

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**RIDURRE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA:
RIFLESSIONI SU RUOLI E VISSUTI
DEL PERSONALE INFERMIERISTICO
ATTRAVERSO LA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

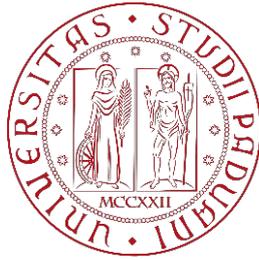
Relatore: Dott. Spanio Daniele

Correlatore: Infermiera Cangelosi Roberta

Laureando: Marcon Valentina

(matricola n.: 2012882)

Anno Accademico 2023-2024



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**RIDURRE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE IN PSICHIATRIA:
RIFLESSIONI SU RUOLI E VISSUTI
DEL PERSONALE INFERMIERISTICO
ATTRAVERSO LA REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Correlatore: Infermiera Cangelosi Roberta

Laureando: Marcon Valentina
(matricola n.: 2012882)

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

INTRODUZIONE – La malattia mentale è da sempre stata etichettata come un fenomeno “fuori dal normale” che in passato ha generato emarginazione sociale e motivato l’adozione di pratiche coercitive. In Italia la Legge Basaglia del 1978 ha portato alla chiusura dei manicomi ma il ricorso a misure contenitive persiste ancora oggi generando insoluti dibattiti etici. Attualmente queste pratiche mirano a proteggere i pazienti e il personale da agiti violenti producendo però anche degli effetti negativi a livello fisico di chi le subisce e psicologico, anche da parte di chi le attua. Rappresentano, dunque, degli interventi la cui attuazione richiede un complesso processo decisionale da parte del personale sanitario. La riduzione del ricorso a queste pratiche è fondamentale per il miglioramento dell’assistenza psichiatrica ma diventa necessario porre l’accento sulla formazione del personale e sull’uso delle contenzioni come “ultima risorsa”.

SCOPO – Evidenziare l’importanza di esplorare delle misure alternative per ridurre il ricorso alla contenzione e analizzare esperienze e punti di vista di infermieri e pazienti relativamente a queste pratiche

METODI – Ricerca e revisione di letteratura tramite l’utilizzo di banche dati biomediche

RISULTATI – L’adozione di pratiche coercitive all’interno dei reparti di psichiatria determina conseguenze negative dal punto di vista fisico e psicologico sia ai pazienti che al personale sanitario, con ripercussioni anche sulla relazione terapeutica. Queste generano, di conseguenza, dibattiti etici che accentrano la discussione sull’appropriatezza di alcuni interventi che caratterizzano l’assistenza infermieristica psichiatrica.

CONCLUSIONE – Gli interventi suggeriti nella presente revisione di letteratura (“Le Sei Strategie Fondamentali” e l’introduzione della figura di “Supporto tra pari”) sembrano risultare efficaci per ridurre il ricorso alla contenzione. La formazione del personale, l’organizzazione all’interno dei reparti psichiatrici con un ambiente terapeutico adeguato e il supporto del servizio territoriale sono determinanti per permettere di limitare l’adozione delle pratiche coercitive. È fondamentale

sottolineare, però, che i diversi interventi devono necessariamente essere contestualizzati al fine di valutarne correttamente l'applicabilità.

PAROLE CHIAVE- Contenzione in salute mentale, effetti avversi della contenzione, infermiere di salute mentale, relazione terapeutica, strategie operative, questioni etiche, impatto della contenzione, formazione, riduzione della contenzione.

ABSTRACT

INTRODUCTION - Mental illness has always been labeled as an "out of the ordinary" phenomenon that in the past generated social marginalization and motivated the adoption of coercive practices. In Italy, the 1978 Basaglia Law led to the closure of asylums, but the use of restraint measures persists to this day, generating unsolved ethical debates. Currently, these practices aim to protect patients and staff from violent acts while also producing negative effects on the physical level of those who undergo them and on the psychological level, including by those who implement them. They represent, therefore, interventions whose implementation requires complex decision-making by health care personnel. Reducing the use of these practices is fundamental to improving psychiatric care, but it becomes necessary to emphasize staff training and the use of restraints as a "last resort."

PURPOSE - To highlight the importance of exploring alternative measures to reduce the use of restraint and to analyze nurses' and patients' experiences and views regarding these practices

METHODS - Literature search and review using biomedical databases

RESULTS - The adoption of coercive practices within psychiatric wards results in negative physical and psychological consequences for both patients and health care staff, which also affect the therapeutic relationship. These consequently generate ethical debates that centralize discussion on the appropriateness of certain interventions that characterize psychiatric nursing care.

CONCLUSION - The interventions suggested in this literature review ("The Six Fundamental Strategies" and the introduction of the figure of "Peer Support") seem to be effective in reducing the use of restraint. Staff training, organization within psychiatric wards with an appropriate therapeutic environment, and the support of the territorial service are crucial in allowing the adoption of coercive practices to be limited. It is crucial to emphasize, however, that different interventions must necessarily be contextualized in order to properly assess their applicability.

KEY WORDS- Mental health restraint, adverse effects of restraint, mental health nurse, therapeutic relationship, operational strategies, ethical issues, impact of restraint, training, reduction of restraint.

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.	3
CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA	“	5
1.1 Problema	“	5
1.2 Scopo	“	5
1.3 Quesito di ricerca	“	5
CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA	“	7
2.1 Materiali e metodi	“	7
2.2 Epidemiologia	“	9
2.3 La Contenzione	“	11
2.4 Questioni etiche	“	14
2.5 Effetti avversi della contenzione	“	17
2.5.1 <i>Effetti avversi della contenzione sulla relazione terapeutica</i>	“	18
2.6 Impatto della contenzione sugli infermieri	“	18
2.7 Impatto della contenzione sui pazienti	“	21
2.8 Strategie operative per ridurre il ricorso alla contenzione	“	22
2.8.1 <i>Le Sei Strategie Fondamentali</i>	“	24
2.8.2 <i>Supporto tra pari</i>	“	25
CAPITOLO 3: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	“	27
3.1 Discussione	“	27
3.2 Limiti	“	29
3.3 Significatività per la professione	“	30
3.4 Conclusione	“	30
BIBLIOGRAFIA		
ALLEGATI		
Allegato 1: Breve rappresentazione degli articoli analizzati		

INTRODUZIONE

La malattia mentale è da sempre stata etichettata come un fenomeno “fuori dal normale”. In passato chi ne soffriva veniva emarginato dalla società e confinato all’interno di strutture a carattere custodialistico prive di orientamenti assistenziali o, nei decenni a seguire, nei manicomi dove al loro interno era consentito l’uso di pratiche contenitive “di routine” considerate terapeutiche per la guarigione dei pazienti, anche se spesso rappresentavano una privazione dei loro diritti umani.

Con il passare del tempo le convinzioni sulla malattia psichiatrica e sull’uso delle contenzioni sono mutate: in Italia il cambiamento inizia nel 1978 con la legge Basaglia che porta alla chiusura dei manicomi, introduce il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e, di conseguenza, porta anche una radicale trasformazione dell’assistenza nel campo della salute Mentale.

Nonostante questi cambiamenti, l’uso delle misure coercitive, seppur diverse da quelle utilizzate all’interno dei manicomi, rappresenta ancora un argomento di estrema attualità. Se prima questa pratica veniva vista come uno strumento curativo, oggi invece viene utilizzata allo scopo di proteggere i pazienti e il personale dalla violenza (1), scatenando diversi dibattiti di carattere etico per la sfida che rappresenta per il personale sanitario, il quale si trova spesso a dover scegliere quale decisione sia migliore per il benessere del paziente e di chi lo circonda. Tutto ciò senza dimenticare gli effetti negativi delle pratiche coercitive che vanno dall’impatto psicologico per il paziente, ma anche per gli infermieri che decidono di applicarle andando a ledere la relazione terapeutica e generando sentimenti negativi a livello emotivo. Nondimeno deve essere tenuto in considerazione anche il potenziale danno fisico che l’applicazione di tale pratica può comportare, come ad esempio l’insorgenza di lesioni cutanee e nervose ma, rappresentando in casi estremi una causa di decesso, pone un serio dubbio sulla sua efficacia in termini di sicurezza e benessere fisico per il paziente.

La riduzione di queste pratiche diventa fondamentale per migliorare l’assistenza psichiatrica, infatti nel corso degli anni sono state sviluppate diverse strategie per ridurre l’impiego, prima fra tutte la formazione del personale sanitario, sia all’interno dei reparti psichiatrici che nel servizio territoriale, finalizzata a promuovere un

ambiente terapeutico adeguato per poter gestire i momenti di criticità sviluppando un approccio empatico e mantenendo le misure contenitive come “ultima risorsa”.

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITO DI RICERCA

1.1 Problema

La contenzione in ambito psichiatrico rappresenta un argomento di notevole rilevanza che da tempo, e ancora oggi, è oggetto di discussione tra gli operatori sanitari, la comunità scientifica e l'opinione pubblica, spesso messo in evidenza da diverse campagne che mirano a ridurre il ricorso. Ciò deriva dagli effetti negativi a livello fisico, psicologico e di relazione terapeutica tra paziente e personale sanitario che suscitano inevitabilmente controverse questioni etiche. Esplorare il punto di vista degli infermieri, ma soprattutto quello dei pazienti, è fondamentale per poter comprendere come tale pratica possa compromettere gli esiti dell'assistenza sanitaria e, allo stesso tempo, per sviluppare strategie finalizzate alla riduzione delle misure coercitive.

1.2 Scopo

Lo scopo della seguente revisione della letteratura è quello di mettere in evidenza le problematiche derivanti dall'uso delle misure coercitive, indagare il punto di vista degli infermieri e quello dei pazienti e verificare se in letteratura esistono strategie operative che possano permettere la riduzione di tale pratica.

1.3 Quesito di ricerca

Il quesito di ricerca è stato sviluppato tramite un modello basato sulle evidenze, utilizzato per formulare un quesito clinico in maniera efficace, che si presenta con l'acronimo P.I.O. che indica quanto riportato nella tabella sottostante (*Tabella I – Formulazione quesito di ricerca*):

Tabella I – Formulazione quesito di ricerca

P	Problema, paziente, popolazione	Paziente psichiatrico sottoposto a contenzione
I	Intervento	Strategie operative per ridurre il ricorso alla contenzione
O	Esito	Riduzione delle misure coercitive

CAPITOLO 2

REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

Per condurre la presente revisione è stata eseguita una ricerca di letteratura nel periodo agosto settembre 2023, utilizzando la banca dati PubMed e i motori di ricerca Google Scholar e Google. Nel database scientifico PubMed i termini Medical Subject Headings (MeSH) sono stati combinati in stringhe di ricerca con l'operatore "AND", con filtri di data che vanno principalmente dal 2013 al 2023 e di disponibilità in formato Full Text. Gli articoli estratti per la stesura finale sono stati selezionati considerando una popolazione che comprende pazienti di entrambi i sessi, con un'età variabile dall'infanzia all'età adulta.

Nel motore di ricerca Google Scholar sono stati inseriti limiti temporali simili a quelli definiti in precedenza e sono state utilizzate parole chiave pertinenti alla ricerca. La navigazione in Google è stata effettuata per consultare diverse fonti riguardanti le istituzioni italiane e le normative, come ad esempio l'articolo 32 della Costituzione. Gli articoli reperiti con le singole stringhe di ricerca sono stati riportati all'interno della tabella rappresentata in figura 1 (*Figura 1 - Stringhe di ricerca*).

DATABASE	STRINGA DI RICERCA	FILTRI	RISULTATI	ARTICOLI ESCLUSI	ARTICOLI INCLUSI
PUBMED	"restraint AND psychiatric nursing"	2013-2023 Full text	329	322	7
PUBMED	"benefits of no restraint AND mental health"	2013-2023 Full text	58	57	1
PUBMED	"psychiatry restraint AND solutions"	2013 -2023 Full text	28	23	5
PUBMED	"Open door AND nursing psychiatry"	2013-2023 Full Text	9	7	2
PUBMED	"types of restraint AND psychiatry"	2020-2023 Full Text	55	54	1
PUBMED	"restraint and mental health and nurse"	2013-2023 Full Text	133	132	1
PUBMED	"psychiatric history AND coercion"	2013-2023 Full Text	99	98	1
PUBMED	"peer to peer AND no restraint"	2013-2023 Full Text	95	94	1
PUBMED	"restraint in psychiatry AND covid19"	2020-2023 Full Text	28	26	2

Figura 1 – Stringhe di ricerca

Al suo interno sono esplicitati sinteticamente il database di ricerca, le parole chiave, i filtri utilizzati e, numericamente, i risultati ottenuti, gli articoli esclusi e quelli inclusi. In una prima fase, sono stati esclusi gli articoli meno pertinenti all'obiettivo della revisione attraverso la lettura dei titoli. Successivamente, la selezione è stata affinata mediante la lettura degli abstract identificando così gli articoli più idonei per la stesura della tesi, i quali sono stati successivamente esaminati in dettaglio attraverso una lettura completa.

Il processo di selezione degli articoli è rappresentato all'interno del diagramma di flusso riportato di seguito (*Figura 2 – Diagramma di flusso per la selezione degli articoli*) mentre un quadro riassuntivo dei contenuti relativi ai principali articoli analizzati è riportato in Allegato 1 (Allegato 1: Breve rappresentazione degli articoli analizzati).

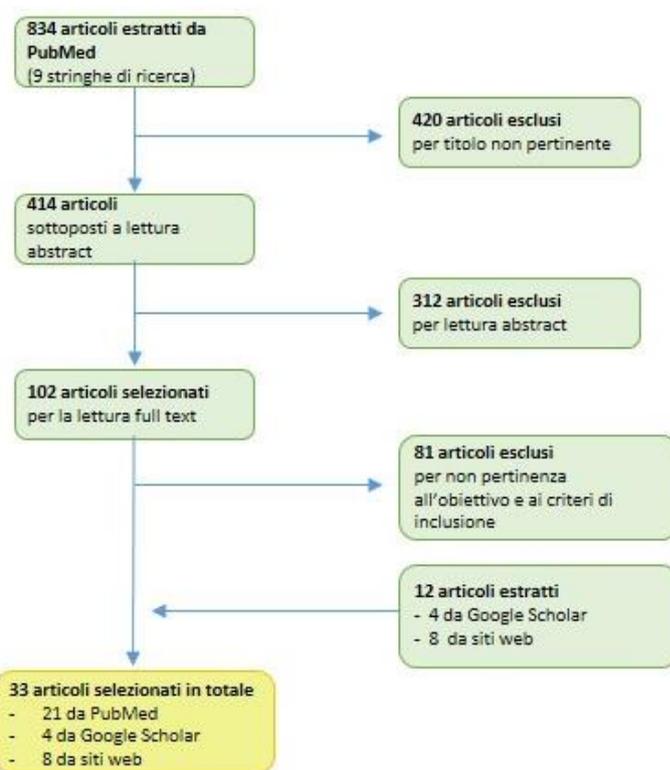


Figura 2 – Diagramma di flusso per la selezione degli articoli

2.2 Epidemiologia

La contenzione in ambito psichiatrico è un tema epidemiologicamente rilevante in quanto i suoi effetti possono influire direttamente sulla salute e sul benessere delle persone affette da disturbi mentali. Esplorare i dati epidemiologici permette di comprendere meglio i fattori associati a questo fenomeno, contribuendo anche allo sviluppo di eventuali strategie preventive e all'implementazione di approcci più centrati sulla persona nella gestione dei disturbi psichiatrici. Sebbene esista un movimento internazionale che sostiene la riduzione o addirittura l'eliminazione della coercizione nelle cure psichiatriche (vedi ad esempio le recenti raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: Sugiura *et al.* 2020), il suo utilizzo è ancora relativamente frequente. (2)

Ne dà la conferma uno studio svolto dall' European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG), nel quale viene evidenziato che i tre interventi più frequentemente impiegati nella gestione di pazienti violenti sono la contenzione fisica (17%), l'isolamento (15%) e la somministrazione di farmaci (14%). Approcci come la terapia della parola (11%) e la riduzione dell'escalation (7%), invece, sono risultati meno comuni, sollevando riflessioni sulla prevalenza di strategie più invasive rispetto a quelle orientate alla comunicazione e alla prevenzione. (3)

Nonostante la ricerca sull'uso della contenzione sia limitata, l'argomento da anni suscita l'attenzione di diversi esperti di salute mentale e dei difensori dei diritti umani. Dalla ricerca ProgresAcuti 2007, viene segnalato che l'80% degli SPDC italiani sono a porte chiuse e sono attrezzati per la contenzione. Solo il 10% adotta il modello "no restraint". Inoltre, uno studio condotto all'interno dei SPDC del Lazio ha rilevato che in 21 SPDC, su 3130 ricoveri, si riportano 581 contenzioni, con 297 pazienti contenuti per 7252 ore complessive. (Forum Salute Mentale, 2020) (4) Questi risultati indicano una diffusa disparità nell'uso di mezzi coercitivi, con una percentuale limitata di reparti che non ne ha fatto ricorso.

Le pratiche coercitive che spesso vengono applicate hanno alle spalle delle motivazioni che possono derivare dalla necessità di gestire comportamenti pericolosi, garantire la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari, o affrontare situazioni di crisi dove alternative terapeutiche risultano temporaneamente inefficaci. Secondo quanto riportato nel documento sulla contenzione del Comitato Nazionale per la

Bioetica (2015) è risultato che la maggior parte dei pazienti (il 48%) sono stati legati per agitazione psicomotoria, il 37% per aggressività eterodiretta, il 9% per autolesionismo, il 7% per rischio di fuga, il 3% per rifiuto delle cure, il 13% per stati confusionali di natura organica, tossica o farmacologica. (5) E' di altrettanta rilevanza ciò che emerge dalla revisione sistematica di Beghi, Peroni, Gabola, Rossetti e Cornaggia (2013) sulle caratteristiche dei pazienti e del personale associate a un maggiore uso di contenzione le quali hanno riportato che il genere maschile, la giovane età, l'etnia straniera, il ricovero obbligatorio e la diagnosi di schizofrenia erano variabili associate a un maggiore uso della contenzione. (1)

Malgrado le fondate ragioni sottese all'utilizzo di pratiche coercitive, queste spesso comportano impatti negativi. Una revisione sistematica condotta nel 2019 da Chieze et al. ha evidenziato che tra il 25% e il 47% dei pazienti psichiatrici sottoposti a isolamento e contenzione sviluppa disturbo da stress post-traumatico (25).

È altrettanto rilevante sottolineare che uno studio retrospettivo che ha analizzato 110 casi di morte cardiaca improvvisa, soprattutto nei giovani adulti, ha riportato come 34 di questi casi fossero associati alla contenzione. Inoltre, in tre pazienti deceduti durante l'immobilizzazione è stata riscontrata embolia dell'arteria polmonare e per tutti e tre la contenzione era stata mantenuta per un periodo compreso tra tre e cinque giorni. (7) Questi risultati mettono in luce il serio rischio associato alla pratica della contenzione, sollevando preoccupazioni cruciali sulla sua sicurezza e potrebbero sottolineare la necessità di approcci più sicuri nell'ambito della gestione clinica

Cercando il confronto con altri paesi, in aree dalle caratteristiche metropolitane paragonabili a quelle di Roma, uno studio effettuato nel 2000 a New York che ha coinvolto 50 unità psichiatriche di emergenza, ha dimostrato che il tasso di pazienti contenuti, rispetto al totale dei dimessi era del 3,1%, per una durata media di 3,3 ore. Dunque il confronto è a scapito dell'Italia, poiché nella ricerca laziale risulta un tasso di 9,48 pazienti contenuti su 100 dimessi, con una durata media della contenzione assai superiore (14 ore). (5) Ciò dimostra che in Italia si riscontrano tassi più elevati di pazienti sottoposti a contenimento e una durata media di tale procedura significativamente superiore rispetto a paesi come gli Stati Uniti.

Ad oggi sono ancora pochi gli SPDC, in Italia, che non fanno ricorso alla contenzione e ciò sottolinea la persistente diffusione di tale pratica all'interno degli ambienti

psichiatrici, nonostante le crescenti discussioni riguardo a metodologie alternative e a un approccio più centrato sul paziente e privo di costrizioni fisiche. Secondo l'ultimo censimento effettuato dall'associazione "Club Spdc no restraint", risalente al 2022 e riportato all'interno della Conferenza sulla Salute Mentale del 2023, i reparti di Psichiatria italiani in cui tale pratica non viene attuata sono solo 19 su 318. (8)

2.3 La Contenzione: cenni storici e definizioni

Storicamente, la coercizione ha costituito la pietra miliare sulla quale fondare la gestione della violenza in un'Europa dominata da grandi istituti psichiatrici con un modello di assistenza detentiva. I principali interventi segnalati tradizionalmente per la gestione della violenza per generazioni sono stati la contenzione fisica, l'isolamento e farmaci. (3)

Durante il XVII e l'inizio del XVIII secolo, le contenzioni meccaniche erano viste come una caratteristica necessaria e accettabile della vita nei manicomi. I primi medici avevano considerato la malattia psichiatrica come "la perdita della ragione" e molti sostenevano l'uso di restrizioni per aiutare i pazienti violenti a riconquistare la loro "ragione" (9) Anche in Italia, all'interno dei manicomi tali pratiche sono state abitualmente esercitate fino al 1978 quando, grazie alla legge 180 di Franco Basaglia, psichiatra e neurologo di origini veneziane, viene sancita la chiusura di tali istituti, inaugurando una nuova visione dell'assistenza psichiatrica che pone al primo posto i diritti umani dei pazienti affetti da malattie mentali. (10)

Malgrado i progressi compiuti fino ad oggi nell'eliminare le pratiche coercitive che riportano alla mente l'era dei manicomi, il dibattito sull'uso della contenzione continua ad essere un tema di rilevanza critica, un argomento che continua a sollevare questioni complesse e sfide significative nel campo della salute mentale e nella fornitura di cure adeguate. Il trattamento coercitivo può comportare, infatti, l'imposizione di controlli comportamentali comprendenti diverse forme di contenzione (meccanico-fisica, ambientale o farmacologica) quali l'isolamento forzato in spazi confinati, il trattamento mediante somministrazione di farmaci senza il consenso della persona e condizioni restrittive imposte come parte del trattamento e della supervisione nella comunità. (11)

La definizione di “contenzione” varia da paese a paese, ma si riferisce in generale a una restrizione involontaria del movimento attraverso prese manuali, dispositivi meccanici o farmaci. La contenzione meccanica prevede una qualche forma di dispositivo restrittivo, come cinture o un letto appositamente progettato, la contenzione chimica o farmacologica si riferisce ad un'iniezione intramuscolare di un farmaco sedativo mentre l'isolamento è definito come il confinamento involontario di un paziente in una stanza dalla quale al paziente è fisicamente impedito di uscire. (12)

Gli studi che hanno esplorato l'uso della contenzione hanno rilevato che il ricorso alla contenzione avviene prevalentemente in risposta al comportamento violento del paziente, alla fuga, al rifiuto da parte del personale di una richiesta, all'agitazione del paziente, al rifiuto di farmaci, all'autolesionismo, all'aggressione verbale e al danno alla proprietà. (13)

Esiste un consenso generale sul fatto che la contenzione dovrebbe essere considerata solo come misura di ultima istanza e disciplinata da norme rigorose che definiscono chiaramente quando può essere applicata (3) Ad esempio nel Regno Unito la contenzione meccanica rimane un'opzione come ultima risorsa per gestire il/i comportamento/i a rischio, che è riconosciuta dal Care Quality Commission (CQC) (2011) e affrontata nel codice di condotta del Mental Health Act (MHA) del Regno Unito come segue:

“La contenzione meccanica non è una risposta di prima linea o un mezzo standard per gestire comportamenti disturbati o violenti in contesti di salute mentale acuta. Il suo utilizzo dovrebbe essere eccezionale”. (9)

In Italia, all'interno del Codice Deontologico degli infermieri, l'articolo 35 sulla contenzione afferma che:

“L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le

condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.” (15)

Nonostante gli impatti negativi devastanti delle misure coercitive, queste sono considerate tra le misure più discusse ancora utilizzate negli ambienti psichiatrici. La controversia nasce dalla necessità di controllare i comportamenti aggressivi dei pazienti per mantenere la sicurezza del paziente, degli altri pazienti e dei membri del personale. (16) Per questo motivo, infatti, l'uso della contenzione viene giustificata dagli operatori sanitari ed in genere questo accade quando una persona che soffre di problemi di salute mentale è considerata incapace di prendere decisioni adeguate ed è percepita come pericolosa per sé e/o per gli altri. (17)

La giustificazione tradizionale per l'utilizzo di misure coercitive tra i pazienti psichiatrici deriva dal paternalismo e dalla natura percepita della malattia mentale. Delany ha definito questo approccio come un'usurpazione del potere decisionale che dà poca considerazione alle preferenze della persona con l'obiettivo di avvantaggiare o evitare danni alla persona le cui preferenze o azioni vengono ignorate.

Questa visione paternalistica giustifica l'uso di misure coercitive per proteggere i pazienti dalle loro azioni non autonome. (16) Tale fondamento dell'uso della contenzione dunque potrebbe, per certi aspetti, risultare positivo se utilizzato per il bene comune, ma può sollevare anche delle preoccupazioni per quanto riguarda la limitazione dell'autonomia dei pazienti che vengono sottoposti alla contenzione.

Per questo motivo, quest'ultima deve essere gestita con estrema attenzione e deve essere considerata necessaria solo quando garantisce immediatamente l'integrità, l'autonomia e la sicurezza dei pazienti e del personale. (18)

In linea con la definizione di O'Brien e Golding, intendiamo la coercizione come "qualsiasi uso dell'autorità per ignorare la scelta di un altro". Ciò significa che anche pratiche "sottili e informali" adottate nelle comuni e quotidiane interazioni infermiere-paziente potrebbero essere considerate coercitive. Esempi di tali sottili prevaricazioni sono diverse azioni in cui gli operatori sanitari usano il loro potere per fare pressione sui pazienti affinché si comportino in un certo modo e rispettino i piani di trattamento. Poiché non sono soggette a decisioni e documentazioni formali, potrebbero anche essere descritte in termini di coercizione informale. (17) Comunque, anche se meno restrittiva rispetto alla contenzione formale, solleva comunque questioni etiche poiché

può influenzare le decisioni volontarie dei pazienti e portare anch'essa ad avere anche un impatto negativo sul rapporto paziente-infermiere.

2.4 Questioni etiche

Quanto la coercizione sia un argomento controverso è già stato posto in evidenza; esiste infatti un conflitto tra il mantenimento dell'autonomia del paziente e la sicurezza dei responsabili della sua cura, degli altri pazienti e dei pazienti stessi. (7) A fronte degli impatti sfavorevoli derivanti dall'impiego della contenzione, emergono dibattiti che abbracciano questioni di natura etica.

In uno studio di Kontio et al. (2010) emerge che il processo decisionale degli infermieri sull'applicazione della contenzione viene identificato come un dilemma etico, in termini di necessità degli infermieri di considerare i pazienti rispetto al miglior interesse degli altri. (13) Ciò rileva la complessità decisionale che gli infermieri devono affrontare quando cercano di bilanciare la sicurezza generale e la gestione delle crisi con la responsabilità verso il benessere individuale del paziente. Questo duplice orientamento mette in evidenza la necessità di approcci terapeutici più centrati sulla persona, con un'attenzione particolare alla formazione del personale e alla promozione di pratiche che vadano a ridurre la dipendenza dalla contenzione. La riflessione etica continua è essenziale per garantire un equilibrio eticamente consapevole nella fornitura di cure psichiatriche.

Diversi studi hanno illustrato come gli infermieri sperimentassero un conflitto nel loro ruolo: mentre cercavano di preservare la sicurezza, sentivano il bisogno di partecipare ad un intervento che non gradivano ed allo stesso tempo tentavano di utilizzare la contenzione come ultima risorsa. (13) Da un lato, quindi, si pone la priorità di preservare la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario che può determinare l'utilizzo di misure coercitive, dall'altro lato si contrappone il disagio che crea agli stessi infermieri l'applicazione di un intervento che percepiscono come intrusivo e non gradito dal paziente.

Drewet al. affermano che l'utilizzo di misure coercitive comporta significative violazioni dei diritti umani che equivalgono a "una crisi globale irrisolta" e rimangono alcune delle questioni più controverse nel campo della salute mentale (11) Garantire il rispetto dei diritti umani è un fondamento etico nella fornitura di assistenza sanitaria

mentale. Riconoscere e difendere i diritti delle persone con problemi di salute mentale contribuisce a sgretolare eventuali pratiche discriminatorie e ad allineare la cura della salute mentale con gli standard internazionali dei diritti umani.

Le misure coercitive, in particolare l'isolamento, la contenzione e la terapia forzata sono interventi che violano profondamente l'autonomia del paziente. Tali misure dovrebbero essere utilizzate solo come ultima risorsa, secondo le raccomandazioni delle organizzazioni internazionali, (19) e questo principio vale anche per quanto riguarda il Trattamento Sanitario Obbligatorio. Il Comitato Nazionale per la Bioetica (2015) afferma a tal proposito che la contenzione può avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. (5)

La decisione di utilizzare la contenzione come ultima risorsa sottolinea l'approccio prudente degli operatori sanitari nel gestire situazioni di crisi, con l'intento di esplorare e applicare interventi meno restrittivi prima di ricorrere a misure coercitive. Tuttavia, tale approccio deve richiedere un'attenta valutazione della situazione, la disponibilità di alternative e un livello di competenza elevato nel personale.

Al concetto di contenzione come “ultima risorsa” si aggiunge anche quello di stato di necessità, a proposito del quale l'articolo 54 del Codice Penale afferma che:

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

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo” (20)

Molto spesso, in ambito psichiatrico, questo concetto legale viene utilizzato per giustificare l'uso della contenzione in situazioni di emergenza, dove si riscontra un grave ed immediato pericolo per la sicurezza dell'assistito, degli operatori o degli altri.

Il punto di convergenza tra l'uso della contenzione come ultima risorsa e lo stato di necessità solleva un equilibrio etico cruciale. Gli operatori dovrebbero destreggiarsi tra la necessità di intervenire per preservare la sicurezza e il rispetto dei diritti e della dignità del paziente. La decisione di ricorrere alla contenzione dovrebbe essere giustificata non solo dalla situazione immediata ma anche da una infruttuosa ricerca di alternative e dalla prescrizione accurata.

L'articolo 54 del Codice Penale non giustifica, comunque, l'uso della contenzione, infatti, all'interno delle Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della Regione Veneto viene affermato di fatto che:

“Per poter richiamare uno stato di necessità affinché sussista il pericolo attuale ed imminente di un grave danno alla salute non è sufficiente che tale pericolo sia meramente probabile o temuto, dovendo essere non altrimenti evitabile sulla base di fatti oggettivamente riscontrati e non accertati solo in via presuntiva (Cass. Sez. 5 n. 28704 del 14/04/2015)”. (21)

Di conseguenza, da questa affermazione si può percepire che di fatto questa norma può essere applicata nel momento in cui non sono disponibili alternative per poter salvare se stessi o altri da un grave pericolo imminente. E' bene specificare però che l'articolo 54 del Codice Penale non giustifica l'uso della contenzione ma può tutelare l'operatore dalle conseguenze penali nel caso in cui venga applicata correttamente e non in maniera sproporzionata all'evento. L'applicazione della contenzione, invece, potrebbe risultare ammissibile secondo un'interpretazione dall'articolo 32 della Costituzione, il quale afferma che:

“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.” (22)

Pertanto, per l'uso della contenzione dovrebbe esserci un'attenta valutazione preventiva che miri a garantire il benessere del paziente nel rispetto dei suoi diritti costituzionali ma, allo stesso tempo, tuteli quel benessere altrui che per l'agire dello stesso soggetto potrebbe venir meno.

2.5 Effetti avversi della contenzione

L'uso della contenzione in psichiatria è un argomento che solleva una serie di preoccupazioni per la salute mentale e fisica dei pazienti, inoltre può avere impatti negativi significativi per infermieri ed anche familiari dei pazienti, compreso il rischio di danni fisici e psicologici e di nuovi traumi (2)

Sebbene la contenzione come metodo istituzionale di controllo possa a volte essere percepita come giustificata, esiste una crescente letteratura che indica i potenziali effetti non benefici di questa pratica. Dalle evidenze disponibili emerge chiaramente che l'utilizzo della contenzione è associato a una serie di esiti sfavorevoli che includono un aumento dell'aggressività, rischi di lesioni per il personale e i pazienti, un aumento dei costi organizzativi e la possibilità di ri-traumatizzazione. (13)

La contenzione viene spesso utilizzata per contenere le situazioni che possono portare a conflitti, aggressioni o comportamenti violenti, anche se la sua applicazione può di per sé causare danni psicologici o fisici significativi, diretti o indiretti, sia ai pazienti che al personale. Inoltre, le misure di contenzione sono associate ad una durata più lunga del trattamento ospedaliero. (14)

Diventa fondamentale sottolineare il rischio di trauma psicologico per i pazienti sottoposti a contenzione: l'esperienza di essere immobilizzati contro la propria volontà può causare stress emotivo, ansia e persino rabbia, con conseguenze sulla salute mentale che possono provocare delle ripercussioni a lungo termine. (11)

Un altro aspetto critico da considerare è l'impatto fisico della contenzione. Se applicata in modo inadeguato può portare a lesioni, generando domande sulla sicurezza e sull'efficacia di questa pratica in termini di benessere fisico dei pazienti. Alcune delle lesioni fisiche identificate negli studi includono coma, abrasioni, contusioni e fratture, nonché morti dovute ad asfissia, arresto cardiaco, strangolamento, overdose o interazione con farmaci, trauma contusivo, soffocamento e negligenza secondaria all'uso di mezzi di contenzione. (13)

Recentemente è cresciuto l'interesse dell'opinione pubblica nei confronti dell'uso di misure coercitive in contesti clinici psichiatrici, in risposta all'aumento dei casi in cui l'uso di misure coercitive ha provocato o contribuito a lesioni fisiche o morte di pazienti psichiatrici. (16) Questi eventi hanno sollevato un acceso dibattito sull'equilibrio tra la sicurezza del paziente e il rispetto dei suoi diritti fondamentali,

portando a una riflessione critica sulle pratiche e le politiche attuali nel campo della salute mentale

2.5.1 Effetti avversi della contenzione sulla relazione terapeutica

Oltre ad avere effetti negativi a livello fisico e psicologico, le evidenze dimostrano che gli interventi coercitivi possono indebolire o danneggiare le relazioni terapeutiche e dissuadere le persone dal cercare ulteriori trattamenti, aumentando così il rischio di non adesione e di trattamenti obbligatori, in particolare per quei pazienti che soffrono di problemi di salute mentale a lungo termine (11). Questo ciclo di sfiducia e resistenza può creare una barriera significativa all'accesso ai servizi sanitari, compromettendo la possibilità di un trattamento efficace e collaborativo andando a ledere il rapporto di fiducia tra paziente e infermiere. Le porte dei reparti psichiatrici e i metodi di contenzione sono sempre stati un simbolo di questo divario, favorendo conflitti e violenze che possono essere più facilmente prevenuti attraverso l'attuazione di strategie relazionali e dialettiche (23). Un rapporto di fiducia stabile è la colonna portante di una relazione terapeutica di qualità, la quale favorisce una comunicazione aperta permettendo al paziente di sentirsi più sostenuto e compreso, contribuendo a migliorare l'aderenza al trattamento e consentendo in alcuni casi di ridurre l'uso di misure coercitive. Questo aspetto potrebbe essere migliorato anche grazie alla formazione del personale sanitario, la quale, se inadeguata potrebbe portare ad un uso improprio di misure coercitive. (Eskandari et al.). (16) Ciò sottolinea l'importanza di investire in programmi formativi mirati a promuovere una comprensione approfondita delle alternative alla contenzione e allo sviluppo di competenze specializzate nella gestione delle crisi psichiatriche. Attraverso una formazione adeguata e orientata alla riduzione della coercizione sarebbe possibile migliorare la pratica clinica, garantendo al contempo il rispetto dei diritti dei pazienti e una cura più centrata sulla persona.

2.6 Impatto della contenzione sugli infermieri

L'evoluzione dell'atteggiamento degli infermieri nei confronti delle misure coercitive riflette un passaggio significativo dal paradigma terapeutico a un nuovo approccio incentrato sulla sicurezza. Di fatto, se prima la contenzione era vista proprio

come uno strumento curativo, oggi invece viene utilizzata allo scopo di proteggere i pazienti e il personale dalla violenza (1).

Esplorare come l'uso della contenzione influisca emotivamente sugli infermieri offre uno sguardo interessante sulla complessità di questa pratica e sulle sfide psicologiche che possono emergere nel bilanciare sicurezza ed empatia. Tuttavia si sa poco sulle emozioni specifiche vissute dal personale prima e durante l'applicazione di misure coercitive; conoscere questo aspetto potrebbe contribuire alla formazione del personale per ridurre l'uso della contenzione, in modo tale da diventare più consapevoli di come le proprie emozioni possono influenzare il proprio giudizio. (24)

L'uso di pratiche coercitive può comportare, come affermato anche in precedenza, degli effetti negativi per i pazienti ma non solo, in quanto può andare ledere anche la salute mentale del personale a causa della generazione di un ambiente stressante, il quale potrebbe favorire lo sviluppo di burnout. (6) In uno studio di Lebel del 2011 è emerso che il personale intervistato ha segnalato infortuni che hanno provocato tensione fisica e psicologica, stress, malattia prolungata e insonnia. Pertanto si può aggiungere che l'esposizione a situazioni stressanti, talvolta pericolose, potrebbe contribuire allo stress personale degli infermieri, con conseguenze sulla salute mentale e il benessere generale. Inoltre, il costo per le organizzazioni quando il personale viene ferito, minacciato o stressato a causa di comportamenti intimidatori è significativo e ha un impatto sul turnover del personale, sul burnout e sui contenziosi. (26)

Queste situazioni potrebbero essere significative per un aumento dell'uso della contenzione e potrebbero essere causate da una mancata formazione sulla gestione dei pazienti in stato di agitazione, come viene anche affermato in uno studio svolto in Giordania dal quale emerge che gli infermieri presentavano deficit di conoscenza e mancanza di formazione sulla gestione dei pazienti aggressivi (16)

Esplorando le dinamiche complesse dell'impiego delle pratiche coercitive emergono aspetti legati alla percezione della necessità di tale intervento ed ai molteplici fattori che ne influenzano l'utilizzo. Parallelamente si presenta anche lo sviluppo di un panorama emotivo complesso, il quale può essere di impatto significativo sull'esperienza degli infermieri nei confronti della contenzione. Alcuni studi qualitativi mostrano che gli infermieri considerano la contenzione come un intervento necessario e vedono la cultura organizzativa, l'esperienza e la composizione

del personale, il conflitto e le caratteristiche del paziente come fattori che contribuiscono al suo utilizzo. D'altro canto viene sperimentato un significativo disagio emotivo nel momento in cui gli infermieri sono costretti a ricorrervi per mantenere la sicurezza nei reparti psichiatrici, sopprimendo le loro emozioni angoscianti. La contenzione dei pazienti può portare a sentimenti di rabbia, paura, panico e percezione di licenziamento ed inoltre può provocare anche senso di colpa che porta a dover giustificare le proprie azioni (13, 12, 17). Dunque sembra emergere un conflitto tra la necessità pratica di utilizzare la contenzione, probabilmente per ragioni di sicurezza o gestione del paziente, e la consapevolezza dell'impatto emotivo e del disagio associato a tale decisione. Queste situazioni di disagio, però, potrebbero essere utilizzate come incentivo per spingere il personale sanitario a trovare delle soluzioni alternative alla coercizione, motivandoli a cercare nuovi modelli organizzativi, implicando un coinvolgimento più profondo e faticoso da parte del personale nella relazione terapeutica (23)

Nella ricerca di Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016) viene esaminato il processo decisionale che spinge degli infermieri di salute mentale all'uso della contenzione, dal quale emergono otto temi chiave che delineano i fattori influenti e che spaziano dalla contenzione come intervento necessario alla gestione del conflitto di ruolo, offrendo una prospettiva su questa dinamica decisionale. Gli otto temi emergenti sono "sicurezza per tutti", "contenzione come intervento necessario", "contenzione come ultima risorsa", "conflitto di ruolo", "mantenimento del controllo", "composizione del personale", "conoscenza e percezione degli infermieri/paziente" e "impatto psicologico". (13)

Facendo un'analisi di queste tematiche possiamo dedurre che sono diverse le sfaccettature che determinano l'uso della coercizione. Partendo dal primo, "sicurezza per tutti", è possibile sottolineare la responsabilità primaria di garantire la sicurezza dei pazienti, ma anche del personale e la necessità di creare un ambiente stabile e protetto. La "contenzione come intervento necessario" rivela una prospettiva pragmatica che si concentra quindi sull'efficacia delle azioni per la risoluzione del problema, mentre "ultima risorsa" indica una riflessione sul suo impatto che porta gli infermieri a considerare questa pratica come l'opzione finale solo quando le altre possibilità sono già state prese in considerazione. Un altro aspetto importante è il

“conflitto di ruolo”, il quale potrebbe riferirsi al dilemma etico ed emotivo che gli infermieri affrontano quando devono bilanciare la necessità di garantire la sicurezza ed il desiderio di mantenere una relazione di cura e sostegno con il paziente.

Per quanto riguarda il “mantenimento del controllo”, questo potrebbe sottolineare il bisogno di gestire delle situazioni complesse nelle quali gli infermieri potrebbero percepire la contenzione come un mezzo per mantenere l’ordine in situazioni di pericolo. La “composizione del personale” potrebbe evidenziare, invece, l’importanza della squadra nel prendere una decisione di rilevante impatto assistenziale ma non solo, mentre “conoscenza e percezione degli infermieri/paziente” mette in luce quell’aspetto relazionale e cognitivo fondamentale per ottenere una comprensione reciproca. (17). Infine, l’“impatto psicologico” potrebbe riferirsi alle conseguenze emotive e mentali che la contenzione può avere sugli infermieri e che sottolinea la complessità delle dinamiche emotive coinvolte nella decisione di applicare tale pratica.

2.7 Impatto della contenzione sui pazienti

La contenzione, sebbene siano diverse le motivazioni che portano alla sua applicazione, può generare conseguenze negative sul benessere fisico e psicologico dei pazienti. Analizzare il loro punto di vista può offrire una panoramica fondamentale per comprendere i vissuti di chi è stato sottoposto a questa pratica nel contesto dell’assistenza psichiatrica.

Nonostante la letteratura che esplora le prospettive e le esperienze dei pazienti sottoposti a misure coercitive sia limitata, sono molteplici gli spunti di riflessione relativi all’impatto emotivo che le stesse realmente provocano su chi le subisce.

Alcuni studi rivelano che i pazienti non considerano questa pratica necessaria o efficace. Ad esempio, Lee et al . (2003) hanno riscontrato atteggiamenti negativi del personale nel momento in cui veniva applicata la contenzione, descrivendo il loro approccio come una sorta di “mentalità da buttafuori” e una tendenza ad utilizzarla “troppo velocemente”, tutti aspetti allineati con un senso di mantenimento del controllo. (13)

Altri studi dimostrano che i pazienti che hanno sperimentato misure coercitive, le hanno percepite come antiterapeutiche, punitive, umilianti o traumatizzanti (7), il che va a sottolineare la necessità di riconsiderare l’approccio di tale mezzo, cercando

alternative che vadano a promuovere un ambiente terapeutico più empatico e centrato sulla persona.

Un altro aspetto allarmante che è stato riportato rivela che alcuni pazienti adulti, dopo essere stati sottoposti alla contenzione, hanno riportato alla memoria ricordi di traumi precedenti, inclusi stupro e abusi sui minori (12), sollevando ulteriori preoccupazioni riguardo agli effetti psicologici a lungo termine e la possibile connessione tra questa pratica e la riattivazione di esperienze traumatiche.

Se da un lato è possibile riscontrare una percezione negativa per quanto riguarda la contenzione, dall'altra diversi studi riportano che in realtà alcuni pazienti accettano questa misura e la considerano terapeutica se adeguatamente implementata dal personale. (27) Le percezioni relative alle misure contenitive potrebbero venire influenzate positivamente da una solida relazione terapeutica instaurata tra paziente e operatore sanitario. Se i pazienti percepiscono che i professionisti agiscono nel loro migliore interesse e la coercizione viene amministrata in modo trasparente, giusto e rispettoso, l'impatto negativo sulla relazione può essere ridotto. (17) Questo aspetto dipende anche dall'ambiente terapeutico e da influssi come rumore, ritmo frenetico, luminosità, chiarezza, cordialità, calma, ordine e dal fatto che il paziente sperimenta rispetto e apprezzamento da parte del personale sanitario. (29) Tuttavia, è fondamentale evidenziare come l'uso della contenzione dovrebbe essere limitato, cercando alternative meno invasive e sempre nel rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente.

2.8 Strategie operative per ridurre il ricorso alla contenzione

Nel contesto della salute mentale l'introduzione di metodi di riduzione della contenzione rappresenta un passo fondamentale nell'evoluzione dell'assistenza sanitaria, fondata sulla ricerca del benessere e della dignità dei pazienti. Evitare la contenzione fisica e il confinamento costringe ogni membro del personale del reparto ad essere motivati a cercare soluzioni innovative, nuovi modelli organizzativi e, naturalmente, un coinvolgimento più profondo e faticoso nella relazione terapeutica. (23)

Alla base del miglioramento nell'approccio alla contenzione Eskandari et al. affermano come il cambiamento nell'atteggiamento degli infermieri sia un

prerequisito fondamentale per raggiungere l'obiettivo e ridurre l'utilizzo. (16) Di conseguenza, diventa fondamentale sviluppare la formazione continua del personale sanitario, focalizzandosi sulla sensibilizzazione all'utilizzo di alternative alla contenzione e sull'importanza della comunicazione empatica.

Una recente revisione della letteratura di 84 studi si è concentrata sull'efficacia di diverse misure per evitare l'isolamento o la contenzione. Hirsch e Steinert (2019) hanno identificato sette categorie di interventi: formazione del personale, organizzazione, previsione del rischio, ambiente, debriefing, psicoterapia e piani di crisi congiunti. (24)

Il lavoro di squadra è fondamentale quando si tratta di implementare cambiamenti significativi. In uno studio effettuato viene affermato che la condivisione dello stesso obiettivo e dello stesso quadro etico e teorico da parte del personale comporta un atteggiamento positivo nei confronti del cambiamento e dell'apprendimento di nuove competenze. (12) Inoltre, anche la condivisione delle informazioni contribuisce alla riduzione di misure coercitive pertanto, la gestione di un reparto non contenitivo non può funzionare senza una corretta e condivisa valutazione clinica della complessa situazione di ogni paziente, effettuata da parte del personale medico ed infermieristico, sulla base dei fattori di rischio rilevati (autolesionismo, aggressività, aderenza terapeutica, abuso di sostanze, confusione). (23)

Un altro aspetto rilevante riguarda l'atteggiamento degli operatori di salute mentale nei confronti dei loro pazienti; infatti, è importante ascoltare e rispettare il punto di vista del paziente in quanto potrebbe aiutare a ridurre al minimo qualsiasi esperienza di coercizione. (3) Un approccio empatico e rispettoso è in grado di generare un legame più forte tra il professionista e il paziente, facilitando una comunicazione aperta. Inoltre, comprendendo ciò di cui il paziente necessita potrebbe garantire la possibilità di ottenere un trattamento mirato e personalizzato.

Diversi studi hanno suggerito alcune strategie che permettono di trovare, tramite la formazione del personale, delle alternative meno restrittive che hanno lo scopo di ridurre, valutare e fornire interventi terapeutici per la sicurezza e il benessere dei pazienti. Ad esempio, in un'indagine condotta da Al-Maraira, O. A., Hayajneh, F. A. & Shehadeh, J. H. (2019) agli infermieri psichiatrici è stato richiesto di frequentare lezioni, guardare video, partecipare alla condivisione di scenari e discussioni di gruppo

e svolgere attività attraverso giochi di ruolo. Successivamente hanno messo in pratica il contenuto di ciascuna sessione di formazione, hanno dimostrato le competenze acquisite (ad esempio, tecniche di riduzione dell'escalation) ed hanno eseguito valutazioni e piani individualizzati nelle loro aree cliniche. (16) Il personale sanitario può trarre beneficio da questi interventi e migliorare così le loro capacità e strategie di coping, (28) ma queste attività non devono essere confinate all'interno delle mura ospedaliere; infatti, oltre ad effettuare delle modifiche all'interno dei reparti, per ottenere migliori esiti in termini di riduzione delle misure coercitive, anche il servizio territoriale dev'essere coinvolto, pertanto dovrebbero essere condotti programmi anche al di fuori degli ospedali al fine di migliorare le condizioni di vita delle persone con malattie mentali e le possibilità di trattamento ambulatoriale, in modo da evitare innanzitutto situazioni di crisi. (7) Grazie a un servizio esterno solido, la percentuale dei ricoveri e degli episodi critici potrebbe venire ridotta, con una probabile diminuzione del ricorso alla contenzione.

Secondo la letteratura, i più alti tassi di riduzione della contenzione e dell'isolamento dei pazienti sono stati raggiunti sviluppando strategie multimodali, che includono diversi elementi per prevenire le crisi e controllare comportamenti disturbati o violenti senza utilizzare misure di contenzione e isolamento. (27) queste, si possono evidenziare le “Sei Strategie Fondamentali” e l'introduzione all'interno dei reparti psichiatrici delle figure di “supporto tra pari”.

2.8.1 Le sei strategie fondamentali

La National Association of State Mental Health Program Director (NASMHPD) ha sviluppato le Sei Strategie Fondamentali, una pratica basata sull'evidenza progettata per prevenire i conflitti, la violenza e l'uso dell'isolamento e della contenzione. (12) Queste mirano ad intervenire sia a livello organizzativo che individuale nei processi decisionali nei servizi di salute mentale per acuti, promuovendo una serie di interventi specifici quali: stabilire obiettivi di squadra per ridurre le restrizioni, riflettere sull'uso della contenzione e sugli stili di comunicazione personale (attraverso la segnalazione e l'analisi di ogni episodio di contenzione per un periodo di tempo), utilizzare approcci per aiutare i pazienti e il personale ad accertare i bisogni e le sfide relative all'aggressività in reparto, impiegare strategie di lavoro in

collaborazione per ridurre le restrizioni e l'utilizzo di una comunicazione verbale e non verbale positiva, esplorare le sfide ambientali per apportare cambiamenti appropriati (sia fisici che procedurali) e debriefing a seguito di incidenti o quasi incidenti di contenzione (26) Le Sei Strategie Fondamentali sono state studiate in diversi paesi e contesti ottenendo risultati positivi in termini di riduzione delle misure coercitive. Ad esempio, Azeem et al. (2015) hanno riportato una diminuzione del 100% delle restrizioni meccaniche in un ospedale psichiatrico pediatrico statunitense da 52 posti letto durante un periodo di 10 anni e una diminuzione dell'88% delle restrizioni fisiche. (12) Anche all'interno di un reparto psichiatrico spagnolo, nonostante i limiti dello studio, è stata evidenziata l'efficacia delle sei strategie fondamentali. (27) Gli aspetti positivi di tale pratica, ci possono far comprendere che adottare dei metodi per apportare dei miglioramenti, non solo per quanto riguarda le tecniche di gestione dei pazienti ma anche volti alla formazione del personale sanitario, può essere utile per garantire un trattamento assistenziale adeguato. In aggiunta, Gaynes et al. hanno scoperto nella loro revisione sistematica che, se esiste il rischio di comportamento aggressivo, gli approcci multimodali come le "Sei strategie fondamentali" hanno il potenziale per ridurre l'uso della contenzione e dell'isolamento. (18) Ciò rappresenta un passo in avanti per un miglioramento dell'assistenza in ambito della salute mentale, sottolineando l'importanza di una visione globale e collaborativa finalizzata al perseguimento di obiettivi comuni.

2.8.2 Supporto tra pari

Un'altra pratica attuata per ridurre l'utilizzo di misure coercitive vede l'inserimento di una figura di supporto all'interno dei reparti di psichiatria, la quale, avendo alle spalle vissuti simili a quelli dei pazienti ricoverati, in seguito al completamento di un percorso formativo, può contribuire al miglioramento dell'assistenza nell'ambito della salute mentale, offrendo comprensione e sostegno mirato. Sebbene la Lunatic Friends' Society sia conosciuta come il primo gruppo di sostegno tra pari nel campo della salute mentale, fondata in Inghilterra a metà del 19° secolo, i gruppi di auto-aiuto sono stati descritti come i più antichi e pervasivi tra i tipi di supporto tra pari. La Mental Health Foundation nel Regno Unito ha definito il sostegno tra pari nella salute mentale come "l'aiuto e il sostegno che le persone con

esperienza vissuta di una malattia mentale o di un disturbo dell'apprendimento possono darsi reciprocamente" (30)

L'inserimento di figure come gli operatori di supporto tra pari in psichiatria e all'interno di strutture di assistenza a lungo termine, può favorire l'adozione di approcci alternativi alla contenzione e all'isolamento (31) favorendo un supporto più diversificato e centrato sulla persona, migliorando la qualità dell'assistenza. Questa pratica infatti, è stata stabilita come una componente chiave del movimento di empowerment e recupero (14), inoltre ha migliorato l'attivazione in termini di conoscenze, competenze, fiducia e attitudini per la gestione della salute e del trattamento. Pertanto, i pazienti migliorano la salute, riferiscono una migliore qualità della vita, si impegnano in più pratiche sanitarie e riferiscono una maggiore soddisfazione per il trattamento. (30) In conclusione, l'inserimento di queste figure nei team assistenziali ha dimostrato di potenziare la competenza, la fiducia e le attitudini nella gestione del benessere e del trattamento. Ciò si traduce in miglioramenti nella salute dei pazienti, nella qualità della vita, nell'adesione alle pratiche sanitarie e in maggiore soddisfazione nel percorso di trattamento riducendo probabilmente, di conseguenza, anche l'utilizzo della contenzione.

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

3.1 Discussione

L'adozione di pratiche coercitive presenta radici antiche. Alle stesse è stato fatto ricorso dapprima all'interno delle strutture custodialistiche dove venivano rinchiusi i soggetti con problemi di salute mentale e, successivamente, all'interno dei manicomi. In passato i medici sostenevano l'uso di restrizioni per aiutare i pazienti violenti a riconquistare la loro "ragione" (9), motivo per il quale nella cura, nel trattamento e nella gestione delle persone affette da malattie mentali le tipologie di contenzione descritte andavano dall'uso di catene metalliche fino alle stanze di isolamento e alla detenzione terapeutica (32)

Esistono diverse tipologie di contenzione ma generalmente tutte sottendono a una restrizione involontaria del movimento attraverso prese manuali, dispositivi meccanici o farmaci. (12) Con il passare del tempo il razionale sulle quali fondare queste pratiche è mutato: se prima erano viste proprio come uno strumento terapeutico, oggi invece vengono utilizzate allo scopo di proteggere i pazienti e il personale dalla violenza. (1) Secondo l'articolo 35 del Codice Deontologico degli infermieri, infatti, queste pratiche non sono considerate un atto terapeutico, devono essere utilizzate per un tempo limitato, devono essere monitorate, motivate ed utilizzate come ultima risorsa. (15) Riprendendo quest'ultimo concetto, esiste un consenso generale sul fatto che la contenzione dovrebbe essere considerata solo come misura di ultima istanza e disciplinata da norme rigorose che definiscono chiaramente quando può essere applicata (14)

Nonostante i cambiamenti avvenuti durante gli anni, queste pratiche rimangono ancora un argomento discusso e utilizzato all'interno dei reparti psichiatrici. Un dato che dimostra questo fatto deriva dalla ricerca ProgresAcuti 2007, dove viene segnalato che l'80% degli SPDC italiani sono a porte chiuse e sono attrezzati per la contenzione. Solo il 10% adotta il modello "no restraint".

Queste prassi, pertanto, portano alla luce anche questioni etiche che si rispecchiano in un conflitto vissuto dal personale sanitario tra il mantenimento dell'autonomia del paziente e la sicurezza dei responsabili della sua cura, degli altri pazienti e dei pazienti

stessi. (7) Di fatto da diversi studi emerge il sentimento di disagio che si genera negli infermieri quando applicano la contenzione cercando di preservare la sicurezza, sentendo il bisogno di partecipare ad un intervento che non gradiscono ma, allo stesso tempo, tentando di utilizzare la contenzione come ultima risorsa. (13)

Le questioni etiche nascono anche a causa degli effetti negativi derivanti dall'applicazione delle misure contenitive sui pazienti, sia a livello fisico (queste possono, infatti, provocare lesioni e, in casi estremi, anche la morte), sia sul piano psicologico (come stress emotivo, ansia e persino rabbia), con conseguenze sulla salute mentale che possono portare anche a ripercussioni a lungo termine quali aumento dell'aggressività, con rischio di lesioni per il personale, un aumento dei costi organizzativi e la possibilità di ri-traumatizzazione. (11, 13) L'adozione di queste pratiche, inoltre, va ad intaccare la relazione terapeutica tra paziente e infermiere, generando una barriera comunicativa che compromette la possibilità di attuare un trattamento efficace basato sulla collaborazione. Le porte dei reparti psichiatrici e i metodi di contenzione sono sempre stati un simbolo di questo divario, favorendo conflitti e violenze che possono essere più facilmente prevenuti attraverso l'attuazione di strategie relazionali e dialettiche (23).

Dal punto di vista degli infermieri, da un lato emerge la necessità di applicare tali pratiche, dall'altra viene sperimentato un significativo disagio emotivo riferendo sentimenti di frustrazione e senso di colpa nel momento in cui sono costretti alle pratiche coercitive per mantenere la sicurezza nei reparti psichiatrici, sopprimendo le loro emozioni angoscianti. La contenzione dei pazienti può portare a sentimenti di rabbia, paura, panico e percezione di licenziamento ed inoltre può provocare anche senso di colpa che porta a dover giustificare le proprie azioni. (33, 17) Per quanto riguarda i pazienti, invece, in letteratura sono state rilevate prospettive principali: da un lato, coloro che hanno sperimentato misure coercitive le hanno percepite come antiterapeutiche, punitive, umilianti o traumatizzanti (7), dall'altra, alcuni di loro hanno accettato questa misura e l'hanno considerata terapeutica quando adeguatamente implementata dal personale, (27) soprattutto se all'interno di una relazione terapeutica stabile.

Quest'ultimo aspetto, in ogni caso, non rappresenta una motivazione incontestabile sulla quale fondare il ricorso a misure coercitive in quanto è sempre necessario

ricordare l'importanza di limitarle e trovare delle alternative meno cruente, nel rispetto della dignità e dell'autonomia del paziente.

Per fare in modo che la contenzione venga ridotta, all'interno di questa ricerca sono stati identificati interventi che riguardano formazione del personale, organizzazione, previsione del rischio, ambiente, debriefing, psicoterapia, piani di crisi congiunti (Hirsch e Steinert, 2019) (24), oltre allo sviluppo del servizio territoriale. I tassi più alti di riduzione della contenzione e dell'isolamento dei pazienti sono stati raggiunti sviluppando strategie multimodali, tra queste sono state evidenziate le “Sei Strategie Fondamentali” e l'introduzione all'interno dei reparti psichiatrici delle figure di “supporto tra pari”.

Le prime mirano ad intervenire sia a livello organizzativo che individuale nei processi decisionali nei servizi di salute mentale per acuti; promuovendo una serie di interventi specifici hanno determinato risultati positivi relativamente alla diminuzione delle restrizioni meccaniche nei contesti dove sono state implementate. Per quanto riguarda l'inserimento della figura di “supporto tra pari” è emerso che può promuovere l'adozione di approcci alternativi alla contenzione e all'isolamento (31) e favorisce un supporto centrato sulla persona, migliorando la qualità dell'assistenza. Questa pratica, infatti, è stata riconosciuta come una componente chiave del movimento di empowerment e recupero (14), inoltre ha migliorato l'attivazione in termini di conoscenze, competenze, fiducia e attitudini per la gestione della salute e del trattamento. (30)

3.2 Limiti dello studio

Nella presente revisione della letteratura sono state messe in evidenza le problematiche causate dall'uso della contenzione in ambito psichiatrico a livello fisico e psicologico, sia per i pazienti che per gli infermieri, mettendo in luce anche il dibattito etico che questa suscita, cercando di individuare valide pratiche alternative che possano limitarne il ricorso. Tuttavia sono riscontrabili alcuni limiti strutturali identificabili in:

- Limitata disponibilità di letteratura specifica nell'ambito scelto per lo studio

- Limitate evidenze relative ad organizzazioni logistico-strutturali dei luoghi di cura dove il ricorso alla contenzione è limitato o non previsto
- Limitate evidenze relative ad organizzazioni dei servizi territoriali favorevoli la riduzione del ricorso alle pratiche contenitive
- Limitate evidenze relative a strategie multimodali necessarie a potenziare l'assistenza al paziente psichiatrico limitando o evitando il ricorso a misure di contenzione

3.3 Significatività per la professione

La presente ricerca di letteratura può risultare utile per sensibilizzare gli operatori sanitari sul tema delle pratiche coercitive, favorendo la conoscenza degli effetti negativi a queste conseguenti, sia a livello fisico che psicologico, e sulle implicazioni etiche correlate. Può risultare inoltre significativa per riportare l'attenzione sulle problematiche correlate alla salute mentale, ambito che spesso viene trascurato, trattato superficialmente o senza i dovuti approfondimenti che la diffusione dei disturbi che lo caratterizzano richiederebbe. Infine, per considerazioni di carattere organizzativo i contenuti della revisione mettono in evidenza i risvolti economici che l'impatto negativo delle pratiche contenitive hanno sul personale in termini di stress lavoro-correlato, il quale può tradursi poi in assenteismo ed aumento dei costi aziendali per mancata produttività.

3.4 Conclusione

Nell'ambito della salute mentale la contenzione, nonostante i cambiamenti che hanno caratterizzato l'assistenza psichiatrica degli ultimi decenni, è una pratica che viene ancora oggi utilizzata anche se spesso viene messa in discussione a causa delle ripercussioni negative sull'utente che la stessa genera a livello fisico e/o psicologico. Nel corso degli anni rimane un argomento controverso e molto dibattuto, una pratica alla quale molti cercano di trovare strategie alternative per fare in modo di ridurre il ricorso alla stessa all'interno dei reparti di psichiatria. Diverse sono le associazioni "no restraint", in Italia e in altri paesi europei, che si sono attivate per limitare queste pratiche e numerosi sono stati gli studi, svolti anche all'estero, che hanno suggerito valide alternative da applicare. Le strategie evidenziate dalla letteratura per limitare il

ricorso alla contenzione comprendono principalmente la formazione del personale sanitario per sensibilizzarlo all'uso di alternative che prevedano l'adozione di un approccio maggiormente empatico, tramite l'ascolto e il rispetto del punto di vista del paziente, e che permettano, di conseguenza, anche un miglioramento del rapporto terapeutico. Per fare in modo che questo avvenga è stata evidenziata l'importanza della comunicazione e del lavoro di squadra all'interno del team infermieristico, indispensabili per poter raggiungere l'obiettivo comune del benessere del paziente. A questi si aggiungono anche l'ambiente terapeutico, il quale se adeguato e confortevole può essere d'aiuto per la riduzione del ricorso a queste pratiche, e l'intervento del servizio territoriale, fondamentale per poter gestire le eventuali crisi ed evitare un conseguente ricovero nei reparti di psichiatria. Ma sono state sviluppate anche strategie multimodali, come quella citata nella presente revisione che riguarda "Le Sei Strategie Fondamentali" (stabilire obiettivi di squadra per ridurre le restrizioni, riflettere sull'uso della contenzione e sugli stili di comunicazione personale, utilizzare approcci per aiutare i pazienti e il personale ad accertare i bisogni e le sfide relative all'aggressività in reparto, impiegare strategie di lavoro in collaborazione per ridurre le restrizioni e l'utilizzo di una comunicazione verbale e non verbale positiva, esplorare le sfide ambientali per apportare cambiamenti appropriati e debriefing a seguito di incidenti o quasi incidenti di contenzione), le quali hanno portato a riscontri positivi nei reparti in cui sono state applicate e sono risultate utili per la riduzione degli interventi di contenzione. Anche il "Supporto tra pari" ha evidenziato esiti assistenziali favorevoli, anche perché l'inserimento all'interno del reparto di una figura con vissuti simili a quelli dei pazienti ricoverati può essere favorevole non solo per quest'ultimi, ma anche per il personale sanitario che può usufruire di un valido supporto che lo aiuti a comprendere al meglio le esigenze dei degenti, in modo tale da garantire un trattamento assistenziale adeguato ed efficace. Le strategie evidenziate dalla presente revisione della letteratura, si sono dimostrate efficaci nel campo della salute mentale per limitare l'adozione di misure coercitive, ma non bisogna dimenticare che gli interventi suggerimenti devono comunque essere contestualizzati all'interno del singolo scenario che ne richiede l'attuazione, in modo tale da valutarne l'effettiva e conveniente applicabilità. La formazione del personale sanitario potrebbe costituire un punto di partenza per migliorare l'assistenza infermieristica all'interno delle unità di

psichiatria, promuovendo il ricorso a modalità operative alternative alle pratiche contenitive e sensibilizzando il personale all'utilizzo di un approccio più empatico nei confronti dei pazienti, in modo tale da abbattere la barriera delle consuetudini e garantire un trattamento sanitario migliore.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (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), 446–459.
- 2) Paradis-Gagné, E., Pariseau-Legault, P., Goulet, M. H., Jacob, J. D., & Lessard-Deschênes, C. (2021). Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *International journal of mental health nursing*, 30(3), 590–609.
- 3) Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(1).
- 4) Allegra. (2020b, February 11). *Legare? Qualche breve appunto – Forum Salute Mentale*.
- 5) Comitato Nazionale per la Bioetica. (2015, April 13). *LA CONTENZIONE: PROBLEMI BIOETICI*. bioetica.governo.it.
- 6) Feeney, L., Bonner, N., & McAndrew, J. (2023). Restrictive interventions on a psychiatric admission ward before and after COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*, 40(3), 430–436.
- 7) Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt international*, 116(19), 336–343.
- 8) *Psichiatria, ecco i 19 reparti dove non si lega nessuno*. di Veronica Rossi. (2023b, January 28).

- 9) Carr, P. (2012). The use of mechanical restraint in mental health: a catalyst for change? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 657–664.
- 10) Zanichelli. (n.d.). *Franco Basaglia e la riforma della psichiatria*. Aula Di Scienze.
- 11) Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(6), 605–612.
- 12) Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B., & Rask, O. (2021). Methods and Strategies for reducing Seclusion and Restraint in child and adolescent Psychiatric Inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 107–136.
- 13) Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 116–128.
- 14) Badouin, J., Bechdorf, A., Bempohl, F., Baumgardt, J., & Weinmann, S. (2023). Preventing, reducing, and attenuating restraint: A prospective controlled trial of the implementation of peer support in acute psychiatry. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1089484.
- 15) Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. (2019). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Il testo approvato dal Consiglio Nazionale*. fnopi.it.
- 16) Al-Maraira, O. A., Hayajneh, F. A., & Shehadeh, J. H. (2019). Psychiatric staff attitudes toward coercive measures: An experimental design. *Perspectives in psychiatric care*, 55(4), 734–742.
- 17) Andersson, U., Fathollahi, J., & Gustin, L. W. (2020). Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards. *Nursing ethics*, 27(3), 741–753.

- 18) Rabenschlag, F., Cassidy, C., & Steinauer, R. (2019). Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 231.
- 19) Flammer, E., Eisele, F., Hirsch, S., & Steinert, T. (2022). Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, *17*(8), e0264046.
- 20) Altalex, R. (2023c, July 14). Del reato. *Altalex*.
- 21) DGR Regione del Veneto n. 1106 del 06 agosto 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*. Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=426131>
- 22) Titolo II - Rapporti etico-sociali. (2022a, March 4). www.governo.it.
- 23) Di Napoli, W., & Andreatta, O. (2014). A "no-restraint" psychiatric department: operative protocols and outcome data from the "Opened-doors experience" in Trento. *Psichiatria Danubina*, *26 Suppl 1*, 138–141.
- 24) Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *28*(2), 149–162.
- 25) Feeney, L., Bonner, N., & McAndrew, J. (2023). Restrictive interventions on a psychiatric admission ward before and after COVID-19. *Irish journal of psychological medicine*, *40*(3), 430–436.
- 26) Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G., & Whittington, R. (2019). Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The

outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International journal of nursing studies*, 95, 40–48.

- 27) Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., Pino-Benitez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22(3), 233–241.
- 28) Jalil, R., Huber, J., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130–138.
- 29) Beine, K. H. (2019). Open doors, open mind. *Der Nervenarzt*, 90(7), 675–679.
- 30) Shalaby, R., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature review. *JMIR Mental Health*, 7(6), e15572.
- 31) Gagnon, M., Desmartis, M., Dipankui, M. T., Gagnon, J., & St-Pierre, M. (2013b). Alternatives to seclusion and restraint in psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the elderly: Perspectives of service users and family members. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 6(4), 269–280.
- 32) Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215–222.
- 33) Misouridou, E., Zartaloudi, A., Dafogianni, C., Koutelekos, I., Dousis, E., Vlachou, E., & Evagelou, E. (2020). Locked versus open ward environments and restrictive measures in acute psychiatry in Greece: Nursing students' attitudes and experiences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3), 1365–1375

ALLEGATI

Allegato 1: Breve rappresentazione degli articoli analizzati

ARTICOLO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	CAMPIONE	INTERVENTI OGGETTO DI STUDIO	RISULTATI
An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint	Revisione della letteratura	Esplorare cosa influenza il processo decisionale degli infermieri di salute mentale nell'uso della contenzione.	/	È stata intrapresa una revisione integrativa utilizzando il quadro di Cooper.	Sono stati identificati otto temi emergenti: "sicurezza per tutti", "moderazione come intervento necessario", "moderazione come ultima risorsa", "conflitto di ruolo", "mantenimento del controllo", "composizione del personale", "conoscenza e percezione delle comportamenti dei pazienti" e "impatto psicologico". Questi temi evidenziano come il processo decisionale degli infermieri di salute mentale sia influenzato dalle responsabilità etiche e di sicurezza, nonché da fattori interpersonali e legati al personale.
Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic	Studio osservazionale	Esaminare se la pandemia nel 2020 ha causato cambiamenti nei casi ospedalieri psichiatrici, nella percentuale di pazienti esposti a interventi coercitivi e negli incidenti aggressivi.	/	E' stato utilizzato il registro dei casi per le misure coercitive dello Stato del Baden-Württemberg, comprendente dati relativi ai casi su contenzione meccanica, isolamento, contenzione fisica e farmaci forzati in ciascuno dei 31 ospedali autorizzati dello Stato che trattano adulti, per confrontare i dati provenienti da 2019 e 2020.	Il numero di casi nella psichiatria degli adulti è diminuito del 7,6% da 105.782 a 97.761. La percentuale dei casi involontari è aumentata dal 12,3 al 14,1%, e il numero assoluto delle misure coercitive è aumentato del 4,7%, da 26.269 a 27.514. La percentuale di casi esposti a qualsiasi tipo di misura coercitiva è aumentata del 24,6%, da 6,5 a 8,1%, e la durata cumulativa mediana per caso affetto è aumentata del 13,1%, da 12,2 a 13,8 ore, dove l'isolamento è aumentato più della contenzione meccanica. La percentuale di pazienti con episodi aggressivi, raccolta in 10 ospedali, è rimasta invariata.

<p>Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions</p>	<p>Osservazionale</p>	<p>Il presente studio ha valutato gli atteggiamenti, le opinioni sugli interventi riflessivi e le emozioni di accompagnamento di diversi gruppi professionali nei confronti dell'IC, nonché i fattori che aumentano la probabilità dell'IC.</p>	<p>138 membri del personale di un grande ospedale psichiatrico in Germania</p>	<p>Sono stati valutati utilizzando la Staff Attitude to Coercion Scale (SACS) e elementi di nuova concezione che valutavano le emozioni e le opinioni dei membri del personale sulla coercizione.</p>	<p>I membri del personale con esperienza sono stati i più critici nei confronti della coercizione. Gli infermieri hanno valutato la coercizione in modo significativamente più positivo rispetto al resto del personale. La maggioranza ha sperimentato compassione; circa la metà si è sentita impotente, afflitta o ansiosa. Quasi il 20% ha avvertito un senso di potere. Gli infermieri erano i più disperati. I partecipanti desideravano fortemente misure riflessive come debriefing post-isolamento/contenzione con i pazienti. Secondo i membri del personale, lo stress nei reparti e la carenza di personale aumentano la probabilità di CI.</p>
<p>Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Riassumere la letteratura riguardante l'atteggiamento degli infermieri nei confronti delle misure coercitive e l'influenza delle caratteristiche del personale sull'uso delle misure coercitive.</p>	<p>/</p>	<p>È stata intrapresa una revisione sistematica</p>	<p>L'atteggiamento degli infermieri è cambiato nel corso degli ultimi due decenni, passando da un paradigma terapeutico a uno di sicurezza. Gli infermieri attualmente considerano le misure coercitive indesiderabili, ma necessarie per affrontare l'aggressività. Gli infermieri esprimono la necessità di interventi meno invasivi, anche se la familiarità probabilmente influenza la loro invadenza percepita. La letteratura sulla relazione tra caratteristiche del personale e misure coercitive è inconcludente.</p>

Nurses' experiences of informal coercion on adult psychiatric wards	Lo studio ha un disegno qualitativo e induttivo	Descrivere le esperienze degli infermieri coinvolti nella coercizione informale nell'assistenza ospedaliera psichiatrica degli adulti.	10 infermieri psichiatrici svedesi	Sono state svolte delle interviste semi-strutturate che sono state analizzate con un'analisi qualitativa del contenuto.	Quattro ambiti comprendono la coercizione informale come processo nel tempo. Questi ambiti contengono 11 categorie incentrate sulle diverse esperienze coinvolte nel processo: sforzo di connettersi, coinvolgimento degli altri, adattamento alla cultura della cura, gestione delle leggi, giustificazione della coercizione, attesa del paziente, persuasione del paziente, negoziazione con il paziente, utilizzo di professionisti potere, scrutando le proprie azioni e imparando insieme.
Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy	Revisione	Fornire una panoramica dell'efficacia delle misure finora studiate per evitare la coercizione in psichiatria.	84 studi inclusi in questa revisione	Questa revisione si basa su pubblicazioni recuperate da una ricerca sistematica nei database Medline e Cinahl, integrata da una ricerca negli elenchi di bibliografia di queste pubblicazioni.	Degli 84 studi inclusi in questa revisione, 16 avevano un gruppo di controllo; 6 di questi 16 erano studi randomizzati e controllati (RCT). Gli interventi sono stati classificati in sette diverse tipologie di contenuto: organizzazione, formazione del personale, valutazione del rischio, ambiente, psicoterapia, debriefing e direttive anticipate. La maggior parte degli interventi in ciascuna categoria si sono rivelati efficaci nei rispettivi studi. 38 studi hanno analizzato programmi di trattamento complessi che incorporavano elementi provenienti da più di una categoria; 37 di questi (incluso un RCT) hanno rivelato un'efficace riduzione della frequenza della coercizione. Due studi randomizzati sull'uso di strumenti di valutazione per valutare il rischio di comportamento aggressivo hanno rivelato una riduzione relativa del numero di misure di isolamento del 27% e una riduzione della durata cumulativa dell'isolamento del 45%.

<p>Alternatives to seclusion and restraint in psychiatry and in long-term care facilities for the elderly: perspectives of service users and family members</p>		<p>Questo articolo esplora i punti di vista e i suggerimenti degli utenti del servizio e delle loro famiglie riguardo alle alternative alla contenzione e all'isolamento, nonché alle condizioni in cui potrebbero essere utilizzati tra gli adulti in assistenza psichiatrica a breve e lungo termine.</p>	<p>Otto focus group: cinque con utenti di servizi di salute mentale e tre con familiari di anziani ricoverati in strutture di assistenza a lungo termine.</p>	<p>Utilizzo di una guida semi-strutturata. Le discussioni dei focus group sono state registrate digitalmente e trascritte parola per parola e abbiamo eseguito l'analisi del contenuto utilizzando il software NVivo 8.</p>	<p>In entrambi gli ambienti di cura, i partecipanti hanno sottolineato l'importanza della comunicazione con gli utenti del servizio, nonché della valutazione dei loro bisogni e della loro situazione particolare, per ridurre l'uso della contenzione e dell'isolamento. Una migliore accoglienza e accompagnamento delle persone ricoverate per cure psichiatriche a breve termine sono emerse anche come approcci chiave per ridurre il ricorso alla contenzione e all'isolamento. Le strutture di assistenza a lungo termine potrebbero anche ridurre la necessità di contenzione e isolamento creando un ambiente domestico stimolante e programmi di terapia occupazionale individualizzati. I partecipanti di entrambi i gruppi hanno suggerito che gli operatori sanitari diversi dal personale sanitario potrebbero essere maggiormente coinvolti, in particolare gli operatori di sostegno tra pari nel caso dell'assistenza psichiatrica e i volontari nel caso delle strutture di assistenza a lungo termine.</p>
<p>Psychiatric staff attitudes toward coercive measures: An experimental design</p>	<p>Sperimentale</p>	<p>Valutare l'efficacia di un programma di formazione sugli atteggiamenti degli infermieri psichiatrici verso l'uso di misure coercitive.</p>	<p>È stato reclutato un campione di convenienza di 48 infermieri psichiatrici.</p>	<p>La raccolta dei dati è stata condotta utilizzando la scala di atteggiamento del personale nei confronti della coercizione.</p>	<p>I risultati hanno mostrato l'efficacia del programma di formazione nel migliorare l'atteggiamento degli infermieri verso le misure coercitive. Dopo 4 settimane di formazione, gli infermieri del gruppo di intervento hanno dimostrato miglioramenti significativi nei punteggi medi del loro atteggiamento.</p>

