutor come modelli di comportamento	9	6	5	1	1
(6) Sentire di avere conoscenze inadeguate riguardo i pazienti in acuzie	8	7	3	3	1
(7) Insicurezze rispetto le proprie capacità	9	8	4	1	/
(8) Troppi pazienti nel reparto	4	8	7	2	1
(9) Assenza di personale adeguato nel gestire un ambiente potenzialmente pericoloso	3	2	9	6	2
(10) Lavorare per lunghe ore e/o tanti turni	8	7	6	1	/
(11) Presenza di forze dell’ordine/guardie nel reparto	6	3	9	3	1
(12) Ambiente fisico povero	5	2	10	3	2

Per quanto riguarda invece i fattori di reparto (Tabella VII), secondo gli infermieri, è improbabile che si utilizzi la contenzione a causa di mancanza di tempo nel completare gli obiettivi del turno (82%) oppure a causa di tanti e lunghi turni (68%) o per la presenza di troppi pazienti all'interno del reparto (54,5%) [Item 4-10-8].

Inoltre, dal punto di vista professionale l'assenza di buoni tutor come modelli di comportamento (68%), le insicurezze sulle proprie capacità (77%), le conoscenze inadeguate sul paziente in acuzie (68%) o assenza di conoscenze adeguate a rispondere ai bisogni emotivi dei pazienti (59%), non rappresentano, secondo la maggioranza degli intervistati, un motivo che rende probabile l'applicazione di CM/I/CF [Item 5-7-6-3].

Invece, la carenza di supporto da parte della dirigenza per il 36% non è motivo di probabile utilizzo di contenzioni, ma il 27% considera questo un presupposto di applicazione di queste ultime [Item1].

La carenza di personale qualificato viene valutato dal 36% degli intervistati come probabile giustificazione che porta alla contenzione e un altro 36% crede sia una ragione per contenere improbabile.

“Un ambiente fisico povero” (41%) e “la presenza delle forze dell'ordine” (45,5%) analizza una maggioranza di risposte indifferenti, ma propendono comunque come improbabili cause all'uso dei metodi contenitivi [Item 11-12].

4.DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

I limiti maggiori che ho incontrato nel formulare questa tesi sono stati la difficoltà nel reperire dati aggiornati riguardo alle contenzioni (l'ultimo studio nazionale accreditato è del 2003/4), soprattutto che riguardassero la regione Veneto.

Inoltre, l'argomento è molto vasto e in Italia gli studi maggiori, con più reperibilità di dati in materia di no restraint e contenzioni vengono formulati da associazioni accorpate tra loro, rendendo la ricerca più selettiva e meno varia.

Le potenzialità dall'altro lato sono una più ampia comprensione del fenomeno no restraint e grazie al questionario, della posizione degli infermieri, ponendo le basi per studi futuri all'interno delle ULSS del Veneto.

Inoltre, se ampliata, questa ricerca può, includendo il parere di pazienti e operatori, dare un quadro completo del livello di soddisfazione della metodica utilizzata dall'ULSS 7 ed essere riproposto per portare i reparti verso politiche no restraint.

Dalla mia ricerca di tesi si evince come il tema delle contenzioni pone ancora perplessità e versioni diverse nei vari ambiti di lavoro.

Già in passato e durante l'epoca manicomiale, alcuni psichiatri si sono resi conto dei limiti e delle problematiche che il metodo manicomiale e contenitivo portava, non solo di carattere medico e riabilitativo ma anche etico e morale.

È nata nel tempo una coscienza sociale di comunità che ha portato in epoca recente alla nascita di movimenti e associazioni che hanno contribuito a rendere le realtà sociali e sanitarie ancora più consce delle limitazioni e dei risvolti negativi che i mezzi di contenzione comportano anche per il personale sanitario.

A livello nazionale si discute di coercizione e diritti del malato, si cerca di formulare leggi che regolamentino in modo più chiaro quando e come mettere in atto la contenzione anche a seguito dei fatti di cronaca recenti.

Dalla valutazione della letteratura in tema no restraint emerge che vari ospedali e centri di cura sanitaria italiani ed esteri hanno sperimentato alternative alle contenzioni che cercano di trasmettere agli altri centri sanitari.

Una delle metodiche utilizzate in Italia (anche se solo da meno del 10% degli SPDC) è quello della no restraint con le porte aperte, garantito da una rete territoriale forte e dal coinvolgimento delle associazioni dei familiari e di volontariato, che ha portato molti benefici e risvolti tutt'ora in studio.

Sebbene innegabile gli effetti positivi della no restraint ancora oggi il personale infermieristico e la stessa FNOPI non si sbilancia nell'asserire che l'eliminazione totale dei mezzi contenitivi è la strada giusta da perseguire, anche perché gli stessi SPDC no restraint valutano ancora delle criticità che sperano di superare.

In letteratura si riscontra che gli infermieri si rendono conto che le contenzioni sono lesive ma non possono allo stesso tempo non valutarle necessarie nei momenti di crisi e di aggressione.

Questo si conferma anche nello studio che si è effettuato tramite questionario sugli infermieri dell'ULSS7, (dove gli SPDC utilizzano le contenzioni e le porte chiuse) che percepiscono i mezzi alternativi come utili e necessari prima di attuare qualsiasi metodica contenitiva, ma non in grado di rimpiazzare del tutto le contenzioni, soprattutto nei momenti di pericolo, in cui il paziente si mostra aggressivo e lesivo nei confronti degli altri, di sé stesso e delle cose attorno a lui.

Inoltre, le linee guida della regione Veneto secondo gli infermieri sono seguite e messe in atto; il numero di mezzi e la frequenza con cui le contenzioni sono applicate sono adeguate e anche le alternative sono applicate il più possibile.

La possibilità di implementare la rete territoriale dell'ULSS7 però sembra attuabile attraverso l'incremento di figure di supporto, adeguatamente formate (es. volontari) e mediante la formazione del contesto culturale territoriale che accolga la patologia psichica (riduzione dello stigma nel territorio).

Per concludere nonostante le metodiche no restraint risultano il miglior mezzo possibile per garantire autonomia e dignità al paziente, non si può dire che sia altrettanto facile modificare un reparto senza valutare un'adeguata e continua formazione del personale, un'integrazione maggiore con il territorio e un percorso difficile da perseguire che richiede tempo e risorse e va mantenuto nel tempo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Andreatta, O. (2014) 'A "NO-RESTRAINT" psychiatric department: operative protocols and outcome data from the "opened-doors experience" in Trento, 26, p. 4.

ASL Sondrio, regione Lombardia 'contenzione linee di indirizzo strutture residenziali e semi residenziali ASL Sondrio'.

ASP Ragusa 7 (2015) 'Linee guida per la contenzione fisica nelle strutture aziendali dell'ASP di Ragusa'.

'Atti-VIII-Convegno-SPDC-No-Restraint' (2015) in. *VIII convegno degli S.P.D.C. no restraint*, San Severo e Foggia: Associazione Genoveffa De Troia e l'Associazione Sergio Piro di Monte Sant'Angelo (FG).

Atto di cassazione, sezione V (2015) penale.

Barbui, C., Papola, D. and Saraceno, B. (2018) 'Forty years without mental hospitals in Italy', *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), p. 43. Available at: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>.

Camilli Eleonora (2021) 'Psichiatria. Latif, Mastrogiovanni, Casu e quella pratica ancora troppo diffusa di legare le persone. di Giovanna Del Giudice', *intervista Del Giudice Giovanna*. Available at: www.sossanita.it.

Capodieci Benedetto (2022) 'L'esperienza del SPDC Trieste nel DSM di Trieste'.

Chieze, M. *et al.* (2019) 'Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review', *Frontiers in Psychiatry*, 10, p. 491. Available at: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491>.

Citizens Commission on Human Rights (CCHR) (2018) 'Giornata Mondiale della Salute Mentale', 10 ottobre. Available at: <https://www.ccdh.org/comunicati/giornata-mondiale%20-salute-mentale-2018>.

Citizens Commission on Human Rights (CCHR) Il Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani costituito nel 1969. Available at: <https://www.ccdh.it/about-us/what-is-cchr.html>.

‘coercizione/coercitivo’ vocabolario *Treccani*.

Collegio IPASVI Como (2008) ‘La contenzione fisica, meccanica e farmacologica: Implicazioni assistenziali, etiche, deontologiche’, 12 Marzo

Comitato nazionale per la bioetica (2015) ‘la contenzione problemi bioetici’. presidenza Consiglio dei ministri.

Crossley Nick (2006) *Contesting Psychiatry. Social Movements in Mental Health*.

Davì, M. (2008) ‘Classificazione SPDC aperti no restraint’. SPDC Trento.

Davì, M. (2014) ‘Valutazione dell’impatto del modello “porte aperte” nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura: l’esperienza del servizio psichiatrico di Trento’, p. 19.

Davì Maurizio, M. (2017) ‘Psichiatria senza contenzioni. Il progetto sperimentale gestione eventi critici nel SPDC di Trento, *l’infermiere n°1*. Available at: <https://www.infermiereonline.org/2017/04/28/psichiatria-senza-contenzioni-il-progetto-sperimentale-gestione-eventi-critici-nel-spdc-di-trento/>.

De Franceschi Paola (2020) ‘La contenzione del paziente fragile; difficile equilibrio tra necessità cliniche, misure di qualità ed ordine giuridico’, in. *La contenzione del paziente fragile*, pordenone.

Dell’Acqua, G. *et al.* (2003) ‘Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell’indagine nazionale “Progres-Acuti”’, p. 14.

DGR n. 1106 (2020) ‘Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa.’ Regione Veneto.

Direttore dott. Goglio Marco Maria servizio salute mentale di Trento (2020) ‘Brochure SPDC di Trento no restraint’. Trento.

Direzione generale cura della persona ,salute e welfare servizio assistenza ospedaliera (2021) ‘Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale’. servizio sanitario regionale Emilia-Romagna.

Doedens, P. *et al.* (2020) ‘Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review’, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), pp. 446–459. Available at: <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>.

‘Ex Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma (1979"1999)’ (1979). Centro Studi e Ricerche ASL Roma. Available at: <https://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=9112&RicProgetto=carte>.

Federazione nazionale ordine professioni infermieristiche (2019) ‘codice deontologico infermieristico’.

Foot, J. (2014) ‘Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78’, *Critical and Radical Social Work*, 2(2), pp. 235–249. Available at: <https://doi.org/10.1332/204986014X14002292074708>.

Forum Salute Mentale ‘campagna nazionale ... e tu slegalo subito’, *club SPDC no restraint*. Available at: <http://www.slegalosubito.com/>.

Gerace, A. and Muir-Cochrane, E. (2019) ‘Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey’, *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), pp. 209–225. Available at: <https://doi.org/10.1111/inm.12522>.

Gooding Piers (2021) *Compendium report: good practices in the council of Europe to promote voluntary measures in mental Health*. University of Melbourne.

Iaria A., Simonetto C.E. (2003) ‘Aspetti della storia del S. Maria della Pietà dall’unità al ’900: leggi e regolamenti’. Dedalo.

Jöbges, S. *et al.* (2022) ‘What does coercion in intensive care mean for patients and their relatives? A thematic qualitative study’, *BMC Medical Ethics*, 23(1), p. 9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00748-1>.

La contenzione meccanica in psichiatria (2015). Available at: <https://180gradi.org/salute-mentale/180gradi/la-contenzione-meccanica-in-psichiatria>.

Lee, T.-K., Välimäki, M. and Lantta, T. (2021) ‘The Knowledge, Practice and Attitudes of Nurses Regarding Physical Restraint: Survey Results from Psychiatric Inpatient Settings’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), p. 6747. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18136747>.

‘Let’s talk about restraint’ (2008) *Royal College of Nursing*, p. 16.

Liguori Antonia, Arras Valentina *Biografia Franco Basaglia, fondazione Franca e Franco Basaglia*. Available at: www.fondazionebasaglia.it.

Manconi Luigi (presidente commissione) (2016) *Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, contenzione meccanica*. Roma: senato della repubblica.

Maurizio, F. and Andrea, F. (2018) *sentenza Corte di Cassazione- contenzioni, penale*.

Missouridou, E. *et al.* (2022) ‘Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors’, *BMC Psychiatry*, 22(1), p. 2. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03607-2>.

‘no restraint’, vocabolario *Treccani*.

‘Nota tribunale di Vallo della Lucania’ (2012).

Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri, provincia di Latina (2018) ‘Quando serve la contenzione – Federazione IPASVI – FNOPI’. Available at: <https://www.ordinemedicilatina.it/quando-serve-la-contenzione-federazione-ipasvi-fnopi/>.

Palermo, G.B. (1991) 'The 1978 Italian Mental Health Law -a personal evaluation: a review', 84, p. 4.

Proh Paolo, Fiori Carlo, Piani Ercole (2014) 'La contenzione nelle strutture residenziali e semiresidenziali: linee di indirizzo'. Regione Lombardia, ASL Sondrio.

Raveesh BN, Gowda GS, Gowda M. (2019) 'Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care', *Indian J Psychiatry.*, 61(Suppl 4):S693-S697. Available at: https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_104_19.

Regno d'Italia (1909) *regio decreto del 1909*

Repubblica italiana (1948) *Costituzione della Repubblica italiana, Parte I Diritti e doveri dei cittadini Titolo I Rapporti civili e Titolo II Rapporti etico-sociali*. Available at: <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i>.

Repubblica italiana (1978) *Art.10 modifiche al Codice penale*.

Repubblica italiana (1978) *Legge 180*.

Robins, L.M. *et al.* (2021) 'Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), p. 3639. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073639>.

Rossi Giovanni (2020) 'Contenzione, un'alleanza per il No Restraint'.

Schreiber, L.K. *et al.* (2019) 'Open doors by fair means: Study protocol for a 3-year prospective controlled study with a quasi-experimental design towards an open Ward policy in acute care units', *BMC Psychiatry*, 19(1), p. 149. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2126-3>.

'Seconda conferenza nazionale per la salute mentale' (2021) in. "*Per una salute mentale di comunità*", Roma: Ministero della Salute Roma.

Serrano Mario (2013) 'Recovery. Una nuova frontiera per il concetto di salute mentale'.

Spanio Daniele (2021) 'lezione infermieristica clinica in salute menatale Dottor Spanio'. Corso infermieristica Schio.

ULSS 7 Pedemontana 'dipartimento di salute mentale'. Available at: <https://www.aulss7.veneto.it/dipartimento-di-salute-mentale>.

ULSS 7 Pedemontana 'SPDC , CSM Bassano e Santorso'. Available at: <https://www.aulss7.veneto.it/spdc>.

Volontariato in Rete – Federazione Provinciale di Vicenza (2005) 'banca dati associazione ODV provincia di Vicenza'. Available at: <https://www.csv-vicenza.org/web/banca-dati-odv/>.

ALLEGATI

• **Allegato 1: Modello scheda di monitoraggio e registrazione parametri**

MODELLO SCHEDA DI MONITORAGGIO E REGISTRAZIONE PARAMETRI CONTENZIONE MECCANICA <u>(modello da adattare/implementare in ambito aziendale)</u> Etichetta Paziente o ID progressivo paziente			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			
SEDE OSPEDALIERA			
UOC			DATA
DATI RELATIVI AL PAZIENTE			
Cognome		Nome	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
U.O.		Diagnosi di Ingresso:	TSO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Motivazione alla contenzione	Patologia Organica <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Intolleranza Farmaci <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	Abuso di sostanze <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Precedenti Contenzioni <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Quali? _____	
Descrizione degli interventi messi in atto precedentemente senza successo:			
Dispositivo di Contenzione			
Nome Cognome Medico		Firma Medico	

SEZIONE A COMPILAZIONE MEDICA	
Contenzione prescritta (data e ora)	Contenzione rimossa (data e ora)
La contenzione del paziente ha avuto conseguenze? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alterazioni arti contenuti	
Quali?	
Il paziente (tutore legale), i famigliari sono stati informati della necessità di attuare la contenzione meccanica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Note	
Data	
Nome Cognome Medico	Firma Medico

SEZIONE A COMPILAZIONE INFERIMIERISTICA	
Registrazione del monitoraggio: Indicare se la condizione è riscontrata ai criteri 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), e il valore per i parametri vitali. Riportare nelle note quanto di significativo riscontrato o effettuato.	
Prescrizione monitoraggio ogni: Firma Medico.....	
Data	
Orario	
1. Dispositivo di contenzione	
Posizionata correttamente	
No Lesioni	
Presenza lesioni	
2. Assunzione liquidi	
3. Assunzione alimenti	
4. Mobilizzazione	
5. Eliminazione urine	
6. Eliminazione feci	
7. Monitoraggio parametri	
PA	
FC	
TEMP	
SAT O ²	
Firma rilevatore*	
Note	

*Da registrare in corrispondenza di ogni monitoraggio

- **Allegato 2: Questionario somministrato agli infermieri SPDC ULSS 7**

INFERMIERI DI PSICHIATRIA E NO- RESTRAINT

Buongiorno, mi chiamo Elena Fantinato e sono una studentessa del terzo anno del corso di laurea in infermieristica presso l'università di Padova nella sede di Schio. Chiedo cortesemente l'aiuto degli infermieri dei reparti di psichiatria dell'ULSS 7 (Bassano e Santorso) per quanto riguarda l'elaborato della mia tesi osservazionale "SPDC no restraint: analisi e valutazioni all'interno dell'ULSS7 Pedemontana, dal punto di vista infermieristico".

Nello specifico se vi è possibile compilare questo questionario che mi aiuta a comprendere come vi sentireste nel caso in cui venissero eliminate le contenzioni e il vostro pensiero riguardo le motivazioni che fanno sì che sia ancora difficile attualmente adottare le misure di reparto no restraint e "aperto" come in altre realtà italiane e straniere.

Compilando questo questionario viene garantita la privacy e l'anonimato di tutti i partecipanti oltre che la non divulgazione dei dati che si andranno a raccogliere. Ringrazio fin da ora a chi parteciperà alla mia ricerca e dedicherà il suo tempo nella compilazione di questo questionario.

*Campo obbligatorio

DATI ANAGRAFICI E INFORMAZIONI GENERALI

1. **SESSO ***

Contrassegna solo un ovale.

- Femmina
 Maschio
 Altro: _____

2. **ETA' ***

Contrassegna solo un ovale.

- 22-30
 31-39
 40-49
 50-59
 60-65

3. **LIVELLO SCOLASTICO ***

E' possibile segnare più di una risposta

Seleziona tutte le voci applicabili.

- Diploma infermiere
 Laurea triennale infermieristica
 Laurea magistrale infermieristica
 master
 Altro: _____

4. **Anni di lavoro in ambito psichiatrico ***

Contrassegna solo un ovale.

- 1-5 anni
 6-10 anni
 11-15 anni
 16-20 anni
 21-25 anni
 26-30 anni

5. Precedente ambito lavorativo *

Contrassegna solo un ovale.

- medico
- chirurgico
- materno infantile
- emergenza-urgenza
- territorio (ADI, casa di riposo, RSA, comunità psichiatriche ecc)
- privato
- ambulatoriale

6. Contatti con parenti, conoscenti, amici che soffrono di patologie psichiatriche?

Contrassegna solo un ovale.

- si
- no
- non ne sono a conoscenza

PERCEZIONE GENERALE DEI METODI DI CONTENZIONE (come viene vissuto l'uso della contenzione)

7. Se pensasse in generale alle contenzioni, come indicherebbe gli items proposti? Segnare una casella da fortemente in disaccordo a fortemente d'accordo. *

Sono state usate le sigle CF = contenzione fisica, I= isolamento, CM= contenzione meccanica.

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Indifferente	Sono d'accordo	Fortemente d'accordo
Tutti i metodi alternativi dovrebbero essere provati prima di usare CM/I/CF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I metodi alternativi non possono totalmente rimpiazzare CM/I/CF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi sento insicuro/a per come CM/I/CF possono influenzare i pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' difficile decidere quando isolare o contenere un paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' difficile trovare metodi alternativi alla CM/I/CF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CF/I/CM violano l'autonomia dei pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'uso di CM/I/CF è necessario come	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

protezione nelle
situazioni di
pericolo

Per ragioni di
sicurezza CM/I/CF
devono essere
usate qualche
volta

L'uso di CM/I/CF
può danneggiare
la relazione
terapeutica

L'uso di CF/I/CM è
dichiarato un
fallimento da
parte dell'equipe

CM/I/CF possono
rappresentare
cura e protezione

Più CM/I/CF
dovrebbero essere
usati nella
gestione dei
pazienti con
disturbi

L'uso di CM/I/CF
possono prevenire
lo sviluppo di
situazioni
pericolose

CM/I/CF violano
l'integrità del
paziente

Per pazienti
gravemente
malati CM/I/CF
può assicurare
sicurezza

L'uso di CF/I/CM è
necessario nei
confronti di
pazienti aggressivi
e pericolosi

Troppe CF/I/CM
sono usate nella
cura dei pazienti

Forze
dell'ordine/guardie
di sicurezza sono
necessarie per
CF/I/CM

CF/I/CM possono
essere ridotte e
utilizzare più
tempo e contatto
personale con i
pazienti

CF/I/CM non dovrebbero proprio essere usate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarà sempre necessario utilizzare CM/I/CF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'isolamento è "un male necessario"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PERCEZIONE RISPETTO A SPECIFICI METODI DI CONTENIMENTO (quali metodi ritiene maggiormente efficaci/etici)

8. Segnare quale tipo di contenzione si adatta secondo voi maggiormente con la frase accanto

Contrassegna solo un ovale per riga.

	ISOLAMENTO	CONTENZIONE MECCANICA	CONTENZIONE FISICA
Rispetta la dignità del paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' sicuro per il personale che lo mette in atto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E' sicuro per i pazienti per cui viene messa in atto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complessivamente è accettabile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Complessivamente è efficace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sarei preparata a metterla in pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TIPI DI CONTENZIONI USATE IN REPARTO

9. E' possibile segnare più di una risposta. *

Seleziona tutte le voci applicabili.

- contenzione fisica
 isolamento
 contenzione meccanica
 nessuna

PERCEZIONE NELL'USO DEI METODI DI CONTENZIONI NEL REPARTO (come viene vissuto l'uso della contenzione in reparto)

Sono state usate le sigle CF = contenzione fisica, I= isolamento, CM= contenzione meccanica.

11. Quali comportamenti portano a contenere il paziente nel suo reparto? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Molto improbabile uso di CF/I/CM	Improbabile uso di CF/I/CM	Indifferente	Probabile uso di CF/I/CM	Molto probabile uso di CF/I/CM
Aggressione verbale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minaccia di aggressione fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggressione/violenza fisica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuga / Intenzione di fuga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento inadente/inopportuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento distruttivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento impulsivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agitazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disorientato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paziente intossicato (alcool/droghe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paziente in disintossicazione da alcool o metanfetamine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paziente ricoverato con TSO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paziente è già stato contenuto in precedenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il personale non può comunicare efficacemente con il paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FATTORI DEL REPARTO CHE
INFLUENZANO L'USO DEI
METODI CONTENITIVI

Sono state usate le sigle CF = contenzione
fisica, I= isolamento, CM= contenzione
meccanica.

12. Quali fattori influenzano secondo lei l'uso delle contenzioni in reparto? *

Contrassegna solo un ovale per riga.

	Molto improbabile uso di CF/1/CM	Improbabile uso di CF/1/CM	Indifferente uso di CF/1/CM	Probabile uso di CF/1/CM	Molto probabile uso di CF/1/CM
Carenza di supporto dalla dirigenza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carenza di personale qualificato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentire si avere conoscenze inadeguate per rispondere ai bisogni emotivi dei pazienti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Non avere abbastanza tempo per completare tutti gli obiettivi del turno in modo soddisfacente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza di buoni tutor come modelli di comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentire di avere conoscenze inadeguate riguardo ai pazienti in modo acuto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insicurezza rispetto alle proprie capacità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troppi pazienti nel reparto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assenza di personale adeguato nel gestire un ambiente potenzialmente pericoloso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavorare per lunghe ore e/o tanti turni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenza di forze dell'ordine/guardie nel reparto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambiente fisico povero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questi contenuti non sono creati né valutati da Google.