



Università degli Studi di Padova
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

IL PROBLEMA DELLA CONTENZIONE

Revisione Bibliografica

Relatore: Prof. Favaretto Gerardo

Laureanda: Frunza Liuba

Anno Accademico: 2014 -2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....pag.5

CAPITOLO I: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA.....pag.7

1.1 **Definizioni..... pag.7**

1.2 **Indicazioni all'utilizzo clinico.....pag.8**

1.3 **Legislazione italiana..... pag.9**

1.4 **Pregiudizi..... pag.9**

CAPITOLO II: QUADRO TEORICO, LA CONTENZIONE E I SUOI EFFETTI

.....pag.11

2.1 Materiali e metodi.....pag.11

2.2Fattori di rischio.....pag.12

2.2.1 *Fattori correlati al paziente..... pag.12*

2.2.2 *Fattori correlati al trattamento.....pag.13*

2.2.3 *Fattori correlati ai membri dello staff.....pag.13*

2.2.4 *Fattori strutturali.....pag.14*

2.3 Fattori protettivi.....pag.15

2.4 Rischio di aggressione..... pag.15

2.5 Rischi per lo staff..... pag.16

2.6 Effetti della contenzione.....	pag.17
2.6.1 <i>Vissuto dell'utente.....</i>	pag.17
2.6.2 <i>Effetti sulla qualità di vita dell'utente.....</i>	pag.18
2.6.3 <i>Complicanze potenziali e problematiche cliniche/sanitarie.....</i>	pag.19
CAPITOLO III: STRATEGIE DI RISOLUZIONE.....	pag.21
3.1 Prevenzione.....	pag.21
3.2 Strategie.....	pag.21
3.2.1 <i>Modifica del metodo di lavoro e di approccio al paziente.....</i>	pag.21
3.2.2 <i>Strategie relazionali.....</i>	pag. 22
3.2.3 <i>Empowerment del personale sanitario.....</i>	pag. 23
3.2.4 <i>Strategie di tipo logistico ed ambientale.....</i>	pag. 24
3.2.5 <i>Strategie sul paziente.....</i>	pag.25
3.2.6 <i>Strategie infermieristiche.....</i>	pag.26
3.2.7 <i>Strategie sulla rete esterna al spdc.....</i>	pag.27
CAPITOLO IV: IMPLICAZIONI PER LA FIGURA DELL'INFERMIERE	
.....	pag.29
4.1 Ruolo dell'infermiere e possibili interventi.....	pag.29
4.2 Conclusioni.....	pag.30
BIBLIOGRAFIA.....	pag.31

ABSTRACT

L'utilizzo dei presidi contenitivi sembra essere attualmente un problema sostanziale e capace di interferire pesantemente sulla qualità delle cure e sulla qualità di vita degli utenti in ambito di salute mentale. Ciò che è stato fatto finora sembra non essere sufficiente per ottimizzare la pratica e diminuire l'utilizzo della stessa. Il presente elaborato di tesi si pone l'obiettivo di indagare, grazie ad una revisione della letteratura, quali siano gli effetti concreti della contenzione sulla qualità di vita del soggetto, come questa sia in grado di incidere sugli *outcomes* assistenziali e clinici, sull'aspetto affettivo-emotivo e delle interazioni sociali. Si evidenziano, in seguito, le possibili strategie che permettono all'équipe sanitaria di ridimensionare il problema ed avere un approccio sistematico, basato sulle evidenze scientifiche. Viene inoltre posto in rilievo il ruolo dell'infermiere nella lotta alla riduzione dell'utilizzo dei metodi contenitivi, evidenziando gli interventi attuabili da tale professione, chiamata a cooperare con un'équipe multidisciplinare nell'assistenza dell'utente che accede al servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

INTRODUZIONE

L'utilizzo di misure coercitive nell'assistenza psichiatrica, incluse contenzione fisica e meccanica, procedure d'isolamento e contenzione farmacologica, sembrano essere pratiche diffuse da molto tempo nei paesi occidentali, sebbene siano causa di ampie discussioni etiche, legali e cliniche (Di Lorenzo, Miani, Formicola & Ferri, 2014, Beghi, Peroni, Gabola, Rossetti & Cornaggia, 2013). La storia della psichiatria è stata contrassegnata fin dal suo inizio, con il gesto di Philippe Pinel, dalla "liberazione dalle catene". In realtà il dibattito nell'uso di tecniche manicomiali "*restraint*" contro atteggiamenti assistenziali "*non restraint*" è particolarmente intenso nella psichiatria del XX secolo.¹ Tale discussione, che assumeva un significato diverso nel contesto degli ospedali psichiatrici, in realtà non si è esaurita dopo le riforme di chiusura dei manicomi. Piuttosto che scomparire come pratica conseguente all'ambiente del manicomio, si è ripresentata come problema significativo e tanto più grave quanto più nascosto, nei luoghi di ricovero per acuti, ovvero i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Molti studi recenti confermano che pratiche restrittive sono tuttora una pratica ampiamente diffusa in ambito psichiatrico (Van de Sande et al., 2013, Raboch et al., 2010, Keski-Valkama, Salias, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino, 2010), pratica che viene supportata da scarse evidenze scientifiche e principalmente dipendente da fattori per lo più culturali, tradizionali e di politica gestionale dei Dipartimenti di Salute Mentale, piuttosto che da principi di sicurezza e tutela o da principi sanitari (Steinert et al., 2009). Pochi studi hanno indagato le differenze comportamentali e cliniche riportate tra degenti di un reparto psichiatrico acuto e soggetti che non abbiano sperimentato la contenzione (Knurtzen, et al. 2011). In taluni studi è emersa la convinzione, da parte del personale sanitario, che la contenzione sia un mezzo considerato inevitabile nella gestione dei comportamenti gravemente disturbati e pericolosi (Steinert, Noorthoorn & Mudler, 2014) e che, anzi, l'assistenza sia impossibile senza dispositivi contenitivi (Raboch et al., 2010). Uno dei principali motivi per cui si ritiene necessario ricorrere a misure contenitive è la presunta salvaguardia della sicurezza dello staff (Thuye Dahm, Odgaard-Jensen, Husum & Leiknes, 2015). Ultimamente l'attenzione pubblica si è concentrata sull'argomento a causa di report recenti in merito a gravi danni fisici e morti tragiche di soggetti a cui erano stati applicati dispositivi di

¹ Babini V. P. (2009). Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del novecento. Ed Il Mulino, collana Biblioteca Storica.

contenzione (Lindsey, 2009) o a persone soggette a trattamenti sanitari obbligatori (TSO). L'orientamento generale sembra, difatti, quello di auspicarne la totale abolizione; ne è esempio l'Inghilterra nel quale si sono attuati dei processi in seguito a decessi improvvisi di soggetti contenuti per cui, attualmente, l'uso della contenzione è completamente abolito a livello nazionale (Di Lorenzo et al., 2014). Con l'aumento dell'attenzione sui diritti dell'utente, l'uso della contenzione in psichiatria sta diventando di crescente interesse per agenzie governative, organizzazioni a tutela del paziente e in politica di salute (Thuye Dahm et al., 2015), stimolando una consapevolezza collettiva riguardo ai diritti dell'uomo (Steinert et al., 2009). Si osservano sforzi legislativi per definire più chiaramente l'utilizzo delle misure di contenzione (Keski-Valkama, Salias, Eronen, Koivisto, Lönnqvist & Kaltiala-Heino, 2007, Soininen, Putkonen, Joffe, Korkelia & Välimäki, 2014 b), che mirano a rispettare la sicurezza, la libertà e l'integrità fisica in atmosfera di reciproca comprensione, rispettando l'autodeterminazione e la dignità del soggetto (Soininen, 2014a). Nel 2010 Keski-Valkama et al, sottolineano quanto le iniziative in ambito europeo riportino quanto non si sappia dell'argomento e soprattutto quanto si ignori la popolazione colpita dal fenomeno; i dati scientifici sono purtroppo ancora scarsi (Steinert et al., 2009). L'uso della contenzione è motivo di preoccupazione anche per i medici in generale (Knox & Holloman, 2011) e soprattutto per i medici psichiatri (Soininen, 2014a) poiché la psichiatria scorre sul labile confine che divide i principi etici del rispetto per l'autonomia della persona e della sua dignità, e, d'altra parte, il dovere di evitare danni alla persona e a terzi (Bergk, Einsiedler, Flammer & Stienart, 2011, Steinert, Noorthoorn & Mudler, 2014, Smith et al., 2005). I medici sembrano maggiormente concentrati sulle problematiche etiche che implicano l'utilizzo della contenzione (Goldman, 2008, Smith et al., 2005), ritenendolo un segno di fallimento del sistema di cure e della presa in carico ed perfino, un obiettivo irrealistico (Raboch et al., 2010). Concretamente l'utilizzo della contenzione si presenta come un fenomeno controverso, la cui riduzione si presenta come priorità nella politica di salute mentale nei paesi occidentali in quanto concreta minaccia alla qualità delle cure e dei diritti dell'uomo (Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud, 2010); la stessa European Committee for the Prevention of Torture (CPT) segnala che le persone affette da disturbi di salute mentale sono stati identificati come popolazione particolarmente vulnerabile in merito alla violazione dei diritti dell'uomo (Steinert et al., 2014). Raboch et al. (2010) segnalano che il 38% dei degenti sperimenta contenzione.

CAPITOLO I: DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Definizioni

Le definizioni di contenzione in letteratura sono svariate; in generale si intende “contenzione fisica o meccanica” l’utilizzo di svariati tipi di dispositivi (prevalentemente cinture) applicati a letto o in altri contesti, atti a bloccare braccia e caviglie del soggetto (Knurtzen, et al. 2011, Putkonen et al., 2013); altri autori considerano contenzione il legare almeno uno degli arti del paziente con un dispositivo meccanico (contenzione meccanica), o l’essere trattenuto fisicamente da un membro dello staff per almeno 15 minuti (contenzione fisica) (Raboch et al., 2010). Una definizione più ampia comprende la “contenzione di polsi e caviglie, che permetta l’immobilizzazione del paziente a letto nella posizione supina, saltuariamente è necessaria l’applicazione di una fascia addominale (Di Lorenzo et al., 2014), utilizzando fascette, cinghie, lenzuoli contenitivi e tavoli avvolgenti (Bergk et al., 2011) o *nest bed* (Keski-Valkama et al., 2010). Lo scopo di tale procedura è quello di ridurre la libertà di movimento e l’azione del paziente (Di Lorenzo et al., 2014, Knutzen et al., 2014) ed il normale accesso al proprio corpo (Hendryx, Trusevich, Coyle, Short & Roll, 2009). In letteratura il termine “*restraint*” indica qualsiasi metodo utilizzato dallo staff per prevenire i conflitti e tentare di ridurre o evitare i danni che potrebbero derivarne (Bowers, 2014) e la contenzione fisica non è l’unico strumento utilizzato. La reclusione del paziente in una stanza dedicata, la stanza di isolamento, è considerata alla stregua di qualsiasi altro mezzo contenitivo (Di Lorenzo et al., 2014). La procedura prevede la detenzione per breve periodi di tempo del soggetto, fino ad un massimo di due ore, in una stanza chiusa, senza la presenza di membri dello staff (Knurtzen, et al. 2011) dalla quale sia impossibile sfuggire (Hendryx et al., 2009). Secondo alcuni studi, questo sembra essere il metodo maggiormente utilizzato in Italia e in Inghilterra, piuttosto che in altri paesi europei (Van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen & Noorthoorn, 2013, Soininen, 2014a, Knox et al., 2011). Per contenzione farmacologica si intende un’unica dose di farmaco, sia esso sedativo o con effetto neurolettico/antipsicotico, che venga somministrata per via parenterale o orale (Knurtzen, et al. 2011), allo scopo di bloccare il comportamento del paziente o per ridurre la libertà di movimento della persona, e che non sia somministrata alla dose standard o specificatamente per lo stato clinico del soggetto (Soininen, 2014a). Secondo Raboch et al. (2010) i farmaci più utilizzati sono gli

antipsicotici di prima generazione e le benzodiazepine. Vi è un intenso dibattito in merito alla scelta del mezzo contenitivo “migliore”, alcuni studi rimarcano il fatto che la contenzione farmacologica è il metodo più costrittivo e invasivo della persona, protendendo favorevolmente per la contenzione meccanica (Steinert et al., 2014) ma, allo stesso tempo, la contenzione farmacologica sembra causare meno distress nel soggetto rispetto a quello generato in caso di isolamento o di contenzione meccanica. Lo studio di Bergk et al. (2011) indaga quale sia il metodo più restrittivo e evidenzia che tutti i mezzi sono equiparabili dal punto di vista dell’impatto psicologico negativo.

1.2 Indicazioni all’utilizzo clinico

L’indicazione all’utilizzo clinico della contenzione sembra essere giustificata principalmente nella gestione di comportamenti aggressivi o episodi di agitazione psicomotoria (Lindsey, 2009), e a scopo preventivo di emergenze psichiatriche o quando si teme l’evoluzione verso episodi di violenza, nella presa in carico di utenti non complianti. Il target è, quindi, la sicurezza dell’utente e degli utenti in generale, nell’atto pratico motivato dalla necessità di evitare pericolo di vita nel soggetto con malattia severa, e scarsamente responsivo ad altro tipo di strumento contenitivo (Di Lorenzo et al., 2014, Van der Schaaf et al., 2013, Hendryx et al., 2009, Soininen, 2014a, Smith et al., 2005). Keski-Valkama et al. (2010) e Bergk et al. (2011) ne giustificano il ricorso preferibilmente per gli utenti più complessi, sia dal punto di vista clinico, ovvero della gravità dell’evento acuto, sia dal punto di vista gestionale. Uno studio ha identificato le tre cause principali che scatenano l’utilizzo dei mezzi di contenzione: per primo il rischio di violenza verso terzi (altri utenti, familiari), in secondo caso gli eventi di autolesionismo e per terzo la prevenzione del rischio di fuga (Beghi et al., 2013). In linea di massima sarebbe preferibile ricorrere a mezzi contenitivi in caso di estremo pericolo e solo quando le altre strategie di contenimento del paziente, in immediato pericolo per sé o per gli altri, siano fallite (Di Lorenzo et al., 2014, Hendryx et al., 2009, Soininen et al., 2013, Noda et al., 2013, Knox et al., 2011). Isolamento e contenzione vanno sospese prima possibile; dopo un’ora di isolamento o contenzione, il soggetto deve essere valutato con esame obiettivo, da un medico psichiatra o da un infermiere che abbiano sostenuto adeguato addestramento in materia di contenzione (Soininen, 2014a). Tutti gli utenti hanno il diritto di essere liberi dalla contenzione, sia essa di qualsiasi natura, per cui si dovrebbe scegliere sempre

l'alternativa meno costringente (Bergk, 2010, Knutzen et al., 2014) ed usare la contenzione come ultima scelta terapeutica (Bergk, 2010, Keski-Valkama et al., 2010).

1.3 Legislazione italiana

In Italia, come in altri paesi, la contenzione non è regolata da precise leggi (Di Lorenzo et al., 2014). La contenzione stessa è annoverata come trattamento non terapeutico, e quindi non raccomandato dalla maggior parte dei Dipartimenti di Salute Mentale e in generale considerato comportamento da prevenire. Secondo la legge italiana la contenzione in ambito psichiatrico è ammissibile in caso di Trattamento Sanitario Obbligatorio, sebbene debba riservarsi per situazioni severe, non diversamente gestibili, che possano mettere a rischio la salute del paziente o di terzi, da collocare nello "stato di necessità" così come descritto dall'articolo 54 C.P.² Si ricorda che l'articolo 54 C.P, pur rendendo non punibili interventi effettuati in stato di necessità, non esclude la responsabilità per danno provocati dagli interventi messi in opera. In Italia non esiste un protocollo riconosciuto a livello nazionale che riguardi l'utilizzo delle contenzioni e ne definisca l'utilizzo migliore in ambito clinico e pratico (Beghi et al., 2013). La letteratura non espone un esplicito divieto all'utilizzo della contenzione (Keski-Valkama et al., 2007) e si è osservato che le sole modifiche legislative non sono sufficienti per modificare l'entità del fenomeno e la riduzione dei tassi di contenzione negli ospedali (Keski-Valkama et al., 2010) in quanto molteplici fattori incidono sulla manifestazione di questo fenomeno: non a caso il diverso background storico dei diversi paesi europei ha generato condotte e stereotipi culturali molto diversificati tra loro (Steinert et al., 2014). La questione della contenzione è oggetto di un'approfondita analisi storica ed anche etica e clinico-assistenziale in un documento della Società Italiana di Psichiatria, che è stato diffuso e molto discusso fra gli operatori dei servizi e riprende le problematiche susposte.³

1.4 Pregiudizi

² Articolo 54, Codice Penale: *"Stato di Necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare, sé od altri, dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"*

³ Società Italiana di Psichiatria. (2010). Contenzione Fisica in psichiatria : una strategia possibile di prevenzione.

La letteratura scientifica porta in evidenza gli svariati fattori che incidono sulla manifestazione del fenomeno della contenzione, rimarcando quanto sia allarmante che, nell'arco del tempo l'attitudine verso queste pratiche non si modifichi ma che cambi piuttosto la metodica e i presidi, e la frequenza di utilizzo rimanga invariata (Keski-Valkama et al., 2007). Non pur essendovi evidenze scientifiche a favore dell'utilizzo dei mezzi contenitivi (Wale et al., 2011), emergono convinzioni ed approcci clinici che sottendono l'impossibilità di gestire, secondo i gruppi e le équipes esaminate, gli utenti di servizi psichiatrici senza le contenzioni (Keski-Valkama et al., 2007). La tendenza generale suggerisce che è preferibile tenere le persone fisicamente in sicurezza, piuttosto che puntare sull'equilibrio emozionale e clinico (Goldman, 2008). Bowers (2014) segnala che i conflitti emergono dall'utilizzo della contenzione, che fallisce completamente il suo ruolo preventivo nei confronti di eventi di violenza ed aggressione. Purtroppo non esiste, specie nel nostro paese, una completa e documentata descrizione delle esperienze che gestiscono SPDC senza contenzioni pur essendovi molte realtà che hanno proclamato di lavorare con questa modalità.

CAPITOLO II: QUADRO TEORICO, LA CONTENZIONE E I SUOI EFFETTI

2.1 Materiali e metodi

Il presente elaborato di tesi si pone come obiettivo quello di definire il problema dell'utilizzo della contenzione, i suoi diretti effetti sulla qualità di vita del soggetto, sullo staff e sui familiari e le eventuali strategie di risoluzione suggerite dalla letteratura. Si è volutamente evitato di cercare in modo esclusivo la trattazione sugli aspetti giuridici e di principi del diritto sanitario, per prediligere l'aspetto sia delle evidenze scientifiche che quello pratico inerente all'attività di assistenza sanitaria e le ricadute sulla presa in carico dell'utente da parte dell'équipe che lavora in psichiatria, e particolarmente nei Servizi di Diagnosi e Cura Psichiatrici. Si è, inoltre, tentato di definire come questo tipo di problematica possa essere gestita dall'infermiere e quali fossero gli interventi ad essa relativi.

La ricerca è stata svolta analizzando la letteratura attraverso Internet. Si è consultata la banca dati di PubMed. Le parole chiave utilizzate sono state le seguenti:

-restriction OR seclusion AND mental health

-restriction OR seclusion AND quality of life

- restriction OR seclusion AND nursing

Sono stati selezionati gli scritti non precedenti all'anno 2005, in lingua inglese o italiana, riguardanti pazienti di età adulta (compresa tra i 18 e i 44 anni). Il totale degli articoli reperiti è di 5712, ed in seguito ad analisi degli *abstract* si sono selezionati 980, di cui 34 articoli poi inseriti nella revisione in seguito ad analisi del full text. La maggior parte degli articoli consiste in studi svolti in diversi paesi europei e in città degli Stati Uniti d'America. I pazienti selezionati per la maggior parte degli studi presentavano patologie mentali differenti e nel complesso si sono incluse: schizofrenia, disturbi schizoaffettivi, disturbo bipolare, disturbo di personalità borderline, sociofobia. La maggiorparte degli studi includevano come idonei anche soggetti con comorbidità quali tossicodipendenza, alcolismo e demenza. Tutti gli studi includono soggetti in regime di ricovero o di post-acuzie. Le scale, i test e i questionari utilizzati nei diversi studi sono molto numerosi, a

causa della complessità del problema indagato e della sua capacità di influenzare molti aspetti della vita del soggetto. Le più utilizzate sono le seguenti: *Staff attitude to coercion scale (SACS)*, *Coercion Experience Scale (CES)*, *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS aggression score)*, *24-item Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, *Quality of Life Questionnaire short form(Q-LES-Q-SF)*, *Argus registration Rating in Seclusion (Argus Scale)*, *Quebec Psychological Distress Index*, *Brøset Violence Checklist (BVC)*, *Kennedy Axis V short version*, *Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia (S-QoL)*, *Personal Evaluation of Transitions in Treatment (PETiT)*, *Groningen Social Behaviour Questionnaire (GSBQ-100)*, *WHO Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)*.

2.2 Fattori di rischio

2.2.1 Fattori correlati al paziente

Il gruppo maggiormente soggetto a contenzione mostra prevalenza di disturbi di tipo psicotico o disturbo da dipendenza da sostanza d'abuso (Knurtzen, et al. 2011). Fattori legati ad età, sesso e ceppo sociale sembrano non avere potere di "predittività" nei confronti della contenzione, ma sembra frequente la condizione di ricovero in trattamento sanitario obbligatorio come condizione comune. Da altri studi emerge l'essere genere maschile come fattore a rischio (Knurtzen, et al. 2011, Knutzen et al., 2014), l'essere affetti da schizofrenia (Raboch et al., 2010) o da altri tipi di psicosi (Di Lorenzo et al., 2014, Husum et al., 2010, Steinert et al., 2014), o da ritardo mentale, da disordini organici o da dipendenza da sostanze (Keski-Valkama et al., 2010). Van de Sande et al. (2013) identifica il gruppo a maggior rischio di contenzione come maschi, tra i 18 e i 35 anni, celibe, con disordini di personalità (bipolare) e sintomi produttivi. Correlano positivamente con l'utilizzo della contenzione: l'autolesionismo (De Benedictis, Dumais, Sieu, Mailhot, Létourneau & Tran, 2011), i primi giorni di ospedalizzazione in regime di urgenza, l'iperattività, la presenza di delirio ed allucinazioni, e le ore notturne, esacerbazione della confusione mentale, e per ridotta stimolazione che può provocare agitazione e scatenare l'aggressione (Di Lorenzo et al., 2014, Husum et al., 2010, Berzlanovich, Schöpfer & Keil, 2012). Contrariamente a quanto finora esposto, alcune ricerche hanno fallito nel dimostrare la correlazione diretta di età, razza, etnia e genere nei confronti della contenzione (Smith et al., 2005, Keski-Valkama et al., 2010). Infine, pazienti che hanno già esternato comportamenti violenti tendono a reiterare tali comportamenti (Bowers, 2014).

2.2.2 Fattori correlati al trattamento

Il trattamento farmacologico, in particolare l'uso di farmaci sedativi ai fini di controllare il comportamento sembra portare ad un successivo utilizzo di mezzi contenitivi (Husum et al., 2010). L'uso di farmacoterapia può essere percepito dal paziente come un attacco ingiustificato a livello personale, capace di generare nello stesso sentimenti di rancore che, a modo di feedback negativo, sono in grado di reiterare episodi di aggressività (Whittington, Leitner, Barr, Lancaster & McGuire, 2012). I momenti più critici sono quelli subito successivi all'ammissione e durante gli eventi acuti, ove è maggiore confusione e disorientamento, o quando l'utente non sia noto allo staff (Keski-Valkama et al., 2010).

2.2.3 Fattori correlati ai membri dello staff

Il rapporto che si instaura tra staff e pazienti sembra influenzato da svariate caratteristiche pertinenti ai membri dell'équipe: età, genere, livello di esperienza, proporzione tra staff esperto e staff inesperto, turnover dello staff, attitudine dello staff (Husum et al., 2010). Linsdey (2009) sostiene che infermieri esperti sono meno portati ad utilizzare la contenzione grazie alla messa in pratica di strategie alternative di gestione apprese negli anni di esperienza lavorativa. Lo staff che non conosce il soggetto si manifesta maggiormente predisposto all'utilizzo di misure contenitive; di contro, con la maggiore conoscenza del soggetto si prediligono interventi di de escalation e relazionali, piuttosto che fisici (Whittington, Leitner, Barr, Lancaster & McGuire, 2012). In base allo studio di Bowers (2014) emergono ulteriori fattori capaci di incidere sulla frequenza di utilizzo della contenzione inerenti ai membri dell'équipe, ovvero: i livelli di ansia e frustrazione, capaci di esacerbare i sintomi ansiosi dei pazienti e di minarne l'autocontrollo; sentimenti di rabbia e mortificazione provati dallo staff, che possono alimentare risentimento e rancore nei confronti dei pazienti, oppure scatenare sentimenti di perdita di autostima nel professionista: in entrambi i casi avremmo come conseguenza, l'amplificazione dei comportamenti conflittuali. Fondamentali sono il lavoro di squadra e la compattezza dell'intesa nell'équipe, definite come misura in cui ogni membro è in grado di supportare l'altro nell'atto pratico e a livello l'esternazione di sentimenti e condivisione del fardello e delle fatiche in merito alla gestione di pazienti difficili: si riscontra che un gruppo poco compatto ha più difficoltà nella gestione degli utenti e ricorrerà più facilmente a "scappatoie gestionali" quali la contenzione fisica. Il livello di burn-out sembra essere,

secondo De Benedictis et al. (2011) una variabile considerevole nella dinamica decisionale e gestionale del gruppo di lavoro: la percezione della rabbia e dell'aggressività da parte dei pazienti è direttamente proporzionale alla frequenza di utilizzo delle contenzioni, ovvero, il gruppo che si sente maggiormente minacciato reagirà prioritariamente con mezzi di contenzione fisici; specularmente, chi è soddisfatto della propria professione e dichiara di essere contento delle condizioni di lavoro e del clima in squadra si dimostra essere meno predisposto a percepire sentimenti di rabbia ed aggressività da parte dei pazienti, poiché fiducioso della gestione e dell'adeguato supporto garantito dai colleghi in caso di eventi aggressione. Husum et al. (2010) sostengono che l'attitudine dello staff nei confronti degli utenti non rappresenta un fattore predittivo nell'utilizzo della contenzione, eppure, da uno studio approfondito di Lindsey (2009) di fronte ad un determinato comportamento gli infermieri forniscono svariate interpretazioni dello stesso: dove alcuni leggono un comportamento inerente alla sintomatologia patologica del soggetto, altri possono leggere accuse e invettive contro la propria persona (Bergk et al., 2011), generando una serie di reazioni molto diversificate tra loro. E' possibile che le tradizioni e i fattori culturali e socioculturali siano in grado di influenzare il modus operandi dei membri dell'équipe, che ignorano le evidenze scientifiche ed agiscono secondo il loro sentire soggettivo: emerge, infatti che, nonostante svariate sessioni educative e di formazione sui membri dell'équipe, certe convinzioni errate rimangono invariate (Lai, Chow, Suen & Wong, 2013). Lo staff infermieristico sembra ignorare la *best practice* in merito di contenzione, ne è esempio il dato rilevato da Smith et al. (2005) in cui gli infermieri sostengono, tramite questionario, che la contenzione sia un mezzo capace di calmare il soggetto, senza generare aggressività o sintomi ansiogeni, contingentemente il 70% degli stessi riporta episodi di aggressione direttamente correlati all'apposizione di dispositivi coercitivi. Marginale la segnalazione in merito ai pregiudizi del personale medico, che considera la contenzione farmacologica come la soluzione meno restrittiva nei confronti della persona, ignari delle linee guida internazionali che riducono la contenzione farmacologica allo stesso livello di quella fisica (Lindsey, 2009).

2.2.4 Fattori strutturali

Le caratteristiche fisiche del reparto, le dimensioni dello stesso, il fatto di permanere in una stanza singola o doppia, il sovraffollamento delle unità operativa e l'elevato turnover dei

degenti sembrano fattori in grado di far aumentare il tasso di contenzione all'interno di un reparto (Husum et al., 2010) in particolare è dimostrato che il sovraffollamento incide nell'aumento dei conflitti tra degenti in un ambiente psichiatrico acuto (Di Lorenzo et al., 2014). Unità operative locate in centri urbani hanno un tasso maggiore di contenzione rispetto a reparti situati in aree rurali o minori (Husum et al., 2010) : ciò sembra dipendere dal fatto che i soggetti residenti in centri urbani sembrano avere un numero maggiore di problemi, più frequente abuso di sostanze, o maggiore carenza nella rete sociale di supporto (problemi economici, senza tetto) e quindi maggior correlazione positiva con disturbi di salute mentale, o, semplicemente, dato elevato rapporto popolazione membri dell'équipe, sono meno conosciuti alla stessa équipe.

2.3 Fattori protettivi

Di Lorenzo et al. (2014) identificano come fattore protettivo nei confronti della contenzione il genere femminile poiché meno aggressivo per determinazione genetica e culturale; si riscontrano difatti ricoveri più brevi (Knutzen et al., 2014). Modelli organizzativi che prevedono maggior numero di professionisti e la presenza di tutti i membri dello staff in più ore del giorno sembrano avere minor rischio di utilizzo di contenzioni, per inibizione dei comportamenti aggressivi ed effetto di rinforzo sulla sicurezza percepita dallo staff (Di Lorenzo et al., 2014).

2.4 Rischio di aggressione

L'aggressività è un fenomeno complicato e multifattoriale (Di Lorenzo et al., 2014) che coinvolge direttamente i professionisti operanti in ambito psichiatrico, in modo particolare gli infermieri. Si stima che il 48% dello staff abbia subito un'aggressione almeno una volta nell'arco della propria carriera (Soininen, 2014a). L'aggressività è potenzialmente presente in tutti i disturbi psichiatrici, non è in associazione diretta e univoca con la patologia, ma rappresentazione di tratti della personalità associata a reazioni di frustrazione che sperimentano gli individui inseriti in questi contesti (Di Lorenzo et al., 2014). Frequentemente si associa ad intossicazione alcolica o dipendenza da sostanze psicotrope, ed è altamente associata a quasi tutti i disturbi psichiatrici presi in considerazione da Chaput, Beaulieu, Paradis & Labonté (2011), fatta eccezione per i disturbi a base ansiosa. Il rischio di aggressione sembra esacerbato dall'applicazione della contenzione, come

risultato di un meccanismo a feedback negativo in cui si tenta di contenere un soggetto aggressivo con il risultato di aumentare il suo stesso comportamento violento. Una ricerca in SPDC di Modena ha segnalato che i comportamenti violenti nei reparti di psichiatria sono i più frequenti e i più pericolosi rispetto ad altri contesti medici (Di Lorenzo et al., 2014). Il rischio di aggressione è maggiore tra soggetti con disturbi severi di personalità o psicosi, in particolare se presente comorbidità con dipendenza da sostanze (Knurtzen, et al. 2011) o se ricoverati contro la loro volontà. Questi eventi violenti, inoltre, possono provocare lesioni, alle volte di grado elevato, sia a membri dello staff che a pazienti (Bowers, 2014) soprattutto se coinvolgono un soggetto fisicamente contenuto (Wale et al., 2011). Borwes (2014) precisa che tutti gli eventi conflittuali, siano essi aggressioni, episodi di autolesionismo, di suicidio, tentativi di fuga, abuso di sostanze o di alcol e mancanza di compliance da parte del soggetto, e qualsiasi mezzo contenitivo (come somministrazione farmacologica al bisogno, iniezioni intramuscolari involontarie, isolamento, contenzione fisica, osservazione speciale, ecc) mettono sia lo staff che l'utente a rischio di serio pericolo. Un approccio *evidence based* considererebbe l'aggressività come risultato dell'interazione tra cliente e staff, piuttosto che una caratteristica insita alla personalità o allo stato clinico del paziente (Husum et al., 2010); oppure diretta conseguenza di una deprivazione sensoriale scatenata dalla patologia ed risultante in agitazione ed aggressione fisica (Goldman, 2008). Non si riscontra, infatti, in letteratura, che si generino effetti negativi nella riduzione dell'uso delle contenzioni in senso di aumento di lesioni allo staff o al pubblico in generale (Thuye Dahm et al., 2015) e, tanto meno, dalla modifica dell'approccio culturale e di reparto alla contenzione (Goldman, 2008). Piuttosto la presenza di dispositivi di contenzione è in grado di aumentare statisticamente il tasso di lesione sia per pazienti che per lo staff, sia per lesioni fisiche che psicologiche (Soininen, 2014a).

2.5 Rischi per lo staff

Soininen (2014a) segnala degli effetti psicologici diretti sui membri dello staff derivanti dall'utilizzo della contenzione, ovvero sensazione di umiliazione ed esposizione a rischio di dispendio finanziario per l'istituzione (aumento dei costi di gestione) ed mettersi a rischio di attenzione di tipo legale; vi è anche un interesse di tipo psicologico per i membri

dell'équipe, ovvero la sperimentazione di distress psicologico elevato (40% del campione) e depressione a livello da moderato fino a grave (10% del campione).

2.6 Effetti della contenzione

Vi sono scarse evidenze in merito agli effetti positivi della pratica contenitiva (Keski-Valkama et al., 2007) come anche dal punto di vista della sicurezza, dell'utilità e dell'efficacia terapeutica (Soininen et al., 2014). La letteratura sembra univocamente concorde per quanto riguarda le conseguenze negative fisiche e psichiche alle quali vanno incontro sia i pazienti che i membri dello staff (Di Lorenzo et al., 2014, Lindsey, 2009, Hendryx et al., 2009, Soininen et al., 2013, Van der Schaaf et al., 2013). Bergk et al. (2011) nominano effetti deleteri, soprattutto sugli utenti; il vissuto emozionale dello staff è pesante e capace di generare ingenti effetti collaterali (Chaput et al., 2011).

2.6.1 Vissuto dell'utente

Il vissuto da parte dell'utente è innegabilmente provante a livello emotivo (Chaput et al., 2011) tanto che spesso questi interventi vengono vissuti come "disumani" e "umilianti", generando, di frequente, effetti avversi sia fisici che psichici, che talvolta possono rivelarsi fatali (Knurtzen, et al. 2011) includendo un'aperta ostilità e totale mancanza di collaborazione (Di Lorenzo et al., 2014). Il vissuto si tinge di esperienza traumatica (Berzlanovich, 2012, Van de Sande et al., 2013) e può favorire comportamenti regressivi e dipendenti secondo Di Lorenzo et al. (basti pensare alla non poi così remota esperienza manicomiale) o generare distress psicologico (Lindsey, 2009). L'uso di cinghie, in particolare coinvolgenti l'area del tronco, viene associato a senso di perdita della libertà e dell'autonomia, per totale assenza di controllo sull'ambiente fisico e per mancanza di comfort (Van der Schaaf et al., 2013), peggiora, inoltre, le relazioni sociali del soggetto (Berzlanovich, 2012) generando senso di impotenza (Bergk et al., 2011), colpendo pesantemente l'immagine di sé e l'identità del soggetto, aspetti fondamentali nella proiezione verso la guarigione (Sibitz, Scheutz, Lakeman, Schrank, Schaffer & Amering, 2011). L'insorgere nell'utente di sentimenti di umiliazione, punizione e trauma, costituisce non solo un problema di sicurezza, ma di lesione dei diritti fondamentali dell'uomo e di esperienza soggettiva di tensione; secondo Bergk, Flammera & Stienert, (2010) il soggetto sperimenta una punizione non necessaria, disumana, umiliante, decisamente in contrasto

con una linea di *empowerment*, inteso come opportunità attiva di partecipare alla cura, informazione, supporto, condivisione della responsabilità delle risorse, potere formale e informale del soggetto. Beghi et al. (2013) lo definiscono vero e proprio “maltrattamento”, che colpisce nella dignità e nell’autonomia il soggetto (Noda et al., 2013, Sibitz et al., 2011). L’esperire, sul proprio corpo, l’esercizio di una forza brutale sembra scatenare, a livello inconscio, veri e propri sentimenti di colpa (Noda et al., 2013) in particolare nel caso di donne con trascorsi di abusi sessuali; tali procedure esacerbano le reazioni emotive di tipo traumatico, come ansia, paura e rabbia (Beghi et al., 2013). Questo senso di violazione e di abuso dei diritti personali, associato a restrizione dell’autonomia e della partecipazione alle scelte nel proprio percorso terapeutico si manifestano tramite una costellazione di emozioni quali: senso di non essere preso in carico, di non essere rispettato o ascoltato, di sentirsi svalutato e stigmatizzato (Sibitz et al., 2011). Il soggetto che percepisce la contenzione come punitiva, non necessaria ed, addirittura, pericolosa piuttosto che terapeutica, sarà esposto a senso di vulnerabilità estrema, riportando un segno indelebile nel proprio vissuto; temendo il riproporsi dell’evento contenitivo, si sentono considerati con scetticismo e, implicitamente, tenteranno di modificare il loro comportamento nell’ottica di prevenire una futura riospedalizzazione (Sibitz et al., 2011) generando un ritardo nella ricerca di aiuto sanitario o un totale evitamento dei servizi. Cambierà il loro modo di vedere la vita e le persone, avranno problemi di fiducia, specialmente nei confronti dei medici, minando direttamente la relazione terapeutica e la fiducia del soggetto nei confronti dei servizi di salute mentale. Sibitz et al. (2011) rimarca il forte effetto che la contenzione ha sulla generazione di uno stigma, di un’etichetta, che il soggetto porterà dall’evento contenitivo in avanti, esponendosi a discriminazione all’interno della comunità; frequente è il senso di vergogna, d’insicurezza e l’evoluzione verso un atteggiamento ansioso e diffidente, con effetti negativi e permanenti sull’autostima ed il concetto di sé. Vi sono, però, anche esperienze positive di individui che riconoscono la contenzione come un evento che è stato necessario all’interno della sua presa in carico da parte dei sanitari, e rivedono l’ospedale come un ambiente sicuro, che ha offerto riparo da impulsi violenti contro terzi, tendenze suicide o autolesioniste.

2.6.2 Effetti sulla qualità di vita dell’utente

E' noto che individui affetti da disturbi mentali hanno livelli più bassi di qualità di vita rispetto ai soggetti "sani", per quanto riguarda l'ambito dell'autostima, dell'autosufficienza e della funzione sociale (Soininen et al., 2013). La qualità di vita si sperimenta soggettivamente, ma include anche aspetti oggettivi come efficienza/funzione sociale, condizioni di vita, educazione, lavoro, benessere finanziario; si ritiene quindi di inserire la condizione di contenzione come una variabile capace di incidere pesantemente sulla qualità di vita del soggetto, per compromissione del comfort, senso di inadeguatezza e di non autosufficienza. Le stesse variabili indicate nel paragrafo precedente concorrono a determinare presenza o meno di benessere dell'individuo, e sono tutti indicatori di qualità di vita che, oltre a determinare il "livello di funzionamento ed efficienza" dell'individuo nell'arco della giornata, possono emergere anche dalla dichiarazione stessa del paziente in merito al suo grado di soddisfacimento.

2.6.3 Complicanze potenziali e problematiche cliniche/sanitarie

Si è dimostrato che la contenzione è capace di aumentare il rischio di morbidità e di mortalità (Lai et al., 2013), ed aumenta il rischio di incidenti gravi e di morte, in particolare per i soggetti contenuti che sperimentino una disabilità (Beghi et al., 2013). Soggetti contenuti tendono ad avere durata dell'ospedalizzazione più elevata (fino a 13 giorni), maggiori episodi di ricovero (Smith et al., 2005) e un numero più elevato di ricoveri coatti/involontari (Knurtzen, et al. 2011). Di Lorenzo et al. (2014) suggeriscono la connessione tra presenza di contenzione e insorgenza di danni fisici diretti ed indiretti al soggetto, tra i quali polmonite, trombosi venosa profonda, danno neurologico e nervoso, lesioni ischemiche e morte improvvisa; compaiono in letteratura ulteriori conseguenze cliniche e sanitarie quali l'atrofia muscolare e la capacità di peggiorare le lesioni già esistenti prima dell'evento contenitivo (Berzlanovich, 2012). La contenzione sembra anche gravemente impattante a livello di stressor fisiologici e incide negativamente sulle abilità cognitive. Dallo studio di Berzlanovich (2012) si riportano come conseguenze fisiche: abrasioni cutanee interessanti il petto ed il cavo ascellare, compressione del tessuto sottocutaneo con lesione dei nervi, fratture e morte per asfissia (che emerge dai reperti autoptici come "causa di morte non chiara o innaturale"); lo studio identifica 26 decessi di soggetti contenuti, di cui 22 dovuti unicamente alla presenza della contenzione; i meccanismi di morte riportati sono tre: compressione toracica, strangolamento e

sospensione a testa in giù. In 19 casi su 22 la contenzione si è rivelata esser applicata in maniera scorretta (implicando la condanna per omicidio colposo dei medici responsabili del caso e del primario). L'utilizzo di farmaci allo scopo di contenere un individuo può risultare in pericolosi effetti collaterali (Knox et al., 2011) con effetti contemplabili sia a breve che a lungo termine sul soggetto e sulla relazione medico – paziente. Si segnala, in aggiunta, che i potenziali effetti collaterali della contenzione farmacologica possono essere di grado severo e che vi è totale assenza nella letteratura scientifica, che supporti tale pratica (Soininen, 2014a, Lindsey, 2009).

CAPITOLO III: STRATEGIE DI RISOLUZIONE

Il tasso di utilizzo della contenzione può essere considerato indicatore di complessità assistenziale e gravità clinica del disturbo (Di Lorenzo et al., 2014) e della qualità del trattamento a pazienti in regime di ricovero psichiatrico (Steinert et al., 2009); è necessario attivarsi per ridurre al minimo l'utilizzo della stessa e migliorare la qualità dell'assistenza. Putkonen et al. (2013) riportano che è possibile la riduzione delle contenzioni, senza creare un aumento degli episodi di violenza, poiché, al termine del loro trial il 49.92% delle strutture sono state in grado di abolirne l'utilizzo.

3.1 Prevenzione

Una delle strategie di risoluzione del problema consiste nella capacità di attuare interventi di tipo preventivo, sia prima del ricovero, prevenendolo, che durante la degenza, limitando gli eventi a rischio di utilizzo di contenzione. La letteratura evidenzia che in ambito clinico non vengono utilizzati strumenti in grado di accertare il rischio (Van de Sande et al., 2013), ovvero non si sfruttano strumenti predittivi, capaci di rilevare svariati eventi sentinella che prevedono il ricorso a tecniche di contenzione fisica. Ridurre la frequenza e la gravità degli eventi aggressivi è, evidentemente, un obiettivo fondamentale per i reparti di salute mentale, ma anche per gli utenti e per i dipendenti degli stessi reparti (Bowers, 2014).

3.2 Strategie

3.2.1 Modifica del metodo di lavoro e di approccio al paziente

Lo sviluppo di piani terapeutici individuali con focus sul coinvolgimento del paziente permette di identificare gli eventi "trigger" e i primi segni di allarme di un potenziale comportamento violento: indagare cosa infastidisce il pazienti e discuterne con lo stesso può permettere di prevenire gli eventi violenti e, conseguentemente, ridurre il ricorso alla contenzione (Knutzen et al., 2011, Hendryx et al. 2009). Di Lorenzo et al. (2014) suggeriscono l'indagine delle motivazioni psicologiche di un atteggiamento psicologicamente disturbato, accertando il rischio e le possibili conseguenze per prendere dei provvedimenti terapeutici, allo scopo di proteggere l'incolumità del paziente e di terzi e, contemporaneamente preservare la dignità dell'utente stesso. L'analisi delle dinamiche motivazionali di aggressione e delle interazioni tra pazienti permette, secondo Husum et al.

(2010) di avere un target di intervento e ridurre il ricorso a tecniche di contenzione ed isolamento. Attuazione pratica di suggerimenti sarebbe l'inserimento, nel piano di assistenza individuale dei fattori che favoriscono l'incremento della qualità di vita in base al vissuto del soggetto (attività che si desiderano svolgere, relazioni sociali, emozioni, salute fisica, condizioni di vita) (Soininen et al., 2013). Per avere tali informazioni l'équipe deve prendere confidenza con il paziente, allo scopo di facilitare l'interpretazione del suo stato di comportamento disadattivo e ridurre i comportamenti violenti e gli episodi di agitazione: con approcci non fisici, misure preventive per la gestione delle emergenze ed elementi di terapia cognitivo comportamentale (Keski-Valkama et al., 2010). Utile si è dimostrata l'osservazione giornaliera dei fattori dinamici e dei cambiamenti nei pazienti, per identificare quelli a rischio di contenzione (Van de Sande et al., 2013). In Galles e in Inghilterra si sono formate delle squadre di controllo (*response team*, Smith et al., 2005) delle contenzioni che formano con tecniche standardizzate lo staff e insegnano tecniche sicure di contenzione (Steinert et al., 2009). Si suggerisce la redazione di un piano di gestione dell'evento critico per la valutazione del comportamento aggressivo e momenti di *counselling* ed educazione per lo staff; l'utilizzo di strumenti come il *risk assessment*, *crisis resolution team*, programmi per i ricoveri non volontari, accordi scritti stilati con il paziente, inclusi booklet che espongono le opzioni di trattamento disponibili (Thuye Dahm et al., 2015). Wale et al. (2013) consigliano consulenze e riunioni specifiche per il personale in servizio, che offrano l'opportunità di un immediato feedback da parte degli esperti, in merito a problematiche prettamente relative al determinato reparto allo scopo preciso di ridurre l'uso dei mezzi contenitivi.

3.2.2 Strategie relazionali

Migliorare gli aspetti relazionali tra utenti e staff permette di ridurre gli episodi di aggressione e, conseguentemente, la necessità di ricorrere a strumenti contenitivi (Di Lorenzo et al., 2014); l'autoregolazione e l'utilizzo di tecniche di de-escalation (risoluzione dei conflitti e dei comportamenti violenti, Hendryx et al., 2009), contribuiscono ad una migliore collaborazione e favorisce il coinvolgimento del paziente nel processo di cura, facilitandone la riabilitazione (Thuye Dahm et al., 2015). La letteratura scientifica suggerisce caldamente la formazione del personale per prevenire gli eventi violenti, comprendendo quando il comportamento può diventare un pericolo

imminente (Linsdey, 2009). Gli eventi formativi dovrebbero riguardare la gestione degli episodi di aggressione e le tecniche di de-escalation, con allenamento a riconoscere i primi segnali e la creazione di un ambiente terapeutico (Steinert et al., 2014, Noda et al., 2013, Smith et al., 2005, Berzlanovich, 2012) allo scopo di calmare il paziente agitato e guadagnare la sua collaborazione nella valutazione e nel trattamento dell'agitazione stessa (Soininen, 2014 a). Uno studio ha dimostrato che la semplice riduzione dell'applicazione delle contenzioni ha esposto i membri dello staff a maggior rischio di lesioni e di aggressioni, perché non vi è stato alcun training specifico per gli stessi (Soininen, 2014a). I training formativi (in forma di *role play* e *case study*, Linsdey, 2009) sono altamente raccomandati dalle linee guida e permettono un progressivo miglioramento nella gestione e nella presa in carico del soggetto se praticati routinariamente (Steinert et al., 2014).

3.2.3 *Empowerment del personale sanitario*

Aumentare l'*empowerment* del personale infermieristico e medico permette, secondo Putkonen et al. (2013) una migliore gestione dei casi clinici, la riduzione del senso di alienazione e di burn-out; conseguentemente avremo approcci meno premurosi e privi di un coinvolgimento emotivo eccessivo e disfunzionale, a favore di una maggiore conoscenza del paziente (Whittington et al., 2012). Si è dimostrato che in seguito ad un episodio di violenza gestito correttamente, lo staff sperimenta un aumento della confidenza e senso di abilità che, in seguito, permette, tramite meccanismo a feedback positivo, la riduzione della tendenza a percepire come personalmente minacciosi e pericolosi futuri episodi di comportamento disturbato. De Benedictis et al. (2011) sostengono che assistenti con un approccio positivo ai pazienti hanno meno difficoltà e meno dispendio in tempo nella gestione degli eventi critici, poiché in grado di controllare le proprie reazioni emotive e di cercare la collaborazione con l'utente; allo stesso tempo è fondamentale la collaborazione con i colleghi ed emerge che maggiore è la percezione di aggressività e rabbia nei colleghi, maggiori sono gli eventi violenti che si possono scatenare tra équipe ed utenti, alterando i livelli di sicurezza dell'ambiente di lavoro. Un'adeguata gestione della rabbia e degli eventi violenti da parte dei membri dello staff favorisce il senso di sicurezza ed aiuta a trovare un equilibrio tra interventi terapeutici e bisogno di supervisione dei pazienti stessi. Considerare l'aggressione parte del disturbo mentale aiuta a ridurre l'ansia del personale e a gestire l'evento con maggior tolleranza; tutto dipende da variabili di

organizzazione e di clima di lavoro, piuttosto che da variabili dipendenti da pazienti. Maggiori tassi di percezione dell'ostilità sono direttamente proporzionali alla frequenza dell'uso di contenzioni. Il training, con frequenza minima annuale, dovrebbe concentrarsi sull'incrementare la consapevolezza delle dinamiche che conducono ad eventi di agitazione e di aggressione, consigliando meno interventi contenitivi e reazioni sicure all'agito violento del paziente (Soininen, 2014 a). Altre strategie vincenti potrebbero essere: l'identificazione dei soggetti tra lo staff che abbiano migliori capacità relazionali e siano i più efficaci nell'interazione con gli utenti (Bergk,2010, Hendryx et al., 2009), aumento dei momenti di interazione tra staff ed utenti, creazione di momenti di revisione degli episodi di contenzione ed isolamento per identificare strategie di riduzione o risoluzione a posteriori (Hendryx et al., 2009, Steinert et al., 2009). Non da meno è la preparazione tecnica e la confidenza con i dispositivi di contenzione, si rende necessario l'addestramento adeguato del personale in norme di utilizzo e sicurezza e l'uso di telecamere, compatibilmente con le normative in materia di privacy, per monitorare l'ambiente e da usare come revisione dei casi clinici (Soininen, 2014a). E' auspicabile un dialogo più genuino tra staff, pazienti e familiari, per prevenire o trovare alternative all'uso di contenzione (Soininen et al., 2013) in una dinamica di collaborazione e comunicazione.

3.2.4 Strategie di tipo logistico ed ambientale

Non da sottovalutare è l'impatto che l'ambiente può avere sullo stato di salute del soggetto, sul suo livello di ansia e le sue capacità di orientamento nello spazio; gli interventi sugli aspetti logistici ed estetici degli ambienti di reparto sono in grado di ridurre la tensione e gli stati ansiosi tra gli utenti, riducendo ampiamente i fenomeni di contrasto e gli eventi aggressivi, con diretta conseguenza di minor necessità di strumenti contenitivi. Generare un'atmosfera di reparto positiva, caratterizzata da bassi livelli di rabbia e aggressioni, ed alti livelli di prevedibilità riducono gli incidenti in ambito psichiatrico (Knutzen et al., 2014); l'atmosfera dovrebbe essere familiare e positiva (Van der Schaaf et al., 2013), le regole agevoli e non rigide (Hendryx et al., 2009) e dovrebbero essere sfruttati i principi di design ambientale, esattamente come avviene in ambito di presa in carico del soggetto con demenza. In primo luogo, secondo Van der Schaaf et al. (2013) esporre i soggetti ad elementi naturali come in giardino, permette di avere un effetto positivo, promuovendo il

benessere psicologico, il comfort, il recupero dalla fatica e riducendo lo stress e alcuni problemi comportamentali. In secondo luogo è fondamentale la garanzia della privacy e dell'autonomia dell'individuo, permettendo di ritagliarsi uno spazio privato in modo da aumentarne l'autonomia, il senso di identità e di normalità permettendo un controllo territoriale e la capacità di gestione delle proprie relazioni sociali. Ambienti più curati suggeriscono una migliore presa in carico, maggior comfort e maggiore rispetto nei confronti degli utenti; se possibile, si consiglia di modificabile l'ambiente di reparto in base alle richieste del paziente per quanto riguarda arredi e scelte cromatiche (Bowers, 2014). Ove la contenzione si dimostri necessaria e non differibile, è indispensabile garantire la corretta applicazione ed un comfort adeguato (Bergk, 2010).

3.2.5 Strategie sul paziente

Sebbene sia sempre stata discussa l'adeguatezza della competenza del paziente di salute mentale in merito al proprio piano di cura, molti studi hanno dimostrato che, pazienti con malattie mentali gravi, in uno stato di stabilità emotiva, sono completamente in grado di prendere parte al processo di consenso informato (Soininen, 2014a). Storicamente, infatti, le persone affette da disturbi mentali e i loro familiari non sono mai stati coinvolti nel processo decisionale dei servizi di salute mentale, e sono stati a rischio di esclusione sociale e discriminazione (OMS). I pazienti dovrebbero essere in grado di poter esprimere la preferenza, sotto forma di dichiarazione preliminare, in modo da far coincidere i desideri del cliente con le pratiche di gestione (Steinert et al., 2014): lo staff quindi, collaborerebbe con il soggetto per determinare i segni premonitori di un evento di aggressività o di comportamento disturbato (Knutzen et al., 2014). Il soggetto sarà maggiormente predisposto a riacquistare il senso di controllo e a visualizzare l'intervento come meno opprimente e costrittivo. L'équipe lavorerà quindi sul senso di autosufficienza (*self efficacy*) (Whittington et al., 2012), focalizzando su qualsiasi misura utile per ridurre il senso di ansia e paura (Bergk et al., 2011) e per sviluppare l'*empowerment* del soggetto inteso come il progressivo prendere controllo e responsabilità della propria vita, acquistando *self reliance*, partecipazione nelle decisioni, dignità e rispetto, senso di appartenenza e di contribuire alla società in quanto individuo (Soininen, 2014 a; OMS). Si è notato, ad esempio, che più i pazienti diventavano coinvolti in attività più decise e coinvolgenti nell'arco del giorno e nelle ore serali, più il modello del sonno migliorava e si

riducevano gli episodi disturbi comportamentali durante la notte (Smith et al., 2005). Bowers (2014) consiglia di concentrarsi sulla riduzione dell'ansia e dei sentimenti d'insicurezza, che se non modificati conducono a comportamenti difensivi e di coping disadattativo: il permanere della stessa ansia può esacerbare sintomi psichiatrici produttivi, che reiterano gli stessi comportamenti disadattativi e difensivi, sfociando in gestioni problematiche. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata per le relazioni familiari ed amicali intrattenute dal cliente, alcune di queste si possono dimostrare estremamente stressanti e controproducenti: è utile permettere il mantenimento di una rete sociale ed amicale tramite visite o altri mezzi (telefonici, email) ma premurandosi di preservare il soggetto qualora si identifichino delle difficoltà relazionali. Indispensabile è la privacy, da garantire in quanto il soggetto delle cure è un individuo libero, con dei diritti che devono essere garantiti. Allo stesso modo è utile permettere l'allontanamento del soggetto dal reparto, quando richiesto, garantendo una supervisione costante (Soininen, 2014 a); in alcuni casi questo potrebbe rivelarsi un fattore a favore della qualità di vita del paziente (Soininen et al., 2013).

3.2.6 Strategie Infermieristiche

Tra le strategie attuabili dallo staff infermieristico vi è la necessità di guadagnare la fiducia del soggetto (Knurtzen, et al. 2011), allo scopo di instaurare una relazione terapeutica che porti vantaggi ad entrambi gli attori del caso. Si potrebbe rendere necessaria la modifica di alcuni comportamenti dello staff per offrire buona supervisione, a cominciare dai controlli di routine fino a dare una vigilanza premurosa ma scrupolosa: questo richiede che lo staff sia interessato ai pazienti, osservandoli, attivandosi in risposta ad indicatori di stress, notando la loro assenza, e con costante approccio assertivo (Bowers, 2014). Indiscutibile è il ruolo dell'infermiere in merito ai monitoraggi da attuare nei vari momenti della degenza del soggetto: nelle prime ore del ricovero (Van de Sande et al., 2013), in caso di somministrazione di terapia farmacologica per prevenire le complicanze e accertare la risposta al farmaco (Soininen, 2014 a), durante isolamento e contenzione (Noda et al., 2013). In generale si suggerisce un monitoraggio continuo (Berzlanovich, 2012, Keski-Valkama et al., 2010, Van de Sande et al., 2013) per il quale si rendono necessari degli strumenti di accertamento, poiché è emerso che gli infermieri interpretano in modo svariato il comportamento aggressivo (Linsley, 2009). L'infermiere dovrebbe prendere

nota dei desideri e delle opinioni del cliente in merito a trattamento e pianificazione delle cure, dichiarando gli interventi che verranno presi e riportando gli eventi che potrebbero mettere a rischio di lesioni il soggetto stesso o terzi individui (Soininen et al., 2013). La letteratura suggerisce svariati strumenti che facilitino il *decision making*, tra cui l'algoritmo suggerito da Linsdey (2009), che permette di ricorrere a svariate soluzioni, prima di scegliere l'intervento contenitivo a livello fisico. Ruolo fondamentale svolge la formazione, con manuali d'istruzioni, *study case scenario*, moduli *e-learning*, training con vignette, l'utilizzo delle scale di valutazione (Van de Sande et al., 2013, Beghi et al., 2013). L'infermiere deve garantire un'assistenza basata sull'evidenza, che aspira alla più alta qualità, utilizzando le migliori evidenze scientifiche nella pratica (Soininen, 2014a). Linsdey suggerisce di concentrarsi sull'empowerment dell'infermiere dandogli possibilità di prendere decisioni nel momento in cui si dimostri necessario aggirando la prescrizione di contenzione; più importante sembra invece lavorare sul *coping* dell'infermiere, limitando sentimenti negativi, atteggiamenti di controllo estremo, coercitivi o francamente ostili per evitare l'utilizzo della contenzione a scopo punitivo (Whittington et al., 2012). Di Lorenzo et al. (2014) sottolineano altre implicazioni sanitarie quali il costante monitoraggio da parte infermieristica ogni mezz'ora, con richiesta di rivalutazione medica oraria; l'aggiornamento e la corretta compilazione della cartella sanitaria e del registro di contenzione, se presente, inclusi data, orario, durata della contenzione, motivazione, firma del medico prescrittore e dell'infermiere coinvolto; la prescrizione di supporto psicologico e la richiesta, se necessaria, di supporto farmacologico.

3.2.7 Strategie sulla rete esterna al SPDC

L'esperienza dei soggetti contenuti e la loro percezione del trattamento e della qualità di vita sono un problema centrale nella promozione e sviluppo d'interventi di salute mentale che siano efficaci e comprensivi (Soininen, 2014 a). L'OMS segnala che studi sulla percezione della contenzione da parte del soggetto risalgono agli anni '70, ma che tuttora sono necessari ulteriori studi e modifiche poiché i livelli raggiunti sono scarsi. Si renderanno necessarie leggi più severe (Di Lorenzo et al., 2014), programmi speciali di supporto sociale per i soggetti, allo scopo di ridurre il rischio di futura riospedalizzazione (Hendryx et al., 2009) e programmi a livello nazionale (Whittington et al, 2012). Cambiare la legge in senso più severo e restrittivo ha avuto un impatto positivo riducendo

sensibilmente l'uso della contenzione, ma, come Keski-Valkama et al. (2007) hanno riscontrato, non ha modificato il rischio di venire contenuti in ospedale psichiatrico. Fino ad allora alcuni interventi si rendono ancora possibili se attuati sulla rete di supporto sociale dell'utente e sulla rete di servizi esterna ai presidi ospedalieri: gli utenti devono avere la possibilità di parlare con la famiglia, gli amici, i professionisti in merito all'esperienza vissuta dopo la dimissione, e sfruttare gruppi terapeutici o di auto aiuto (Sibitz et al., 2011); parallelamente si rende necessario l'incremento dei servizi offerti ai pazienti nella rete esterna e domiciliare per ridurre la necessità di ricorso a ricovero ospedaliero e non esporre il soggetto a rischio di contenzione (Soininen et al., 2013). S'ipotizza, inoltre, l'utilizzo di strumenti di screening in concomitanza della dimissione, per prevenire disturbi correlati ad eventi traumatici quali l'esposizione alla contenzione fisica (Bergk, 2010). Il miglioramento della qualità di vita dovrebbe essere un obiettivo per la salute mentale, sia a livello domiciliare che a livello di utenza ospedaliera.

CAPITOLO IV: IMPLICAZIONI PER LA FIGURA DELL'INFERMIERE

4.1 Ruolo dell'infermiere e possibili interventi

Spesso membri dello staff e gli stessi medici psichiatri si dimostrano riluttanti a fare proposte in merito a uso e rimozione delle contenzioni, poiché considerato stretto dominio della pratica infermieristica (Lai et al., 2013). Vi è quindi un ambito di competenze e di attività che riguardano specificatamente l'infermiere. In prima istanza l'infermiere ha un ruolo centrale al momento della presa in carico del nuovo utente: di sua competenza sono i primi accertamenti sullo stato di salute del soggetto e la raccolta dei dati utili e necessari ad una presa in carico ottimale. Secondariamente, si affianca agli altri professionisti e vi collabora nell'*empowerment* del soggetto, lavorando sullo sviluppo di un'autostima salda e sul senso di competenza personale: l'infermiere è chiamato a coinvolgere il soggetto in quanto protagonista del proprio processo di cura, informandolo adeguatamente, in linea con il piano di assistenza, e permettendogli di prendere delle decisioni; lo scopo è quello di instaurare una relazione terapeutica, basata sul senso di fiducia, sul consenso informato e sul progressivo miglioramento del soggetto. L'infermiere svolgerà un ruolo di accoglienza ed ascolto fondamentale, che si integrerà con quello svolto dagli altri professionisti. E' chiamato ad effettuare controlli e monitoraggi in tempi molto ristretti, e ciò lo qualifica come il professionista deputato a cogliere i primi segni di modifica del comportamento o di evoluzione comportamentale in senso aggressivo/violento; questo permetterebbe di allertare l'équipe multidisciplinare e attivare una cascata di interventi che puntano alla selezione di strategie alternative alla contenzione. L'infermiere svolge un ruolo specifico di supervisione clinica nella somministrazione dei farmaci in quanto responsabile della verifica di corretta assunzione della terapia, del suo effetto e di eventuali effetti collaterali, e nel monitoraggio dei sintomi in remissione o di nuova insorgenza. E' auspicabile che l'infermiere lavori sulle strategie di *coping* del soggetto, modificando quelle inefficaci come l'evitamento o l'isolamento verso un coping attivo ed efficace⁴. Questi interventi sono attuabili sia in relazione terapeutica duale, che con gruppi di persone che condividono lo stesso problema: si apre quindi una dimensione preventiva del problema dell'utilizzo della contenzione, che potrebbe essere sviluppato e gestito all'esterno dei presidi

4 Carpenito-Moyet, L.J. 2006 Diagnosi infermieristiche

ospedalieri, ritagliando un ruolo nuovo per l'infermiere come formatore ed educatore. E' fondamentale presentare diverse alternative al soggetto, rendendolo protagonista del suo percorso di cura, promuovendone l'autonomia e decrementando il senso di passività e dipendenza.⁴ In fine si ricorda il codice deontologico dell'infermiere nel cui articolo 5 si ricorda che *“il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica”*, tra cui il diritto alla libertà, alla sicurezza, di uguaglianza sociale e di benessere; nell'articolo 30 invece, vi è clausola vincolante a livello deontologico ed etico per il professionista in quanto *“l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”*.

4.2 Conclusioni

Nonostante il fatto che la contenzione sia ritenuta “inevitabile” e considerata uno strumento di controllo per gestire situazioni di aggressività, la letteratura evidenzia come sia invece un problema e non una soluzione. Molto può essere fatto per ridurre il fenomeno della contenzione fisica in ambito ospedaliero, specie relativamente all'ambito psichiatrico. La letteratura evidenzia svariate strategie che mirano al potenziamento del soggetto e del personale sanitario, per migliorare l'organizzazione del servizio, applicare adeguati strumenti relazionali e valorizzare il clima terapeutico. È indispensabile il coinvolgimento di tutta l'istituzione, allo scopo di attuare un cambiamento strutturale di carattere culturale e deontologico: la letteratura si focalizza su strategie gestionali, iniziative di educazione e formazione, relazionali, logistiche ed ambientali, sulla rete esterna al presidio ospedaliero. Per quel che riguarda il ruolo dell'infermiere nell'ambito di salute mentale i professionisti sono chiamati a lavorare in équipe multidisciplinare, per poter assistere pienamente la persona nel suo essere fisico, psichico e sociale: l'infermiere ha il dovere di collaborare con i membri dell'équipe ed è in grado di attuare degli interventi capaci di prevenire sensibilmente il problema. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nell'accoglienza e nell'ascolto della persona, è figura centrale nel monitoraggio olistico del soggetto e può, inoltre, avere funzione di educatore sia in ambito ospedaliero che territoriale, capace di rivolgersi sia al singolo che ai gruppi, sia al soggetto delle cure che alla sua famiglia e rete sociale.

BIBLIOGRAFIA

Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., Cornaggia, C. M. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di psichiatria*,_48(1): 10-22.

Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E., Steinart, T. (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatry services*,_62: 1310-1317.

Bergk, J., Flammer, E., Steinert, T. (2010). “Coercion experience scale” (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC psychiatry*,_10: 5.

Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., Keil, W. (2012). Death due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*,_109: 3.

Bowers, L. (2014). Safewords: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*,_21: 499-508.

Chaput, Y., Beaulieu, L., Paradis, M., Labonté, E. (2011). Aggressive behaviors in the psychiatric emergency service. *Open access emergency medicine*,_3: 13-20.

De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. M. (2011). Staff perception and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric services*,_62: 484-491.

Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V., Ferri, P. (2014). Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clinical practice & epidemiology in mental health*,_10: 94.102.

Goldman, B. D. (2008). Commentary: barriers to a sustained restraint-free environment. *Journal of aging & social policy*,_20: 3.

Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R., Roll, J. (2009). The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. *The journal of behavioral health services & research*,_32: 2.

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC health services research*, *10*: 89.

Lai, C., Chow, S., Suen, L., Wong, I. (2013). Reducion of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial. *Asian journal of gerontology & geriatrics*, *8*: 1.

Keski-Valkama, A., Salias, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J., Kaltiala-Heino, R. (2010). Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. . *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *45*: 1087-1093.

Keski-Valkama, A., Salias, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J., Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation in not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *42*: 747-752.

Knox, D. K., Holloman, G. H. (2011). Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *Westenr journal of emergency medicine*, *13*: 1.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S. et al. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint- A register study in the Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatric research*, *215*: 127-133.

Knurtzen, M., Mjosund, N. H., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Opjordsmoen, S., Sandvik, L. et al. (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric services*, *62*: 5.

Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses' decision to restrain. The association between empowerment and individual factors. *Journal of psychosocial nursing*, *47*: 9.

- Noda, T., Sugiyama, N., Sato, M., Ito, H., Salias, E., Putkonen, H. et al. (2013). Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *67*: 405-411.
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Loutheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O., Kautiainen, H. et al. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric services*, *64*: 9.
- Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A. et al. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric services*, *61*: 1012-1017.
- Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M., Amering, M. (2011). Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *The british journal of psychiatry*, *199*: 239-244.
- Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H., Altenor, A., Hardentstine, B. D. et al. (2005). Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric services*, *56*: 2.
- Soininen, P. (2014a). Coercion, perceived care and quality of life among patients in psychiatric hospitals. *International journal of mental health systems*, *7*: 2.
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkelia, J., Välimäki, M. (2014b). Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC psychiatry*, *14*: 162.
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkelia, J., Puukka, P., Pitkänen, A. et al. (2013). Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?. *International journal of mental health systems*, *7*: 28.
- Steinert, T., Noorthoorn, E. O., Mudler, C. L. (2014). The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in public health*, *2*: 141.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W. et al. (2009). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and

survey of international trends. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*,_45(9): 889-897.

Suryani, L. K., Lesmana, C. B. J., Tiliopoulos, N. (2011). Treating the untreated: applying a community-based, culturally sensitive psychiatric intervention to confined and physically restrained mentally ill individuals in Bali, Indonesia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*,_261(2): S140-S144.

Thuve Dahm, K., Odgaard-Jensen, J., Husum, T. L., Leiknes, K. A. (2015). Interventions for reducing coercion in mental health for adults: a systematic review and the impact of updating. *Journal of brain sciences*,_1(1): 1-23.

Van de Sande, R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., Van der Staak, C., Mulder, C. L. et al. (2013). Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *International journal of mental health nursing*,_22(6): 475-484.

Van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., Noorthoorn E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The british journal of psychiatry*,_202: 142-149.

Wale, B. J., Belkin, G. S., Moon, R. (2011). Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient- centered care. *The permanente journal*,_15(2): 57-62.

Whittington, R., Leitner, M., Barr, W., Lancaster, G., McGuire, J. (2012). Longitudinal trends in usic physical interventions to manage aggression and self-harm in mental health services. *Psychiatry services*,_63: 488-492.