



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**AGGRESSIVITÀ E CONTENZIONE IN SPDC:  
GESTIONE INFERMIERISTICA E STRATEGIE ALTERNATIVE**

**Relatrice:** Dott.ssa Gianni Claudia

**Laureanda:** Lanza Giulia

**Matricola:** 2010457

Anno accademico: 2022 – 2023



## ABSTRACT

**Introduzione:** La contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura rappresenta una soluzione estrema nell'assistenza al paziente aggressivo; viene praticata principalmente per garantire la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario stesso. Nonostante ciò, il loro uso è sempre stato considerato controverso, sollevando implicazioni etiche, legali e deontologiche nel tempo. Inoltre, la contenzione può causare effetti psico-sociali negativi sia al paziente sia al personale di reparto, come una riduzione dell'autostima o un aumento di ansia e stress. Per questo motivo, prima di intraprendere la via della coercizione, devono essere considerate le possibili strategie alternative esistenti al fine di assicurare un'assistenza adeguata, la quale potrebbe ridurre essa stessa frequenti episodi di contenzione.

**Obiettivi:** L'elaborato si pone lo scopo di individuare quali possibili strategie alternative alla pratica contenitiva possono essere messe in atto in ambito psichiatrico, in particolar modo all'interno dell'SPDC, per prevenire e gestire gli eventi aggressivi. L'ipotesi è che l'utilizzo di strategie alternative alla contenzione possano aiutare il personale sanitario ad assistere i pazienti psichiatrici nel miglior modo possibile, con l'obiettivo finale di ridurre e prevenire il rischio di comportamenti aggressivi che possono portare a conseguenze dannose sia agli operatori sanitari, sia ai pazienti stessi.

**Materiali e metodi:** Questo elaborato è stato condotto attraverso una revisione della letteratura scientifica sull'argomento in questione, sono stati selezionati articoli scientifici pubblicati negli ultimi dieci anni e pertinenti al tema preso in discussione, identificando la rilevanza del problema. La ricerca è stata condotta nel periodo di tempo compreso tra aprile e settembre 2023. Il materiale raccolto è stato reperito principalmente dalla banca dati di tipo biomedico *PubMed* ed è perlopiù in lingua inglese.

**Risultati:** Da quanto emerso dalla ricerca, si è dimostrato che l'implementazione di strategie alternative alla contenzione possono ridurre in maniera significativa agiti aggressivi e interventi coercitivi. Gli interventi individuati sono stati categorizzati in

interventi semplici come formazione del personale, tecniche di de-escalation, modifiche ambientali e interventi complessi (composti da più strategie) come programmi complessi di minimizzazione, quali: *Six Core Strategies*, *Restrain Yourself* e *Safewards*. Implementando tecniche meno coercitive, la relazione terapeutica tra infermiere e paziente ha maggior possibilità di rafforzarsi, a patto che il personale deve essere adeguatamente formato al fine di garantire la migliore assistenza.

**Conclusioni:** In conclusione, si riconosce la necessità di ridurre l'utilizzo di misure coercitive, in quanto possono avere conseguenze negative sullo stato di salute del paziente psichiatrico, nonché sul personale sanitario coinvolto. A favore di questo, sono disponibili strategie e interventi alternativi che si sono dimostrati efficaci nel ridurre eventi di restrizione e di comportamento aggressivo. Inoltre, è fondamentale che gli operatori sanitari siano adeguatamente formati e informati su come gestire questi episodi in modo sicuro e rispettoso dei diritti del paziente.

**Keywords:** *aggression, restraint, prevention, negative effect, alternative strategies*

# INDICE

## ABSTRACT

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 – IL PAZIENTE AGGRESSIVO.....</b>	<b>3</b>
1.1 Definizioni e tipologie di aggressività.....	3
1.2 Aggressività e malattia mentale.....	5
1.3 Fattori di rischio.....	7
1.4 Il ciclo dell'aggressione.....	8
1.4.1 Tecniche di de-escalation.....	10
1.5 Valutare e prevenire il comportamento aggressivo.....	12
1.5.1 Scale di valutazione dell'aggressività.....	12
1.5.2 Misure preventive di aggressione e violenza.....	15
<b>CAPITOLO 2 – LE CONTENZIONI.....</b>	<b>17</b>
2.1 Definizioni, tipologie e classificazione.....	17
2.2 Aspetti etici, giuridici e deontologici.....	19
2.3 Indicazioni all'utilizzo clinico.....	23
2.4 Gestione infermieristica del paziente sottoposto a contenzione meccanica.....	25
2.4.1 Effetti negativi della contenzione.....	26
<b>CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI.....</b>	<b>29</b>
3.1 Obiettivo di ricerca.....	29
3.2 Quesiti di ricerca.....	29
3.3 Ricerca e selezione della letteratura.....	29
<b>CAPITOLO 4 – RISULTATI.....</b>	<b>33</b>
4.1 Analisi dei risultati.....	33
4.1.1 Formazione del personale e tecniche di de-escalation.....	33

4.1.2	Modifiche ambientali.....	35
4.1.3	Progetti complessi di minimizzazione.....	36

**CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....41**

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

**ALLEGATI**

## **INTRODUZIONE**

L'aggressività e le contenzioni rappresentano sfide significative nel contesto della gestione infermieristica delle persone affette da disturbi mentali. La comprensione dei fattori associati all'aggressività, l'identificazione di strategie di prevenzione e la gestione efficace delle contenzioni sono temi di grande rilevanza per garantire la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario. La presente tesi si propone di esplorare approfonditamente l'aggressività nei pazienti con disturbi mentali, ad esempio i legami tra aggressività e malattia mentale, evidenziando come tali condizioni possano interagire e influenzarsi reciprocamente. Inoltre, sono stati esaminati i fattori di rischio che possono contribuire all'aumento dell'aggressività e all'innescare del ciclo dell'aggressione che può essere interrotto attraverso l'uso di tecniche di de-escalation, utilizzate per prevenire e gestire situazioni di crisi ed episodi coercitivi.

Durante le diverse esperienze di tirocinio che ho vissuto in questi tre anni, mi sono imbattuta più volte nell'implementazione di misure restrittive, non solo in SPDC ma anche in altri reparti. Il mio ultimo tirocinio è stato proprio in Psichiatria ed è stato questo ad essere determinante per la mia ricerca, in quanto ho avuto la possibilità di vivere ogni aspetto dell'assistenza psichiatrica, notando soprattutto l'efficacia di alcune strategie alternative identificate nel mio elaborato, quali valutazione del rischio, formazione del personale e utilizzo di tecniche di de-escalation; non solo si sono dimostrate valide nel ridurre aggressività e contenzione ma sono state fondamentali per rinforzare la relazione terapeutica con i pazienti.

Negli ultimi decenni, il tema della contenzione fisica dei pazienti psichiatrici è diventato oggetto di crescente attenzione e dibattito. La pratica della contenzione sebbene utilizzata in contesti psichiatrici e non solo, per proteggere i pazienti e il personale sanitario, solleva preoccupazioni etici, giuridici e deontologici e può avere effetti negativi sulla salute e il benessere del paziente stesso. Alla luce di queste problematiche, si è reso necessario identificare alternative efficaci alla contenzione fisica, al fine di garantire una migliore qualità dell'assistenza psichiatrica e una maggiore tutela dei diritti dei pazienti.

Il presente studio mira per l'appunto ad indagare l'efficacia di diverse strategie alternative alla contenzione fisica, concentrandosi sull'aggressività dei pazienti in

reparti psichiatrici con l'obiettivo finale di fornire raccomandazioni basate sull'evidenza per favorire l'adozione di alternative alla coercizione, promuovendo così un approccio più umano ed efficace nella gestione delle crisi in ambito psichiatrico. Attraverso questa revisione, si auspica di contribuire alla comprensione dell'aggressività nei pazienti con disturbi mentali e di fornire una panoramica chiara e dettagliata sulle contenzioni come strategia infermieristica. Allo stesso tempo, si mira a promuovere l'adozione di strategie alternative, che possano garantire la sicurezza dei pazienti e favorire una gestione più umana e rispettosa delle persone affette da disturbi mentali.



## CAPITOLO 1 – IL PAZIENTE AGGRESSIVO

Nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, il comportamento aggressivo mostrato dai pazienti è comune e problematico perché può portare a gravi conseguenze non solo per i pazienti stessi ma anche per il personale dedicato. Comprendere i fattori associati allo sviluppo dell'aggressività offre possibilità di prevenzione e interventi mirati.

### 1.1 Definizioni e tipologie di aggressività

Prima di intraprendere qualsiasi discussione sull'eziologia e sul trattamento dell'aggressività, è importante definire chiaramente cosa si intende per aggressività.

Il termine aggressività può assumere molteplici significati, in base al contesto in cui esso viene utilizzato; l'etimologia stessa lo dimostra: aggressività deriva dal latino *ad* = "verso, contro, allo scopo di", e *gradior* = "vado, procedo, avanzo". Può essere quindi intesa come la funzione di muovere il soggetto in direzione di una meta, con un obiettivo ben preciso o un desiderio che deve essere soddisfatto. (Treccani, 2010)

Nel corso degli anni si sono definite un'accezione positiva e una negativa dell'aggressività. (Liu, 2004; Olupona et al., 2017)

Già nel 1973, con *The anatomy of human destructiveness*, E. Fromm ha tentato di analizzare le componenti comprese nel concetto di aggressività: ha definito aggressione 'benigna', biologicamente adattativa e utile alla vita, e 'maligna', non adattativa. La prima rappresenta una reazione a minacce contro bisogni di prima necessità, è comune a uomini e animali, non è spontanea e mira a eliminare il pericolo. L'aggressione maligna, fa parte solo degli uomini, non deriva dall'istinto animale, ed è rappresentata dall'interazione dell'ambito sociale con i bisogni esistenziali dell'uomo. (Treccani on line, Roma, Istituto dell'Enciclopedia Italiana)

Durante la ricerca, sono state trovate diverse interpretazioni dell'aggressività, spesso confusa con agitazione e violenza.

L'agitazione è definita nel DSM-5 come "uno stato di eccessiva attività psicomotoria accompagnato da aumento di tensione e irritabilità che risulta in un comportamento non produttivo e ripetitivo".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce aggressività e violenza (Kołodziej et al., 2021; Lane et al., 2011; Liu et al., 2013; Välimäki et al., 2022;

Weltens et al., 2021; Yalcin & Bilgin, 2019) come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro sé stessi, un'altra persona o contro un gruppo, che provoca o ha un'alta probabilità di provocare infortunio, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione".

Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), organizzazione inglese atta a promuovere a livello internazionale le linee guida per una buona pratica clinica, definisce l'aggressività come: "una gamma di comportamenti o azioni che possono provocare danni, ferite o lesioni a un'altra persona, indipendentemente dal fatto che la violenza o l'aggressione siano espresse fisicamente o verbalmente, si è subito un danno fisico o l'intenzione è chiara".

In queste definizioni agitazione, aggressività e violenza possono essere intese come un *continuum* di gravità, dove l'agitazione si evolve in aggressività e infine in violenza, la quale differisce dall'aggressività per la gravità e l'intenzionalità del comportamento.

Per giunta, è necessario conoscere anche i concetti di aggressività, comportamento aggressivo e violenza. Spesso gli ultimi due termini vengono considerati sinonimi ma non lo sono.

Il comportamento aggressivo può essere concettualizzato come la manifestazione osservabile dell'aggressività, che è definita come qualsiasi atto inteso a causare danno, dolore o lesione in un altro (Zirpoli, 2008). Inoltre, viene definito come un costrutto più ampio che include mezzi fisici, verbali, psicologici e di altro tipo per causare danno, ed è per questo che il comportamento aggressivo non include necessariamente una componente fisica.

La violenza, invece, è una forma di aggressione fisica; pertanto, può essere intesa come una parte del costrutto più ampio definito in precedenza. Perciò la violenza non è che una forma di comportamento aggressivo. Dunque, il comportamento aggressivo non include necessariamente una componente fisica.

L'aggressività può essere definita in generale come qualsiasi comportamento inteso a danneggiare un'altra persona. Può essere concettualizzato come reattivo (una risposta alla minaccia percepita che è impulsiva ed emotivamente carica) o proattivo (premeditato e controllato). (Välimäki et al., 2022)

Secondo la letteratura, gli atti aggressivi si suddividono in:

- Aggressione verbale: ovvero qualsiasi comportamento aggressivo che si serve della comunicazione, causando angoscia e percepito come umiliante, intimidatorio o irrispettoso;
- Aggressione fisica: autodiretta (attuata con condotte autolesive e mutilanti, facendo di sé stessi un bersaglio) ed eterodiretta (verso un altro soggetto o oggetti con l'intenzione specifica di fare del male).

All'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le aggressioni verbali più frequentemente utilizzate sono state: insulti verbali, parole volgari e alzare la voce, mentre l'aggressione fisica ha riguardato: distruzione di proprietà dell'ospedale, tentativo di colpire altre persone, lancio di oggetti e distruzione dei propri averi. (Kołodziej et al., 2021)

## **1.2 Aggressività e malattia mentale**

È importante notare che il comportamento aggressivo non è un disturbo, è infatti assente nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali ma il termine aggressività compare nei criteri di diversi quadri clinici per cui, l'aggressività, si configura più come una dimensione trans nosografica che non come un elemento psicopatologico nucleare e strutturante. Dovrebbe essere visto quindi come un comportamento che ha uno scopo specifico per la persona che mostra questo comportamento, anche se spesso non è immediatamente chiaro quale sia la causa o la funzione di esso. Per selezionare il trattamento più efficace, si deve comprendere l'eziologia del comportamento aggressivo per un individuo specifico.

All'interno del DSM-V, il comportamento aggressivo viene menzionato soprattutto nel capitolo dei "Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta" i quali sono tutti caratterizzati da problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti. In questa nuova edizione del manuale è stato rivisto all'interno di questa categoria di disturbi, il disturbo esplosivo intermittente. Premettendo che nel DSM-IV veniva richiesta solo l'aggressività fisica, il cambiamento principale è stato l'introduzione dell'aggressività verbale e dell'aggressività fisica non lesiva e non distruttiva come criteri di diagnosi aggiuntivi.

Inoltre, il DSM-V fornisce criteri più specifici riguardo la frequenza di manifestazione del comportamento aggressivo, la marcata compromissione del funzionamento in ambito lavorativo ed interpersonale e infine, un altro criterio di inclusione è l'età minima di sei anni.

In letteratura, l'aggressività viene maggiormente menzionata nella diagnosi di schizofrenia. Viene segnalata anche un'elevata frequenza di episodi di violenza in psichiatria da parte di pazienti maniacali, soprattutto nelle fasi iniziali del trattamento e da parte di pazienti con disturbo di personalità, in particolar modo quelli con disturbo antisociale e borderline. Tutto questo viene menzionato anche da una revisione sistematica condotta nel 2021 da Weltens e colleghi, confermando che i pazienti con questi disturbi di salute mentale hanno un rischio elevato di diventare aggressivi nel reparto psichiatrico.

Altri sostengono che un gran numero di pazienti psichiatrici, ancorché grave, non è aggressivo e probabilmente non lo sarà mai: l'incidenza delle manifestazioni aggressive è bassa e occasionale e soltanto una minima parte dei pazienti psichiatrici si rende protagonista di episodi violenti (Pettitt et al., 2013).

Agiti aggressivi si possono manifestare in tutti i disturbi d'ansia, in risposta di attacco o fuga di fronte a uno stimolo interno o esterno; l'aggressività, in questo caso nevrotica, si manifesta nel momento in cui i meccanismi di difesa non sono più efficaci nel mantenimento dell'equilibrio psichico e gli stessi sintomi nevrotici possono essere considerati come un'espressione di comportamento aggressivo. Anche se, nelle psicosi e nei disturbi di personalità (in particolare di cluster B), l'aggressività manifesta sembra essere più frequente rispetto ai pazienti nevrotici.

In altri disturbi l'aggressività può essere presente in forma diversa, come nel caso del paziente affetto da depressione. Non bisogna dimenticare che, da un punto di vista psicologico, anche il suicidio può essere considerato un agito con importanti valenze etero aggressive.

È fondamentale la relazione tra aggressività e malattia mentale per quanto concerne la gestione del rischio di violenza all'interno dei contesti psichiatrici. Ed è per questo non deve essere sottovalutato qualsiasi cenno di comportamento aggressivo.

### **1.3 Fattori di rischio**

Comprendere i fattori di rischio dell'aggressività è di vitale importanza per una prevenzione e un intervento mirati ed efficaci.

Possiamo includere fattori di rischio anatomici; diversi studi in ambito neuropsichiatrico, hanno dimostrato che i pazienti psichiatrici con una storia di comportamento violento ripetitivo senza scopo hanno una minore attività metabolica temporale e prefrontale a riposo. (Volkow ND, Tancredi L., 1987, citato in Lane et al., 2011)

Questo perché le regioni subcorticali del cervello, in particolare il sistema limbico è associato con l'elaborazione emotiva; in particolar modo è coinvolta l'amigdala che media la paura, le reazioni difensive e l'apprendimento emotivo, inclusa l'aggressività. Anche l'ipotalamo interagisce con emozioni di rabbia e paura. La corteccia prefrontale dorso-laterale (DLPFC) e la corteccia orbito-frontale (OFC) ricevono input limbici dall'amigdala e da altre aree temporali mediali ed è per questo che i pazienti con lesioni cerebrali in OFC più probabilità di dimostrare aggressività e/o violenza rispetto ai pazienti senza lesioni e ai pazienti con lesioni in altre regioni cerebrali. (Grafman J. et al., 1996, citato in Lane et al., 2011).

Ma il vero dibattito sui fattori di rischio per il comportamento aggressivo è incentrato sul fatto che derivi più da fattori psicosociali (famiglia, traumi emotivi) o da fattori biologici (genetica, esposizione a sostanze chimiche e/o tossiche). (Liu et al., 2013).

Un altro dato da tenere in considerazione è l'influenza che variabili quali abuso di sostanze psicoattive, precedenti episodi di aggressione e violenza, nonché precedenti esperienze di abuso sessuale (Lane et al., 2011; Liu et al., 2013; Weltens et al., 2021; Kołodziej et al., 2021).

In base a questo, possiamo scindere i diversi fattori di rischio come di natura statica e dinamica. I fattori di rischio statici (età, sesso, storia familiare, abuso infantile) non sono modificabili, mentre i fattori di rischio dinamici (uso di alcol o sostanze e compliance terapeutica) sono potenzialmente modificabili e sono quindi più suscettibili con vari interventi (NICE, 2015).

Perciò, alcuni di questi autori si sono concentrati su fattori interni, come variabili correlate al paziente, fattori psicosociali, malattia mentale, vissuto di ricovero e storia passata di aggressione e abuso (Al-Sagarat et al., 2016). Altri autori si sono concentrati

su fattori esterni, come fattori del reparto e fattori del personale (Angland et al., 2014; Klepfisz et al., 2016, citato in Yalcin e Bilgin, 2019).

In modo più approfondito, i fattori legati all'assistenza e al reparto negli SPDC che possono scatenare agiti aggressivi sono in primo luogo: la disorganizzazione del lavoro e del reparto, errori nella comunicazione, personale non formato adeguatamente, incomprensione da parte dei pazienti, scarsa qualità nella relazione terapeutica. In secondo luogo, troviamo: carenza di personale, cattive condizioni abitative, sovraffollamento, sbarre alle finestre, "porte senza maniglie" e coercizioni.

Anche il ricovero in regime di TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) può portare ad un esordio di aggressività ai pazienti interessati al momento del ricovero e durante la degenza forzata, poiché essi non riconoscono il bisogno di cure urgenti (Bader, 2014).

La prevenzione è la parola chiave per eliminare la maggior parte dei fattori di rischio elencati, riducendo di conseguenza episodi di comportamento aggressivo all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

#### **1.4 Il ciclo dell'aggressione**

Prima di esporre i comportamenti e le tecniche preventive che l'infermiere dovrebbe adottare, è sostanziale la conoscenza del ciclo dell'aggressione e delle fasi che si susseguono in un episodio aggressivo.

Sebbene gli atti aggressivi possano apparire imprevedibili e caotici, solitamente seguono uno schema identificabile chiamato "ciclo dell'aggressione" (Reilly et al., 1994; Maier e Van Rybroeck, 1995; Videbeck, 2014). Le fasi sono cinque: Trigger; Escalation; Crisi; Recupero e Post-Crisi.

Lo schema di queste fasi, si basa essenzialmente su due concetti: l'*arousal*, ovvero una condizione di attivazione psicomotoria che è alla base di qualsiasi atto di aggressività, è un complesso di emozioni che vanno a riversarsi in una situazione di minaccia reale o percepita come tale; e la *de-escalation* (*per maggiori dettagli si veda par. 1.4.1*), ossia l'insieme di interventi di desensibilizzazione volti a diminuire e contenere lo

sviluppo del ciclo dell'aggressività. (Buone pratiche per valutare e prevenire agiti violenti, ASP Trapani, 2018)

La prima fase del ciclo di aggressività, chiamata *trigger* o anche fase del fattore scatenante coincide con l'insorgenza dello stato di crisi e con il concetto di *arousal* citato in precedenza. È caratterizzata dal discostamento dalla linea basale psico-emotiva del paziente. Le cause possono essere: una disinibizione indotta dall'assunzione di sostanze, la percezione di mancanza di alternative alla violenza, fattori di provocazione (veri o presunti), aver vissuto eventi stressanti (perdite ed eventi catastrofici), la percezione di mancanza di attenzione da parte del personale. Il paziente si presenta oggettivamente con contrattura della muscolatura facciale ed espressione arrabbiata, pugni stretti, denti serrati, sguardo minaccioso; può essere presente anche aggressività verbale con una camminata rapida alla ricerca di vie di fuga e/o ricerca di oggetti pericolosi. Durante questa fase l'intervento consigliato è rappresentato dal riconoscimento precoce del fattore scatenante e dalla sua rimozione. Le probabilità di successo degli interventi in questa fase dipendono dalla loro tempestività: l'utilizzo del *talk down*<sup>1</sup>, presentarsi rispettando la distanza sociale (almeno 1,5 m); accogliere il paziente in un ambiente tranquillo e con vie di fuga accessibili; valutare l'opportunità della presenza di un collega nell'interazione e/o preallertare il medico.

Nella fase di *escalation* lo scostamento dalla linea basale si fa marcato, e si fanno sempre più necessari gli interventi tempestivi. Il paziente mostra un incremento dell'agitazione psicomotoria, ha difficoltà nel sostenere il colloquio; può avere anche deliri dal contenuto violento e nel frattempo aumenta l'attività del SNC, sistema endocrino e circolatorio (il corpo si prepara a lotta/fuga). Mostrare indifferenza può contribuire a rafforzare i fattori scatenanti. L'intervento di *de-escalation* deve mirare alla negoziazione con il paziente, mostrandosi apparentemente calmi, in posizione neutra, non dandogli le spalle e cercare di spezzare il contatto visivo, evitando anche di porsi in maniera non giudicante e tantomeno aggressiva.

---

<sup>1</sup> Strategia volta ad abbassare il tono del paziente che esprime aggressività mediante un volume della voce basso e toni pacati, anche a costo di sembrare monotono, utilizzando un linguaggio alla pari con il livello socioculturale della persona, evitando di sovrapporsi alle sue parole.

La terza fase è la fase della crisi, in cui il soggetto raggiunge il punto culminante. Il personale deve avere come obiettivi la sicurezza e la riduzione delle conseguenze, a questo punto non possono più essere attuati interventi e tecniche di *de-escalation*. Le uniche opzioni disponibili sono: l'utilizzo di mezzi di restrizione, la fuga e l'autoprotezione.

Sussegue poi la fase del recupero, nella quale si ritorna in maniera graduale al comportamento normale della linea psico-emotiva, ma con un livello di *arousal* (stato di attivazione, veglia, allerta) ancora elevato e recettivo a nuovi fattori scatenanti. È una fase molto delicata dove il paziente è ipersensibile; anche un solo rimprovero, può scatenare una riacutizzazione della crisi.

Si conclude il ciclo dell'aggressione con la fase della depressione post-critica, dove compaiono emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna e rimorso. L'obiettivo assistenziale è quello di intervenire a livello psicologico per elaborare l'evento, risolvere i sentimenti più gravi (colpa) e aiutare il paziente a comprendere le circostanze che hanno scatenato l'incidente.

#### **1.4.1 Tecniche di de-escalation**

Secondo alcuni studiosi, quindi, gli interventi di de-escalation possono ridurre efficacemente il comportamento aggressivo. Tali tecniche vengono implementate al fine di aiutare a gestire le emozioni per evitare l'innescamento di un comportamento aggressivo. L'obiettivo principale è quello di interrompere il ciclo di aggressione durante la fase di *escalation*, attraverso abilità verbali e non verbali. (O'Donovan et al., 2023)

Le tecniche di de-escalation, secondo Richmond e colleghi, possono essere riassunte in 10 domini:

1. Rispettare il tuo spazio e quello del paziente: dovrebbe essere mantenuta una distanza di almeno due braccia tra i due soggetti. Dare spazio al paziente affinché non si senta limitato, mentre l'infermiere deve ricavarsi uno spazio sicuro con via di fuga facilmente accessibile, nel caso sia necessario allontanarsi.



2. Non essere provocatorio: il linguaggio del corpo è fondamentale; deve dimostrarsi aperto e disponibile all'ascolto, per cui si deve evitare di mantenere il contatto per un lungo periodo di tempo. Evitare di incrociare le braccia o dare le spalle al paziente perché agli occhi altrui si dimostra una mancanza di interesse. Non sfidare, insultare, provocare o umiliare.
3. Stabilire un contatto verbale: in maniera rispettosa, si cerca di stabilire un'interazione con il paziente. Ci si deve presentare al paziente (nome, ruolo) per rassicurarlo e orientarlo. Chiamalo per nome o chiedilo direttamente all'interessato. Per evitare confusione, la cosa migliore è che l'interazione venga eseguita da un unico membro dell'equipe. Ricordarsi di allertare il resto del personale.
4. Essere semplice e conciso nell'interazione: utilizzare frasi brevi e un vocabolario semplice, in quanto il paziente agitato generalmente non ha il livello di concentrazione necessario per elaborare concetti complessi. La ripetizione in questi casi si dimostra fondamentale.
5. Identificare i bisogni e i sentimenti del paziente: riconoscere i desideri e i sentimenti del paziente è un fattore importante, indipendentemente dalla fattibilità della richiesta. Essere empatici.
6. Ascoltare attivamente: l'ascolto attivo, il linguaggio verbale e non verbale, deve dimostrare al paziente che si è lì presenti per sostenerlo e aiutarlo, in tal modo si potrebbe riuscire ad allentare la tensione.
7. Essere d'accordo o accettare il disaccordo: è importante cercare di andare d'accordo con il paziente il più possibile. Se si è in disaccordo, si deve affermare di "essere d'accordo nell'essere in disaccordo", rispettando le differenze di pensiero tra l'infermiere e il paziente.
8. Stabilire regole e limiti in modo chiaro: è importante far capire al paziente i comportamenti che non possono essere tollerati, come la violenza e l'aggressività e spiegare che, se l'avvertimento dovesse essere ignorato, ci sarebbero delle conseguenze. Questo per insegnare a rispettare i limiti.
9. Offrire scelte e ottimismo: suggerire alternative può essere un buon modo per reindirizzare l'attenzione del paziente (proporre cibo, attività o magari una

chiamata). Non offrire mai alternative irrealizzabili. Essere ottimista permette di vedere le cose con una visione positiva e di collaborazione con il paziente per migliorare l'umore di quest'ultimo.

10. Debriefing con il paziente e tra l'equipe: alla fine dell'evento, è importante fare un debriefing con i pazienti, affinché vengano evitate situazioni simili in futuro; si cerca di insegnare a chiedere aiuto e a riconoscere i segni premonitori di questi eventi. Invece, il debriefing con l'equipe deve essere incentrato sull'evento vissuto per studiare ogni aspetto e capire cosa ha funzionato e cosa può essere migliorato.

(Richmond et al., 2012; Fishkind et al., 2002; Raveesh et al., 2023)

## **1.5 Come valutare e prevenire il comportamento aggressivo**

Sensibilizzare l'equipe a segnali di precoci di pericolo come segni di angoscia e agitazione si ha la possibilità di iniziare prontamente la *de-escalation* o di rimuovere i *trigger* che causano il comportamento aggressivo o violento (NICE, 2015). L'infermiere deve avere familiarità con i segni, i sintomi, e i comportamenti associati al ciclo dell'aggressione; per giunta, può munirsi di strumenti di valutazione del rischio che sono stati sviluppati per monitorare la possibilità di comportamento aggressivo nei pazienti e per l'appunto, consentono al personale di anticipare i problemi e di decidere quale strategia è più efficace per prevenire un'ulteriore *escalation*.

### **1.5.1 Scale di valutazione dell'aggressività**

Vi sono evidenze che l'utilizzo di scale di valutazione del rischio riduca il numero di episodi di aggressività e di conseguenza, il numero di interventi coercitivi (Abderhalden et al., 2008; Van de Sande et al., 2011).

Uno degli strumenti utilizzati da Abderhalden e colleghi è stata la *Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R)* (Palmstierna e Wistedt, 1987) la quale registra i fattori che hanno provocato il paziente, i mezzi che ha utilizzato, l'obiettivo dell'aggressione, le conseguenze potenziali e/o reali per l'obiettivo e le misure adottate per porre fine all'aggressione. La scala viene completata dal personale che ha assistito all'evento

aggressivo. Il sistema di punteggio SOAS-R va da 0 a 22 punti. Gli incidenti con un punteggio di nove o più punti vengono considerati gravi.

La SOAS deriva dall'*Overt Aggression Scale - OAS* (Yudofsky et al., 1986). Quest'ultima è una scala che si basa sull'osservazione del paziente durante un episodio di aggressività. È strutturata in quattro sezioni: aggressività verbale, aggressività fisica contro oggetti, aggressività fisica autodiretta e aggressività fisica eterodiretta. L'osservatore deve registrare i diversi comportamenti e prendere nota degli interventi effettuati in risposta all'episodio. (Conti, 2020, cap. 17)

Un'altra derivante dalla OAS è la scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale) (Figura I) che permette di misurare la frequenza e il grado di gravità degli episodi aggressivi. È composta da 4 categorie: aggressività verbale, verso oggetti, verso sé stessi e verso altri; ognuna di queste comprende 5 componenti da valutare e rivalutare l'andamento del comportamento del paziente. L'Italia e altri paesi utilizzano questa scala di valutazione, in quanto ha permesso di riscontrare un'ottima sensibilità e affidabilità.

	Aggressione verbale	Aggressione contro sé stessi	Aggressione contro la proprietà	Aggressione fisica
<b>_ 0</b>	Non manifesta alcuna aggressione verbale	Non manifesta alcun gesto aggressivo contro sé stesso	Non attua azioni aggressive contro la proprietà	Non attua forme di aggressione fisica
<b>_ 1</b>	Urla con rabbia, impreca in maniera non pesante o formula insulti personali	Si pizzica o si tormenta la pelle, si tira i capelli, colpisce la propria persona (senza provocare lesioni)	Sbatte porte con rabbia, strappa gli indumenti, urina sul pavimento	Compie gesti di minaccia, spinge le persone, ne afferra gli abiti
<b>_ 2</b>	Impreca con violenza, usa insulti pesanti ed ha scoppi d'ira	Sbatte la testa o i pugni contro le pareti, si butta a terra	Sbatte a terra oggetti, da calci ai mobili, rovina le pareti	Picchia, da calci, spinge, graffia, tira i capelli (senza causare lesioni)
<b>_ 3</b>	Minaccia con furore azioni violente contro gli altri e contro sé stesso	Si procura piccoli tagli, bruciature, escoriazioni o lividi	Rompe oggetti, rompe i vetri delle finestre	Attacca gli altri provocando lesioni lievi (es. contusioni, distorsioni o lividi)
<b>_ 4</b>	Minaccia ripetutamente o deliberatamente azioni violente contro gli altri o contro sé stesso (in modo tale da ottenere denaro o prestazioni sessuali)	Si procura lesioni gravi o tenta il suicidio	Appicca incendi, scagli oggetti con violenza	Attacca gli altri provocando lesioni gravi (es. fratture, rottura di denti, tagli profondi, perdita di coscienza)

Figura I. Scala MOAS (da SIMEUP, Scale valutazione dell'agitazione psicomotoria in età evolutiva)

Il punteggio attribuito in ogni singola sezione (Figura II) corrisponde ad un punteggio, che, moltiplicato per il coefficiente di ponderazione, specifico per ogni sezione, fornisce il punteggio finale. In questo modo si ottiene un numero da 2 a 40 che va a rappresentare la gravità dell'episodio. (Sanza et al., 2018)

Scala	Punteggio scalare	Coefficienti di ponderazione	Punteggio ponderato
Aggressione verbale		X 1 =	
Aggressione contro la proprietà		X 2 =	
Aggressione contro sé stessi		X 3 =	
Aggressione fisica		X 4 =	
Punteggio complessivo		=	

Figura II. Punteggio scala MOAS (da SIMEUP, Scale valutazione dell'agitazione psicomotoria in età evolutiva)

Alcuni studi sostenuti da diversi autori hanno mostrato l'assenza di effetti benefici nell'utilizzo di scale di valutazione del rischio.

Nonostante ciò, nel 2015 il NICE, nelle linee guida per la prevenzione dell'aggressività e della violenza, ha raccomandato di prendere in considerazione l'utilizzo di scale come la BVC (*Brøset Violence Checklist*) che è stata utilizzata anche da Abderhalden,

Brøset Violence Checklist (BVC)		
Indicatore	Punteggio	
	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale		

Van de Sande e colleghi nei loro studi. La validazione italiana della stessa scala ha confermato la sua efficacia. (Terzoni et al., 2016)

Figura III. Scala BVC (da "Validazione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC)...", nella rivista "L'Infermiere" N.1, 2016)

La BVC (Clarke, Brown, & Griffith, 2010) (Figura III) è composta da 6 items (confusione, irritabilità, turbolenza, minacce verbali, minacce fisiche e attacchi a oggetti) attraverso i quali il personale medico ed infermieristico può determinare il rischio di comportamenti aggressivi e violenti da parte di un paziente entro le 24 ore.

### **1.5.2 Misure preventive di aggressione e violenza**

Oltre ad essere raccomandata l'implementazione di tecniche di de-escalation e di scale di valutazione del rischio di aggressività e violenza, per garantire una prevenzione efficace, è necessaria un'ulteriore valutazione nei pazienti ricoverati; il momento ideale per individuare i pazienti che potrebbero avere un comportamento aggressivo durante la degenza è al momento del ricovero, in cui vengono analizzate tutte le informazioni sul passato del soggetto.

Un elemento basilare è anche la comunicazione tra l'equipe per condividere le informazioni apprese e coordinare la gestione e il trattamento dei pazienti (Trestamn R. L. et al., 2017). Rientra nella categoria "comunicazione", il momento delle consegne al cambio turno e le note cliniche che vengono registrate nelle cartelle elettroniche dei pazienti, che sembra essere un ottimo strumento predittivo. (Menger V, et al., 2019).

In SPDC le caratteristiche dell'ambiente rivestono un ruolo importante perché possono influire sul comportamento dei pazienti, innescando un atteggiamento aggressivo. In primo luogo, è fondamentale rendere l'ambiente di cura uno spazio sicuro sia per i pazienti, sia per il personale.

Alcuni ricercatori hanno dimostrato che l'affollamento del reparto e altri fattori legati all'ambiente possono aumentare lo stress; sarebbe utile fornire ai pazienti camere singole per garantire la privacy e la creazione di ampie aree comuni per dare possibilità ai degenti di interagire tra loro. Inoltre, viene consigliato di fornire l'accesso a un giardino e/o permettere una vista sulla natura dalle finestre per permettere anche l'esposizione alla luce solare.

Si deve favorire l'osservazione e la buona visibilità delle aree comuni e delle camere in modo tale che il personale possa anticipare e prevenire i comportamenti aggressivi. (Ulrich R. S, et al., 2018)

Un fattore scatenante di aggressività è la scelta di mantenere le porte chiuse in modo tale da avere un massimo controllo sui movimenti dei pazienti e garantire la sicurezza a tutti. Tuttavia, studi più recenti dimostrano che tenere le porte aperte ha un impatto

positivo sull'atmosfera del reparto, portando anche a una migliore accettazione da parte dei pazienti della degenza ospedaliera.

Perciò, un reparto meno restrittivo e la collaborazione tra personale e pazienti e può ridurre efficacemente l'aggressività. (Schneeberger A. R, et al., 2017)

## CAPITOLO 2 – LE CONTENZIONI

### 2.1 Definizioni, tipologie e classificazione

Il termine “restrizione” può essere definito come qualcosa che va a limitare la libertà di movimento di un individuo. L’uso delle contenzioni non è confinato solo alla psichiatria; queste vengono impiegate sia in ambito non medico (come dalle forze dell’ordine) che in ambito medico, come nella medicina d’urgenza e in geriatria. Tuttavia, per vari motivi, la pratica della contenzione da parte degli psichiatri è controversa rispetto ad altre specialità mediche. In primo luogo, per ragioni storiche; basti pensare ai mezzi utilizzati nei manicomi nell’Ottocento, ad esempio le manette con catena, la cintura in cuoio con manette e la camicia di forza. In secondo luogo, perché in psichiatria, la contenzione viene effettuata contro la volontà del paziente, invece, in altri reparti con il consenso del paziente (Negroni, 2017 citato in Bachmann et al., 2023).

L’evoluzione culturale che attualmente si cerca di portare avanti è di tipo semantico, in quanto si sta pensando che la parola scritta in futuro nei protocolli, nelle procedure e nelle istruzioni operative non sarà più contenzione, ma protezione, termine più vicino alla realtà del personale sanitario.

In letteratura, esistono molteplici definizioni di contenzione ma prevedono in linea generale gli stessi concetti, tranne per alcune differenze soprattutto nella classificazione dei mezzi di contenzione in sottogruppi. Generalmente, per contenzione s’intende quell’atto assistenziale che con l’utilizzo di mezzi (fisici, meccanici, ambientali e farmacologici), limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. I presidi che vanno a ridurre o limitare il movimento di una persona vengono considerati mezzi di contenzione; questo solo quando l’assistito è incapace o impossibilitato a rimuovere tale mezzo. (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2009)

In psichiatria, con il termine contenzione, a livello internazionale solitamente si intende "contenzione fisica", che può essere manuale o meccanica (Negroni, 2017 citato in Bachmann et al., 2023).

Le contenzioni si possono suddividere in cinque tipologie:

1. Manuale: consiste nell'uso della forza fisica da parte di uno o più membri del personale sanitario limitando manualmente la capacità di movimento di una persona (tutto o alcune parti del corpo), al fine di bloccarla, senza utilizzare strumenti/mezzi. Rientra in questa tipologia, la contenzione *prone o face-down*, nella quale il paziente è placcato in posizione prona sul pavimento; si tratta di una forma alquanto pericolosa a causa del rischio di asfissia e di conseguenza, morte improvvisa (OMS, 2017). Un'altra tecnica è l'*holding*, viene usata per contenere la crisi acuta, cercando di ricorrere poi all'ascolto per tranquillizzare l'assistito nel tentativo di stabilire un dialogo. È utile quindi per creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione e può perciò rappresentare una delle procedure di *de-escalation* per fronteggiare le crisi di aggressività (Presidenza del Consiglio dei ministri e Comitato Nazionale di Bioetica, 2015).

2. Meccanica: viene definita dal DGR n. 1106 del 06 agosto 2020 della regione Veneto come una costrizione realizzata con mezzi/ausili omologati per limitare i movimenti, volontari e involontari di un paziente al fine di ridurre o controllare i suoi movimenti.

I mezzi di contenzione possono essere classificati in base alla sede di applicazione:

- Corpo (es. polsiere o cavigliere);
- Letto (es. sponde integrali);
- Sedia (es. corpetto o cinture);
- Carrozzina (es. tavolino non removibile dalla persona assistita o fascia per il corpo).

Va notato che una delle principali differenze tra questi due tipi di contenzione risiede nella loro durata, in quanto la contenzione manuale è limitata a pochi minuti mentre la contenzione meccanica può durare anche alcune ore. (Negroni, 2017 citato in Bachmann et al., 2023)

3. Chimica (farmacologica): consiste nella somministrazione di un farmaco che non fa parte del regime di trattamento del paziente e che viene utilizzato per limitarne la libertà di movimento e/o di controllarne il comportamento. Vengono utilizzati farmaci sedativi o psicofarmaci, in particolare neurolettici, sia tipici (di prima generazione),



che atipici (più recenti e con minori effetti collaterali). Poiché tali farmaci, se assunti in dosi eccessive hanno notevoli effetti collaterali come sopore, confusione e agitazione, questa metodica è ammissibile solo quando l'iniziativa ha natura di intervento sanitario ed è parte essenziale della terapia. Questa tipologia viene solitamente utilizzata in risposta ad un episodio di aggressività contro sé stessi o gli altri che sia o per controllare il paziente. La contenzione farmacologica viene applicata spesso insieme o in luogo della contenzione fisica ed è preceduta ordinariamente dalla contenzione manuale o meccanica che rende possibile la somministrazione di farmaci.

4. Ambientale: include i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitarne o controllarne i movimenti. A titolo esemplificativo si può pensare alla limitazione delle uscite dal reparto di degenza, a tenere chiuse a chiave le porte del reparto, al divieto di uscire soli o accompagnati che sia, alla limitazione dei contatti con l'esterno fino all'isolamento in apposite stanze di degenza. Si tratta di una pratica alquanto diffusa. Si parla più di isolamento, in inglese *seclusion*, quando si isola l'assistito dagli altri limitando fisicamente la sua capacità di lasciare uno spazio definito (come la propria camera). (OMS, 2017)

5. Psicologica, è una forma di contenzione che secondo molti autori non ne condividono l'esistenza. Il Pennsylvania Code ritiene che questa tipologia comprenda quei regimi o programmi terapeutici che negano e limitano privilegi, ma anche la partecipazione ad alcune attività. Ritirare a un paziente i propri oggetti personali, impedirgli di svolgere attività o negargli la possibilità interagire con altri pazienti come conseguenza della sua non-compliance, sono tutte forme di contenzione psicologica. (Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2021)

## **2.2 Aspetti etici, giuridici e deontologici**

Le contenzioni vengono applicate a livello mondiale nei contesti di cura psichiatrici, nonostante la mancanza di evidenze medico-scientifiche che ne dimostrino la loro validità ed efficacia. L'utilizzo delle stesse hanno comportato e comportano tutt'ora implicazioni cliniche, etiche e medico-legali, le quali non sono per niente trascurabili perché portano a molteplici complessità (Zaami et al., 2020). Per l'appunto, devono essere affrontate contraddizioni e anomalie che portano a utilizzare i mezzi coercitivi

in luoghi che si pongono come obiettivo la cura delle persone con patologie, il rispetto della volontà dell'individuo e la partecipazione attiva del paziente nel percorso di cura. L'uso della contenzione è vincolato a precisi obblighi di ottemperanza che derivano dalla Costituzione, dalle norme del Codice penale, del Codice civile e del Codice etico e deontologico in tema di violazione di libertà individuale, di consenso alle cure e di tutela della salute. (DGR n. 1106 del 06 agosto 2020, Regione Veneto)

Il Comitato nazionale per la Bioetica (CNB) già nel 1999, raccomandava che la contenzione e l'isolamento fossero ridotti e praticati solo in casi eccezionali in caso di urgenza o in mancanza di alternative e che dovessero comunque essere limitati nel tempo (Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici, in "Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici", 1999). In seguito, viene ribadito dallo stesso CBN il concetto, affermando che si deve ricorrere alla contenzione meccanica quando rappresenta l'*extrema ratio*. (La contenzione: problemi bioetici, CBN, 2015).

eticamente, le misure coercitive e in particolar modo la contenzione meccanica, sono in conflitto con i principi di autonomia del paziente psichiatrico e con i principi dei diritti legali, i quali richiedono che la motivazione della pratica coercitiva sia attentamente considerata e rigorosamente documentata (Soren & Frederik, 2016). Alla luce di questo, nella Costituzione italiana, possiamo fare riferimento ai seguenti articoli:

- Art. 2 per il principio di autodeterminazione
- Art. 13 per il diritto all'inviolabilità della libertà personale
- Art. 32 per il diritto alla salute e alla dignità

L'art. 13 prevede più limitazioni rispetto all'art. 32 ma racchiudono entrambi il concetto che non è ammessa alcuna forma di restrizione di libertà personale, se non per atto motivato dalla legge ed è punita ogni forma di violenza sulle persone sottoposte a restrizione di libertà.

Le Evidence-Based Medicine (EBM) richiedono prove scientifiche dell'efficacia della coercizione; nonostante ciò, dal punto di vista etico, l'assenza di queste non indica necessariamente che l'atto coercitivo sia illegittimo. (Chieze et al., 2021)

Per quanto concerne l'aspetto giuridico, dopo la riforma dettata dalla Legge 180 del 1978 (Legge Basaglia)<sup>2</sup> non vi è seguita alcuna norma o legge dello Stato che potesse autorizzare espressamente il personale sanitario ad utilizzare la contenzione meccanica verso il paziente psichiatrico. Nonostante questo, esistono scriminanti all'uso della contenzione, ovvero degli articoli che giustificano l'uso di queste, in particolare l'art. 54 del Codice penale che tratta lo stato di necessità affermando:

*«Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se' 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»*

La facoltà di ricorrere alla contenzione sussiste quando altri mezzi non potrebbero essere efficaci e in casi in cui è evidente l'eccezionalità. A titolo esemplificativo, nel caso in cui il paziente abbia avuto dei comportamenti etero aggressivi, può valere la scriminante della legittima difesa prevista dall'art. 52 del Codice penale.

Se la contenzione deve essere usata per stato di necessità, la sua durata deve essere eccezionale e temporanea, deve essere motivata, documentata e devono permanere le condizioni che hanno giustificato l'attuazione.

Molte volte questi principi non sono stati rispettati; difatti, sono noti casi di morte per contenzione, come quello di Franco Mastrogiovanni, morto nel 2009 dopo essere stato legato per quasi quattro giorni consecutivi. La sentenza della Corte di Cassazione dichiarò successivamente che non sussisteva una situazione di pericolo imminente di grave danno alla persona sia del paziente che di terzi, in quanto l'assistito era sedato e non aveva una condotta aggressiva che potesse essere pericolosa. Riguardo questo caso, ne discute anche il Commentario del Codice deontologico degli infermieri (Art. 35 "La contenzione") affermando che si sarebbe potuta evitare questa dispiacevole tragedia se ci fosse stato l'impiego di *technical e non technical skills* a livello relazionale e assistenziale come un ottimo livello di maturità etica e la disponibilità e competenza capacità nell'utilizzo di una *checklist* per la contenzione, che includa appositi spazi per il monitoraggio dei parametri vitali del paziente e i tentativi di decontenzione.

---

<sup>2</sup> Il 13 maggio del 1978 il Parlamento italiano approvò questa legge, la quale impose la chiusura dei manicomi e regolamentò il TSO, istituendo i servizi di igiene mentale pubblici.

Per quanto concerne il tema della contenzione, l'art. 35 del Codice deontologico degli infermieri recita:

*«L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'équipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità [...]»*

Come si può notare, nel primo inciso si afferma che la contenzione non è un atto terapeutico. Proprio per questo, deontologicamente, non può essere considerato né un atto medico, né un atto sanitario, ma costituisce un atto di violazione di un diritto fondamentale dell'individuo, tutelato dalla Costituzione e dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (salvo circostanze eccezionali che giustificano l'adozione come l'*extrema ratio*).

Sostanzialmente, il ricorso alla coercizione può essere giustificato solo se presenti i seguenti requisiti:

- L'evidenza di un pericolo attuale, ossia che la possibilità che si verifichi l'evento temuto sia concreta;
- Il pericolo deve prevedere la compromissione della vita o dell'integrità della persona;
- La gravità della compromissione deve potersi stabilire su basi oggettive;
- L'evidenza che si possa evitare il danno solo attraverso il mezzo coercitivo;
- La coercizione deve essere proporzionata al pericolo da evitare.

Quindi, l'atto di contenzione verso un paziente se viene applicato al di fuori dei casi discussi, rappresenta un illecito. Oltre ad intaccare i diritti fondamentali dell'uomo, l'uso di misure coercitive può sfociare in altre forme di reato tra cui:

- Abuso di mezzi di contenzione e disciplina (art. 571 c.p.);
- Maltrattamenti (art. 572 c.p.);
- Sequestro di persona (art. 605 c.p.);
- Violenza privata (art. 610 c.p.);
- Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) se ne consegue un danno psicofisico

- Omicidio colposo (art. 589 c.p.) se ne consegue la morte in conseguenza dell’attuazione illegittima di misure di contenzione.

(DGR n. 1106 del 06 agosto 2020, Regione Veneto)

### **2.3 Indicazioni all’utilizzo clinico**

La decisione di mettere in pratica la contenzione è del medico ma non è un “atto medico” in quanto, non terapeutico e la scelta del trattamento prevede, da parte di chi lo prescrive, l’assunzione di responsabilità penale, civile o disciplinare. Alla luce di quanto disposto dall’art. 54 c.p. è evidente che tale necessità possa configurarsi a carico non solo del medico ma anche di altre figure sanitarie coinvolte nell’assistenza del paziente. Difatti, può capitare che il medico non sia disponibile nell’immediato ed è per questo che il codice ha previsto che, in casi di urgenza indifferibile e nel caso che il medico non sia reperibile in quel momento, è concessa la possibilità di attuare la contenzione anche al solo infermiere, in quanto responsabile dell’assistenza, sempre che ci sia il presupposto dello stato di necessità e di *extrema ratio*. L’infermiere deve poi obbligatoriamente attivarsi affinché il paziente sia valutato da un medico appena possibile. (Commentario del Codice deontologico degli infermieri, 2019)

La scelta di usare i mezzi di contenzione deve essere, in qualsiasi caso, preceduta da una attenta e completa valutazione da parte del personale sanitario delle cause che la rendono necessaria e dei possibili interventi alternativi. Durante la valutazione si devono ricercare i possibili fattori di rischio predittivi di contenzione che possono essere:

- Clinici: sintomi psicotici acuti, disturbi di personalità di Cluster B, deficit cognitivi e disturbi del comportamento in adolescenza;
- Extra-clinici: sesso maschile, giovane età, abuso di sostanze o alcol, pregressi comportamenti impulsivi, maggior durata del ricovero ospedaliero; TSO.

Può esser utile l’uso di scale validate per l’agitazione/aggressività (Modified Overt Aggression Scale - MOAS) (*Figura I e Figura II, pag. 13-14*) per monitorare la risposta all’intervento nel tempo.

Prima dell’applicazione dei mezzi di contenzione, l’equipe multiprofessionale deve condividere la scelta, ricordando soprattutto la contenzione meccanica si può avere

quando quest'ultima permette di evitare danni e/o lesioni che compromettono l'integrità psico-fisica del paziente o di terzi e la necessità di trattamenti urgenti e indifferibili. Quando le circostanze operative lo consentono, il paziente, i familiari o il rappresentante legale vanno informati e coinvolti nel processo decisionale della contenzione. Qualora non sia possibile avvisarli precedentemente, essi vanno adeguatamente informati e preparati non appena possibile.

La prescrizione della contenzione è di competenza medica e deve essere registrata nella cartella clinica, in quanto quest'ultima è considerata un atto pubblico ed ha potere certificativo dell'attività sanitaria cui si riferisce. (Cass. S.U. n. 7958 del 27/03/1992, Rv. 191175)

Le ultime linee guida della Regione Veneto (2020), indicano che nella prescrizione devono sempre essere indicate:

1. Motivazione: descrizione del problema che ha determinato l'intervento e le motivazioni della prescrizione;
2. Tipologia e metodo di contenzione: descrizione della modalità di immobilizzazione (se totale o parziale), della tipologia di mezzi contentivi utilizzati, della collocazione del paziente contenuto (es. letto, sedia, carrozzina);
3. Durata: indicazione della durata prevista specificando l'inizio e la fine previsti (data e ora). L'intervento di contenzione non dovrebbe superare le 12-24 ore; il prolungamento della contenzione oltre questo periodo di tempo deve essere preceduto da una nuova prescrizione che dovrà essere supervisionata dal medico Responsabile del reparto e/o il Direttore dell'UOC.
4. Monitoraggio: descrizione (in cartella clinica) dei tempi, luoghi e del personale coinvolto;
5. Tempi di verifica: codifica degli intervalli di valutazione dell'intervento da parte dei membri dell'equipe coinvolti.

È importante spiegare motivo e finalità dell'utilizzo di questa pratica al paziente stesso, fornendosi di ogni canale comunicativo disponibile.

## **2.4 Gestione infermieristica del paziente sottoposto a contenzione meccanica**

Durante il periodo di contenzione il paziente deve essere monitorato regolarmente a intervalli orari prestabiliti o più frequentemente se necessario. Il medico psichiatra ha la responsabilità di valutare la condizione psichica e il comportamento dell'assistito a tempi regolari o al bisogno (non oltre le 12 ore). Per quanto riguarda l'infermiere, invece, deve impegnarsi a:

- Osservare il paziente in maniera diretta e continua o a intervalli regolari di 15 minuti, valutando respirazione, sudorazione e il colore di cute e mucose; si pone attenzione anche verso l'insorgenza di eventuali lesioni traumatiche e/o da decubito non presenti prima della contenzione (segnalarle se presenti);
- Controllare ogni 30-60 minuti il corretto posizionamento dei presidi in uso, valutando anche la sicurezza e il comfort del paziente;
- Rilevare e interpretare i parametri vitali (PA, FC, FR, SpO2, TC), diuresi, alvo, idratazione e alimentazione almeno ogni 60 minuti fino ad un massimo di 2-4 ore;
- Favorire la mobilità del paziente per almeno 10 minuti ogni 2 ore (libera escursione articolare di un arto alla volta), salvo diversa prescrizione medica;
- Somministrare la terapia prescritta e monitorarne gli effetti;

Tutte le attività descritte dovranno essere poi annotate e riportate nel modello di scheda di monitoraggio (*per maggiori informazioni si veda l'Allegato B*) che verrà compilato dal personale coinvolto per le rispettive competenze professionali.

Il personale infermieristico è responsabile della rimozione della contenzione al termine della durata prescritta, registrando l'atto all'interno della cartella infermieristica. Dopo aver rimosso i presidi, se sussistono ancora le motivazioni che hanno reso necessaria la pratica contenitiva, è indispensabile che venga informato il medico, il quale, dopo un'ulteriore valutazione del paziente, provvederà alla prescrizione di tecniche e/o strategie alternative da mettere in atto o di un altro intervento contenitivo.

## 2.5 Effetti negativi della contenzione

Esistono molti studi che indagano gli effetti della contenzione nell'ambito psichiatrico. È emerso che questa pratica può esacerbare degli effetti avversi fisici nei pazienti, come lesioni dirette provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo e lesioni indirette, ovvero l'immobilità secondaria all'applicazione del mezzo contenitivo (lesioni da decubito, probabilità maggiore di morte, rischio di caduta, ricovero ospedaliero prolungato).

Si è notato che la pratica contenitiva può peggiorare il rapporto infermiere-paziente, in quanto questa crea al paziente un maggior livello di sfiducia nei confronti del personale sanitario. Nonostante ciò, la relazione terapeutica si è dimostrata essere un punto di forza durante il periodo di restrizione e successivamente ad esso, in quanto la comunicazione infermiere-paziente durante il periodo di contenzione e successivamente ad esso, si è dimostrata essere indispensabile per permettere ai pazienti di accettare l'intervento subito ed elaborare i sentimenti che ne sono scaturiti, soprattutto perché l'elaborazione dell'esperienza può essere paragonata all'elaborazione di un trauma. (Larue et al., 2013)

Un altro effetto avverso da non sottovalutare è il rischio di danni psicologici, perché la contenzione fisica comporta un impatto emotivo importante per il paziente e l'esperienza può essere vissuta in modo particolarmente negativo, provocando sentimenti di umiliazione, isolamento o paura (Georgiva et al., 2012; Gilbert et al., 2008 citato in Rika et al., 2017). L'uso di cinghie, per esempio, viene associato ad un senso di perdita della libertà e dell'autonomia, a causa dell'assenza di controllo sull'ambiente fisico e per mancanza di comfort (Van der Schaaf et al., 2013).

Da una revisione sistematica condotta nel 2022 da Butterworth e colleghe, si è cercato di raggruppare gli effetti psicologici dei pazienti in tre categorie in base alla descrizione dell'esperienza vissuta dai pazienti stessi: la maggior parte di essi, hanno definito la contenzione come un'esperienza angosciante in quanto temessero per la propria vita, perciò psicologicamente stressante; ad altri soggetti ha fatto riaffiorare ricordi di traumi passati come abusi o stupri. Altri ancora, infine, hanno descritto esperienze persistenti di tipo post-traumatico a seguito di una contenzione, come incubi, ricordi intrusivi e disagio emotivo. (Butterworth et al., 2022)



Nello studio di Hirsch & Steinert (2020), si afferma che alcuni pazienti che hanno sperimentato la pratica, l'hanno percepita come antiterapeutica, punitiva e umiliante; uno studio incluso nella revisione loro ha dimostrato che è il 47% dei pazienti ha sviluppato sintomi da disturbo da stress post-traumatico.

Anche gli infermieri risentono dell'impatto psicologico che proviene dalla contenzione fisica: l'immedesimazione con il paziente sottoposto a contenzione coinvolge in maniera forte, portando il personale ad una proiezione futura di sé (Fereidooni et al., 2014). Per alcuni, applicare la restrizione è come eseguire un intervento qualsiasi; per altri, invece, non può in nessun modo portare sentimenti positivi all'infermiere che assiste il paziente contenuto, perché, implica l'idea di dover legare un'altra persona, e ciò non può dare alcun piacere. (Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica, 2017, Ingrosso e Moriconi)



## CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

### 3.1 Obiettivo di ricerca

L'obiettivo principale della ricerca è individuare quali possibili strategie alternative alla pratica contenitiva possono essere messe in atto in ambito psichiatrico, in particolar modo all'interno dell'SPDC, per prevenire e gestire gli eventi aggressivi. Per fare questo, sono stati analizzati diversi articoli inerenti all'argomento da trattare e si andranno poi a confrontare le strategie trovate. L'ipotesi è che l'utilizzo di strategie alternative alla contenzione possano aiutare il personale sanitario ad assistere i pazienti psichiatrici nel miglior modo possibile, con l'obiettivo finale di ridurre e prevenire il rischio di comportamenti aggressivi che possono portare a conseguenze dannose sia agli operatori sanitari, sia ai pazienti stessi.

### 3.2 Quesiti di ricerca

Per formulare i quesiti di ricerca, la revisione della letteratura è stata condotta con l'utilizzo del metodo PIO rappresentato di seguito. (*Tabella 1*)

*Tabella 1. Metodo PIO*

<b>Problema</b>	Agiti aggressivi in SPDC frequenti
<b>Interventi</b>	Strategie alternative alla contenzione
<b>Outcome</b>	Riduzione dell'aggressività e della coercizione

Dal metodo PIO emergono i seguenti quesiti:

1. Quali strategie alternative possono essere attuate per ridurre l'aggressività e l'uso delle contenzioni?
2. Le strategie alternative esistenti sono efficaci nella gestione dei pazienti psichiatrici aggressivi?

### 3.3 Ricerca e selezione della letteratura

La prima fase dello studio è stata caratterizzata dalla ricerca di articoli scientifici pertinenti al tema preso in discussione, identificando la rilevanza del problema. La ricerca è stata condotta nel periodo di tempo compreso tra aprile e settembre 2023. Il materiale raccolto è stato reperito principalmente dalla banca dati di tipo biomedico *PubMed* ed è perlopiù in lingua inglese.

Le *key-words* tratte dal modello PIO e dai quesiti di ricerca e sono: “*alternative strategies*”, “*restraint*”, “*psychiatry*”, “*reducing restraint*”; queste sono state combinate durante la ricerca attraverso l’operatore booleano AND.

Di seguito vengono riportate le stringhe di ricerca contenenti le *key-words* sopra elencate e il numero di articoli trovati. (Tabella 2)

<b>BANCA DATI</b>	<b>STRINGA DI RICERCA</b>	<b>LIMITI</b>	<b>ARTICOLI TROVATI</b>	<b>ARTICOLI SELEZIONATI</b>
PubMed	“ <i>alternative strategies</i> ” AND “ <i>restraint</i> ”	Ultimi 10 anni (2013-2023)	161	5
PubMed	“ <i>reducing restraint</i> ” AND “ <i>psychiatry</i> ”	Ultimi 10 anni (2013-2023)	731	6

Tabella 2. Stringhe di ricerca

I criteri utilizzati per la selezione degli articoli da considerare nella revisione sono:

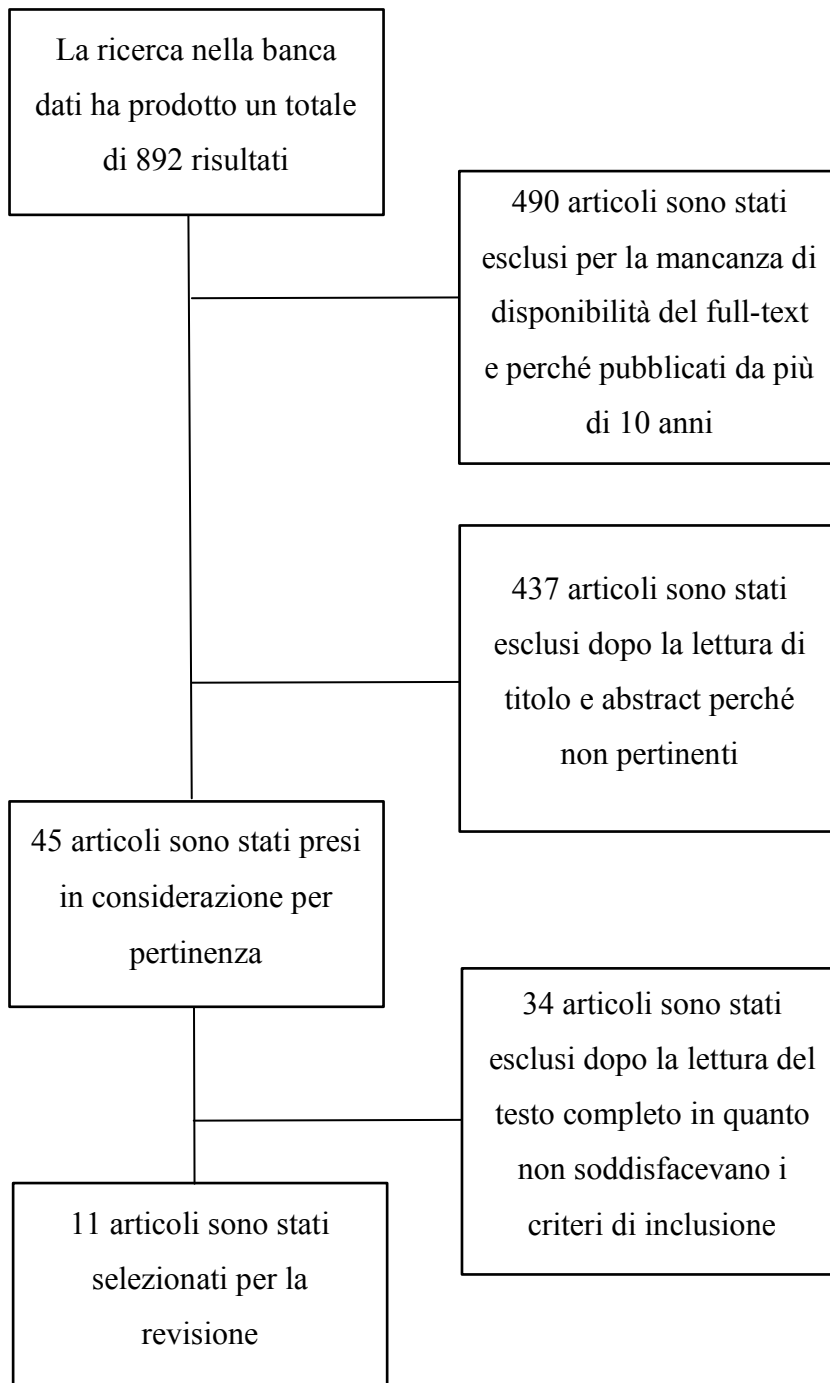
- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, tra il 2013 e il 2023;
- Pertinenza al progetto di ricerca;
- Disponibilità di full-text;
- Ambienti psichiatrici;
- Pazienti adulti.

La ricerca effettuata su *PubMed* ha portato ad un totale di 892 articoli. In seguito alla fase di preselezione, dopo l’analisi degli abstract e la lettura approfondita dei testi completi scelti, sono stati selezionati 11 articoli per sviluppare l’elaborato. (Figura III)

Gli articoli presi in considerazione appartengono a diverse tipologie di studio, più precisamente:

- 6 revisioni sistematiche
- 2 studi clinici controllati randomizzati
- 1 studio clinico controllato non randomizzato
- 1 studio di secondo livello (SR)
- 1 studio trasversale

Figura III. Flowchart del processo di selezione degli articoli con metodo PRISMA



Nella tabella in allegato (*Allegato A*) si riporta la schedatura degli articoli selezionati, di cui sono stati sintetizzati: obiettivo, risultati e conclusioni.



## **CAPITOLO 4 – RISULTATI**

### **4.1 Analisi dei risultati**

In questo lavoro di revisione della letteratura si è deciso di ricercare le possibili strategie alternative alla contenzione e la loro efficacia. Si considera alternativo alla coercizione qualsiasi intervento messo in atto al di fuori della pratica contenitiva. La letteratura presa in considerazione analizza diversi metodi che possono essere messe in atto da parte del personale infermieristico; per questo motivo, di seguito vengono riportate le strategie alternative proposte dalla letteratura.

#### **4.1.1 Formazione del personale e tecniche di de-escalation**

La Commissione per la salute mentale in Irlanda, nel 2017 ha stabilito una formazione obbligatoria per il personale sanitario coinvolto nelle strutture psichiatriche ospedaliere, in materia di prevenzione, riduzione e gestione dell'aggressività per prevenire l'uso di misure restrittive. (O'Donovan et al., 2023)

Un esempio di misura preventiva può essere la valutazione del rischio con l'aiuto di scale come la *Brøset Violence Checklist* (BVC) (Celofiga et al., 2022; Vieta et al., 2017; Fernández-Costa et al., 2020) che con il suo utilizzo ha riportato una riduzione del 27% nell'incidenza delle misure restrittive. (*per maggiori dettagli si veda cap. 1, par. 1.4.1 e 1.4.2*)

Ancor prima, le linee guida fornite dal NICE nel 2015 hanno affermato che chi fornisce assistenza sanitaria e sociale, dovrebbe garantire una formazione al personale soprattutto per quanto riguarda le tecniche di de-escalation (NICE, 2015), le quali vengono utilizzate come metodo di prima scelta nella gestione del comportamento aggressivo (Celofiga et al., 2022).

Entrambe le tipologie di formazione sono importanti, in quanto uno studio di secondo livello (Fernández-Costa et al., 2020) ha constatato che la combinazione di un'attenta valutazione del rischio (con l'utilizzo di scale come la BVC o la DASA) insieme alle tecniche di de-escalation, possono prevenire in maniera efficiente agiti aggressivi e quindi di conseguenza, l'uso delle contenzioni.

Le tecniche di de-escalation sono una raccolta di tecniche infermieristiche verbali e/o non verbali che mirano a diminuire e contenere il comportamento aggressivo. Queste implicano il riconoscimento dei primi segnali di agitazione, rabbia e aggressività e la risposta a questi e l'interazione attiva con il paziente per fargli raggiungere uno stato più calmo. Lo studio trasversale retrospettivo di Kuivalainen e colleghi, ha identificato l'interazione individuale dell'infermiere con il paziente come tecnica di de-escalation più utilizzata.

Uno studio controllato randomizzato ha cercato di valutare l'efficacia dell'utilizzo delle tecniche di de-escalation nella gestione dell'aggressività e nella riduzione della coercizione. L'intervento primario è stato formare il personale su questo tipo di strategia attraverso le raccomandazioni dell'OMS e dell'American Association for Emergency (AAEP), dopodiché si è rilevata una diminuzione del 75% di eventi restrittivi legati ad aggressività. (Celofiga et al., 2022)

Un altro studio controllato randomizzato di Ye e colleghi ha dimostrato che la formazione sulla de-escalation risulta efficace nel diminuire gli interventi di contenzione fisica, la loro durata e gli infortuni tra gli infermieri causati dalla contenzione fisica. Il tipo di formazione proposta era basata sul CRSCE, un modello adattato del "*Restrain Yourself*" del Regno Unito e del "*Six Core Strategies*" degli Stati Uniti (*per maggiori dettagli si veda cap. 4, par. 4.1.3*). Il programma di formazione CRSCE consiste in 17 ore di lezioni frontali e 7 ore di pratica clinica e ha la durata di un mese. CRSCE racchiude i cinque moduli su cui si concentra la formazione:

- *Communication*: come costruire la relazione terapeutica tra infermiere e paziente e le abilità comunicative da applicare contro i pazienti con comportamento aggressivo;
- *Response*: incentrato sul tema della violenza nel posto di lavoro (segni premonitori, interventi e conseguenze);
- *Solution/Focused Technique*: basato sulla psicologia cognitiva positiva e il suo utilizzo attraverso tecniche come la de-escalation;
- *Care*: l'assistenza al paziente e la sua correlazione con la violenza in reparto;
- *Environment*: come l'ambiente fisico del reparto influenza la violenza e le modifiche che si possono apportare per diminuirla. (Ye et al., 2021)



Acquisire conoscenze e competenze per comprendere cause e fattori di rischio di violenza ed aggressività, può prevenire agiti violenti, utile per iniziare a ridurre l'uso di misure coercitive. (Ewington, 2016 citato in O'Donovan et al., 2023).

#### **4.1.2 Modifiche ambientali**

Nella ricerca delle strategie esistenti per ridurre la coercizione è stata evidenziata un'associazione tra l'ambiente fisico del reparto e una riduzione nell'uso dei mezzi restrittivi.

Vieta e colleghi, con la loro revisione sistematica del 2017, hanno cercato di formulare un protocollo di gestione per la gestione di pazienti psichiatrici con agitazione psicomotoria (Vieta et al., 2017), la quale può comportare ad agiti aggressivi e/o violenti e quindi a contenzione. Durante il loro studio, si è dimostrato che le modifiche ambientali all'interno del reparto psichiatrico possono essere utili a prevenire gli episodi di agitazione. Le tali modifiche vengono messe in pratica al fine di garantire il comfort del paziente e di ridurre fattori irritanti come rumori o correnti di aria fredda/calda; inoltre, per la sicurezza del personale sanitario e dei pazienti stessi, dovrebbero essere rimossi oggetti che possano essere usati per arrecare danni e quindi considerabili potenzialmente pericolosi. (Vieta et al., 2017)

A confermare le modifiche ambientali come possibile strategia alternativa alla contenzione, c'è un'altra revisione sistematica condotta da Oostermeijer e colleghi nel 2021, in cui nella maggior parte degli studi inclusi (35) sono state apportate delle modifiche all'interno delle strutture ricavandone ottimi risultati. (Oostermeijer et al., 2021)

È stato evidenziato che alcuni pazienti paragonano l'ambiente come una prigione o ad una gabbia per animali, in quanto non possono uscire dal reparto e respirare aria fresca; anche la scarsa illuminazione e le stanze fredde e spoglie sono state criticate. Questi fattori hanno contribuito, infatti, ad eventi di restrizione. Probabilmente, il design delle strutture psichiatriche non è sufficientemente accogliente a causa della presa in considerazione della sicurezza.

Nonostante ciò, gli autori hanno raccolto una serie di caratteristiche ambientali che potrebbero essere applicate per ridurre gli interventi coercitivi, garantendo in ogni caso la sicurezza dei pazienti e del personale sanitario coinvolto nell'assistenza:

- Introduzione di colori caldi, tappeti, piante;
- Aumento dello spazio del reparto, stanze con più privacy (anche singole) con illuminazione naturale
- Opere d'arte e colori che possono avere un impatto positivo per creare calma nei pazienti
- Spazi non affollati e calmi, come un'area di attività o di bassa stimolazione in quanto l'affollamento e il rumore sono cause potenziali di aggressività.

Gli autori dello studio analizzato affermano che i progetti futuri dovrebbero includere anche i pazienti in un processo di co-progettazione, affinché si possano potenziare i cambiamenti basandosi su esperienze vissute. (Oostermeijer et al., 2021)

In definitiva, gli interventi identificati combaciano con le misure di prevenzione del comportamento aggressivo (*per maggiori dettagli si veda cap.1, par.1.4.3*), ciò significa che una riduzione di aggressività si traduce in una riduzione di eventi restrittivi.

#### **4.1.3 Programmi complessi**

Dalla letteratura, si evince che un utilizzo combinato di strategie può contribuire ad una riduzione importante di eventi restrittivi. A sostegno di questa teoria, negli anni sono stati sviluppati diversi programmi complessi di minimizzazione dell'uso di misure coercitive. Degli studi inclusi nella ricerca, 7 articoli su 11 ne hanno discusso, riscontrando ottimi risultati. (Goulet et al., 2017; Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa et al., 2020; Ye et al., 2021; Hawsawi et al., 2020; Duxbury et al., 2019a; Duxbury et al., 2019b)

Nella revisione sistematica sviluppata da Goulet e colleghi nel 2017, viene presentato il programma *Six Core Strategies* (6CS), ovvero un intervento complesso multilivello nato nel 2003 negli Stati Uniti, sviluppato dalla *National Association of State Mental Health Program Directors* (NASMHPD) e Huckshorn (Duxbury et al., 2019a).

Il 6CS consiste per l'appunto nell'insieme di sei strategie fondamentali:

1. Leadership: elemento fondamentale nella riduzione delle contenzioni (Goulet et al., 2017). Si ritiene sia necessaria la disponibilità di un manager che applichi una filosofia di riduzione delle misure restrittive sia a livello

organizzativo (es. protocolli e politiche interne) (Hawsawi et al., 2020) che a livello clinico.

2. Uso dei dati: concentrato sull'acquisizione di dati di riferimento e dati relativi ad episodi legati all'uso della contenzione.
3. Formazione del personale: come detto in precedenza, la formazione del personale è importante, in quanto correlata ad una migliore gestione del paziente aggressivo e una diminuzione dell'uso di misure coercitive.

Secondo alcuni autori il 6CS ha sottolineato ancora di più che la formazione è uno degli approcci più importanti sia nel ridurre eventi di contenzione e gli effetti negativi che ne conseguono (Ye et al., 2020). Implementata ad altre strategie può produrre ottimi risultati (Fernández-Costa et al., 2020).

4. Uso di strumenti di prevenzione: prevede l'uso di strumenti di valutazione del rischio come la scala BVC (Hirsch & Steinert., 2019), piani di sicurezza, modifiche ambientali ma anche tecniche di comunicazione e di de-escalation.
5. Coinvolgimento dei pazienti: sottolinea l'importanza di interagire con i pazienti, in tal modo si rafforzerebbe la relazione terapeutica infermiere-paziente (Ye et al., 2021) che con l'uso delle contenzioni spesso si interrompe. Si consiglia anche il coinvolgimento del paziente al continuum di cure, quindi al proprio piano di assistenza. (Goulet et al., 2017)
6. Debriefing: consiste in un intervento che si svolge dopo un episodio di restrizione rivolto al paziente e al personale sanitario coinvolto nell'assistenza. È finalizzato a migliorare il vissuto del paziente, facendo comprendere le motivazioni dell'evento. (Goulet et al., 2017)

Lo studio di Hawsawi e colleghi rende noto che il debriefing è fondamentale anche per l'infermiere in quando può condividere le proprie preoccupazioni. È stato riscontrato che gli infermieri, dopo gli eventi di contenzione, possono subire lo stesso trauma fisico e psicologico che subisce il paziente contenuto. Detto ciò, un incontro post-intervento aiuterebbe il personale a sviluppare resilienza e crescita post-traumatica dopo interventi coercitivi (Hawsawi et al., 2020)

Lo studio di Goulet e colleghi, si conclude affermando che programmi complessi come il 6CS hanno successo nel ridurre l'uso di restrizioni mantenendo un ambiente sicuro e senza aumentare l'aggressività ed eventuali lesioni, perciò sono fortemente indicati (Goulet et al., 2017). Anche sette studi inclusi nella revisione di Hirsch & Steinert hanno dimostrato la validità di questo programma. (Hirsch & Steinert, 2019)

Lo studio controllo non randomizzato condotto da Duxbury e colleghi, presenta e valuta l'efficacia di una versione del 6CS adattata al Regno Unito, prendendo il nome di "*Restraint Yourself*". I punti chiave sono i seguenti:

1. Stabilire obiettivi di squadra per ridurre la contenzione;
2. Riflettere sull'uso della contenzione e sugli stili di comunicazione (attraverso l'analisi dei dati raccolti di ogni episodio);
3. Aiutare pazienti e personale su come gestire gli episodi di aggressività in reparto;
4. Impiegare strategie di prevenzione per ridurre le restrizioni come piani di sicurezza e tecniche di de-escalation
5. Comunicare con il paziente e tra il personale
6. Debriefing a seguito di incidenti o quasi incidenti di contenzione.

Come si può notare, le strategie fondamentali sono sempre le stesse. Dopo il periodo di studio di sei mesi, si è rilevata una riduzione media dei tassi di contenzione fisica del 22% nei reparti di intervento. (Duxbury et al., 2019a)

In seguito a questo studio, segue da parte degli stessi autori, una revisione sistematica (Duxbury et al., 2019b) che si concentra sulle esperienze vissute e sull'efficacia del programma. È infatti emerso che l'introduzione o il rinvigorismento di alcuni interventi hanno cambiato in maniera positiva l'aspetto individuale, interpersonale, ambientale e culturale. L'uso più frequente del debriefing, per esempio, ha aiutato a migliorare la comprensione delle difficoltà del personale e le problematiche dei pazienti. Si è notato anche l'impegno nelle modifiche ambientali (anche con la partecipazione dei pazienti) e nell'approccio di assistenza più pacifico e mirato prima all'osservazione e poi in un eventuale intervento diretto.

Un programma complesso di minimizzazione più recente, è *Safewards*, utilizzato nel Regno Unito, Australia e Canada, dimostrando essere molto valido. Questo modello è basato su una lista di dieci interventi mirati a prevenire l'aggressività e l'uso di mezzi di contenzione. Questi sono stati stilati cercando di prevenire in particolare i "punti critici" che secondo *Safewards* sono la causa di eventi indesiderati, e sono: i pazienti, le caratteristiche del paziente, il quadro normativo, il personale sanitario, l'ambiente fisico del reparto e l'ambiente esterno all'ospedale. I dieci interventi, invece, si possono riassumere come segue: migliorare la comunicazione tra personale e pazienti attraverso le tecniche di de-escalation e apprezzamenti; importante è anche conoscersi e condividere piccole informazioni personali (es. film, cibi preferiti); utilizzare metodi calmanti (modulazione sensoriale, ascoltare musica) e aiutare a trattare con notizie sia buone che cattive (notizie di scarico).

Fernández-Costa e colleghi affermano che *Safewards* è un programma molto promettente, vista la sua forte evidenza teorica (Fernández-Costa et al., 2020). Nello studio di Hirsch & Steinert, infatti, si afferma che in uno studio controllato che ha incluso più di 40 reparti psichiatrici in Australia questo modello è riuscito nel ridurre la pratica coercitiva. (Hirsch & Steinert, 2019)

I programmi complessi di minimizzazione migliorano la qualità e la sicurezza delle cure e rappresentando un'ottima strategia alternativa o, meglio, un insieme di queste che hanno alte probabilità di ridurre l'uso delle contenzioni nei reparti psichiatrici.



## CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai risultati della ricerca, si evince che l'attuazione di strategie alternative alla contenzione all'interno dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, può avere un impatto significativo sull'aggressività dei pazienti e sulla sicurezza del personale. La formazione degli operatori sanitari si è rivelata un elemento chiave per migliorare le loro capacità di gestione delle crisi e promuovere l'uso appropriato delle tecniche di de-escalation. Durante lo studio è stato osservato che il personale sanitario addestrato era in grado di riconoscere e rispondere ai segnali d'allarme di escalation in modo precoce, consentendo loro di intervenire in modo proattivo ed evitare che le situazioni degenerassero (Ye et al., 2021; Celofiga et al., 2022). L'implementazione di tecniche di de-escalation, come la comunicazione verbale, l'ascolto attivo e altre tecniche non verbali, si è rivelata preziosa per ridurre sia le situazioni di tensione sia la probabilità di agiti aggressivi e/o violenti.

Inoltre, programmi complessi di minimizzazione come *Safewards*, *Six Core Strategies* e *Restrain Yourself* hanno dimostrato che combinando diversi interventi semplici tra loro nella pratica clinica, si possono ricavare risultati ancora più promettenti. Con tali programmi, si è delineato un ambiente più sicuro e piacevole, riducendo la necessità di misure coercitive e migliorando la relazione terapeutica tra infermiere e paziente. Questi risultati suggeriscono che investire in strategie alternative può essere un approccio efficace per affrontare l'aggressività nei reparti psichiatrici.

In conclusione, si riconosce la necessità di ridurre l'utilizzo di misure coercitive, in quanto possono avere conseguenze negative sullo stato di salute del paziente psichiatrico, nonché sul personale sanitario coinvolto. Oltretutto, la pratica coercitiva nel corso degli anni è sempre risultata controversa, sollevando diverse implicazioni etiche, legali e deontologiche.

È stato deciso di approfondire questa tematica importante, in quanto è un fenomeno ancora presente e nel corso dei secoli ed è sempre stata dibattuta ma allo stesso tempo modificata, portando il mondo della sanità verso un'ottica e una filosofia “*no restraint*”.

Alla luce di quanto è emerso da questa revisione di letteratura, viene sottolineata quindi l'importanza di strategie alternative e viene suggerito l'abbandono del ricorso sistematico alla contenzione fisica, in quanto può portare a miglioramenti significativi nella sicurezza e nel benessere dei pazienti, nonché del personale sanitario.

Tuttavia, è fondamentale notare che queste strategie devono essere adattate e personalizzate alle esigenze specifiche dei reparti psichiatrici, tenendo conto delle risorse disponibili e delle dinamiche individuali dei pazienti.

È fondamentale che venga riconosciuto il valore di tali strategie, affinché vengano stanziati delle risorse per garantire l'attuazione in maniera diffusa e continua.

Adottando questi interventi alternativi, i reparti psichiatrici possono indirizzarsi verso un modello di cura più centrato sul paziente e orientato al recupero, promuovendo un ambiente terapeutico che rispetti e sostenga la dignità e l'autonomia degli individui.

Nel complesso, investire in strategie alternative alla contenzione ha il potenziale per migliorare la qualità complessiva dell'assistenza, migliorare i risultati dei pazienti e creare ambienti più sicuri sia per i pazienti che per il personale. Nonostante ciò, sono auspicabili ulteriori ricerche per approfondire l'efficacia di queste strategie e valutare ulteriori approcci innovativi per affrontare l'aggressività in contesti psichiatrici.





## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(1), 44–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>

Al-Sagarat, A. Y., Hamdan-Mansour, A. M., Al-Sarayreh, F., Nawafleh, H., & Moxham, L. (2016). Prevalence of aggressive behaviours among inpatients with psychiatric disorders: A case study analysis from Jordan. *Nursing & Health Sciences*, *18*(2), 172–179. <https://doi.org/10.1111/nhs.12239>

American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione (DSM-5), trad. it

Bachmann, L., Vatne, S., & Mundal, I. P. (2023). Safeguarding patients while implementing mechanical restraints: A qualitative study of nurses and ward staff's perceptions and assessment. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(3–4), 438–451. <https://doi.org/10.1111/jocn.16249>

Bader, S., Evans, S. E., & Welsh, E. (2014). Aggression Among Psychiatric Inpatients: The Relationship Between Time, Place, Victims, and Severity Ratings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. URL: <https://www.psichiatriaoggi.it/wp-content/uploads/2021/12/22-Contributi-altre-societa-scientifiche-e-aree-professionali.pdf>

Birkeland, S., & Gilberg, F. A. (2016). Mental Health Nursing, Mechanical Restraint Measures and Patients' Legal Rights. *The Open Nursing Journal*, *10*, 8–14. <https://doi.org/10.2174/1874434601610010008>

Butterworth, H., Wood, L., & Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: Systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, *8*(6), e178. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574>

C, L., A, D., R, B., Mh, G., Jp, B., & N, B. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: Perspectives of patients. *Issues in mental health nursing*, *34*(5). <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.753558>

Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumperscak, H. (2022). Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 856153. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856153>

Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 790886. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>

Clarke, D. E., Brown, A-M, & Griffith, P. (2010). The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing: 17(7): 614-620*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01558.x>

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. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>

Duxbury, J., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Greenwood, P., Price, O., Whittington, R., & McKeown, M. (2019). Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing, 28(4)*, 845–856. <https://doi.org/10.1111/inm.12577>

Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 2(1)*, 20–30.

Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine, 9(9)*, 2791. <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>

Fishkind, Avrim. (2002). Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psychiatry, 1*. 32-39.

Florisse, E. J. R., & Delespaul, P. A. E. G. (2020). Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour. *PloS One, 15(10)*, e0240163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240163>

Goulet, M.-H., Larue, C., & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 139–146. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>

Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., & Jackson, D. (2020). Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(5), 831–845. <https://doi.org/10.1111/inm.12716>

Kołodziej, K., Lickiewicz, J., Jelonek, E., Mlocek, M., Murzyn, M., & Dudek, M. (2021). Psychiatric nurses' experiences of patient aggression. *Nursing in the 21st Century, 20*(3), 160–167. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0021>

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*(5), 513–524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>

Lane, S. D., Kjome, K. L., & Moeller, F. G. (2011). Neuropsychiatry of aggression. *Neurologic Clinics, 29*(1), 49–64, vii. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2010.10.006>

Liu, J., Lewis, G., & Evans, L. (2013). Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(2), 156–168. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01902.x>

Maier, G. J., & Van Rybroek, G. J. (1995). Managing countertransference reactions to aggressive patients. In B. S. Eichelman & A. C. Hartwig (Eds.), *Patient violence and the clinician* (pp. 73-104). American Psychiatric Association.

O'Donovan, D., Boland, C., & Carballedo, A. (2023). Current trends in restrictive interventions in psychiatry: A European perspective. *BJPsych Advances, 29*(4), 274–282. <https://doi.org/10.1192/bja.2022.41>

Ogloff JR, Daffem M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law. 2006;24*(6):799-813. <https://doi.org/10.1002/bs1.741>

Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., Fletcher, J., & Brophy, L. (2021). Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: A rapid systematic review. *BMJ Open, 11*(7), e046647. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046647>

Palmstiera, T. and Wistedt, B. (1987), Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 657-663. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1987.tb02936.x>

Pettitt, B., Greenhead, S., Khalifeh, H., Drenaan, V., Hart, T. Hogs. J., ... Moran, P. (2013). At risk, yet dismissed: the criminal victimisation of people with mental health problems.  
URL:<https://www.victimsupport.org.uk/sites/default/files/A1%20rist%20full.pdf>

Raveesh, B. N., Gowda, G. S., & Gowda, M. (2019). Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 4), S693–S697. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_104\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_104_19)

Reilly, P.M, Clark, H. W., Shopshire, M. S., Lewis. E. W., & Sorensen, D. J. (1994). Anger management and temper control: Critical components of posttraumatic stress disorder and substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*. 26(4), 401-407.  
URL:[https://www.interventioncentral.org/sites/default/files/workshop\\_files/allfiles/BA\\_10\\_Aggression\\_Cycle.pdf](https://www.interventioncentral.org/sites/default/files/workshop_files/allfiles/BA_10_Aggression_Cycle.pdf)

Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr, Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *The western journal of emergency medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Sanza M, Ceccarelli P, Ballanti L, Bruno A, Torio G. Loddo C, Polichetti GI, Teodorani M. La valutazione dell'impatto delle aggressioni sul benessere psicologico del personale sanitario. Uno studio osservazionale. *Politiche sanitarie* 2018;19(1):43-50. <https://doi.org/10.1706/2894.29184>

Tudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W. Endicott, J. & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *The American Journal of Psychiatry*: 143(1). 35-39. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.1.35>

Välämäki, M., Lantta, T., Lam, Y. T. J., Cheung, T., Cheng, P. Y. I., Ng, T., Ip, G., & Bressington, D. (2022). Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: A qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry*, 22(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03974-4>

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: The Journal of Mental Science*, *202*, 142–149. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118422>

Videbeck, S. L. (2014). *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkens

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1490-0>

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PloS One*, *16*(10), e0258346. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346>

Yalcin, S., & Bilgin, H. (2019). Risk predictions of physical aggression in acute psychiatric wards: Findings of a prospective study. *Nursing & Health Sciences*, *21*(3), 316–322. <https://doi.org/10.1111/nhs.12599>

Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Li, S., Lin, J., & Xiao, A. (2021). Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 576662. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576662>

Zaami, S., Rinaldi, R., Bersani, G., & Marinelli, E. (2020). Restraints and seclusion in psychiatry: Striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings. *Rivista di Psichiatria*, *55*(1), 16–23.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2009). CMS financial report. URL: [https://www.cms.gov/ResearchStatistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFOReport/Downloads/2009\\_CMS\\_Financial\\_Report.pdf](https://www.cms.gov/ResearchStatistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFOReport/Downloads/2009_CMS_Financial_Report.pdf)

Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2021 URL: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>

La contenzione: problemi bioetici, Presidenza del Consiglio dei ministri e Comitato Nazionale di Bioetica, 2015

URL: [https://bioetica.governo.it/media/1808/p120\\_2015\\_la-contenzione-problemi-bioetici\\_it.pdf](https://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf)

Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Prevenzione, monitoraggio e modello di procedura operativa.

URL: [https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/Download.aspx?name=Dgr\\_1106\\_20\\_AllegatoA\\_426131.pdf&type=9&storico=False](https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/Download.aspx?name=Dgr_1106_20_AllegatoA_426131.pdf&type=9&storico=False)

Codice penale, ed. 2022

URL: <https://www.studiocataldi.it/codicepenale/codicepenale.pdf>

Commentario al nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2020

URL: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-CD-.pdf>

Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura?, Ingrosso e Moriconi, 2017 URL: <https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/le-conseguenze-psicologiche-della-contenzione-fisica-che-cosa-dice-la-letteratura/>

ALLEGATO A

AUTORE – TITOLO – ANNO	DISEGNO DI STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI	CONCLUSIONI
<p>Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., &amp; García-Iglesias, J. J.</p> <p><i>Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review.</i></p> <p>2020</p>	<p>Studio di secondo livello (SR)</p>	<p>Cercare di offrire una visione completa del mondo delle misure alternative e analizzare la loro validità, al fine di prevenire o ridurre l'uso della contenzione fisica su un paziente psichiatrico agitato o violento.</p>	<p>È necessario che interventi di tipo alternativo vengano combinati tra loro per ridurre al minimo l'uso di contenzione meccanica. Pertanto, l'adozione di interventi complessi, basati sull'evidenza, si sono dimostrati efficaci.</p>	<p>L'approccio verso un paziente agitato/violento dovrebbe iniziare con misure meno coercitive.</p>
<p>Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., &amp; Tiihonen, J.</p> <p><i>De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital.</i></p> <p>2017</p>	<p>Studio trasversale retrospettivo</p>	<p>Ridurre l'uso dell'isolamento e della contenzione nell'intero dell'ospedale psichiatrico forense finlandese attraverso l'implementazione di tecniche di de-escalation.</p>	<p>Le tecniche di riduzione dell'escalation utilizzate più frequentemente sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interazioni verbali tra infermiere e paziente</li> <li>- somministrazione di farmaci</li> <li>- accompagnamento del paziente nella sua stanza</li> </ul>	<p>Si evidenzia la necessità che il personale sanitario venga formato sulle tecniche di riduzione dell'escalation. Nonostante ciò, si ritengono necessari ulteriori studi che dimostrino una riduzione delle restrizioni attraverso l'uso delle tecniche di de-escalation.</p>



<p>Hawsawi, T., Power, T., Zugai, J., &amp; Jackson, D.</p> <p><i>Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review.</i></p> <p>2020</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Esplorare il vissuto dei pazienti, degli assistenti sanitari e degli infermieri durante gli eventi di isolamento e contenzione nell'assistenza psichiatrica.</p>	<p>La ricerca ha individuato che secondo gli infermieri sono assenti misure meno coercitive; i pazienti hanno definito l'esperienza di restrizione come opprimente, punitiva e umiliante; nonostante ciò, le due figure concordano sul fatto che la pratica coercitiva crei una rottura nella relazione terapeutica.</p>	<p>Data l'individuazione di punti in comune tra pazienti e infermieri, si consiglia la condivisione di pianificazione, implementazione e valutazione di interventi alternativi che possono ridurre le contenzioni e l'isolamento.</p>
<p>Duxbury, J., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Greenwood, P., Price, O., Whittington, R., &amp; McKeown, M.</p> <p><i>Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards.</i></p> <p>2019 (b)</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Valutare l'efficacia dell'implementazione del programma "Restrain Yourself" (RY) nei reparti psichiatrici del nord-ovest dell'Inghilterra</p>	<p>Dalle esperienze degli infermieri coinvolti nell'uso del RY, è emerso che attraverso l'applicazione di strumenti e tecniche previste dal programma, hanno creato cambiamenti positivi a livello individuale, interpersonale, ambientale e culturale.</p>	<p>Il programma RY risulta efficace nella riduzione del tasso di eventi coercitivi, nonché nella relazione terapeutica e nella pratica assistenziale.</p>

<p>Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N., &amp; Martínez-Arán, A.</p> <p><i>Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation.</i></p> <p>2017</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Creare un protocollo di gestione del paziente psichiatrico affetto da agitazione psicomotoria attraverso linee guida internazionali</p>	<p>È stato presentato il protocollo finale diviso in tre sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identificazione e diagnosi di PMA</li> <li>- raccomandazioni e interventi da utilizzare in corso di un evento di PMA: modifiche ambientali, de-escalation e trattamento farmacologico</li> <li>- valutazioni post-evento di PMA</li> </ul>	<p>L'implementazione e la valutazione regolare di protocolli potrebbero ridurre il peso di questa condizione clinica nei pazienti, diminuire la necessità di misure coercitive, di ricoveri e soprattutto potrebbe rafforzare la relazione terapeutica.</p>
<p>Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., &amp; Gregoric Kumperscak, H.</p> <p><i>Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study.</i></p> <p>2022</p>	<p>Studio clinico controllato randomizzato condotto in sei ospedali psichiatrici in Slovenia</p>	<p>Valutare l'effetto della de-escalation verbale e non verbale sull'incidenza e sulla gravità di agiti aggressivi e sull'uso di restrizioni meccaniche nei reparti psichiatrici per acuti.</p>	<p>Dopo aver formato il personale di reparto sulle tecniche di de-escalation e dopo il loro utilizzo nella pratica, sono emersi risultati significativi dimostrando una diminuzione di aggressività e di coercizioni.</p>	<p>La formazione del personale sanitario sulle tecniche di riduzione dell'escalation è efficace nel ridurre incidenza e gravità di agiti aggressivi e l'uso di restrizioni fisiche nei reparti psichiatrici per acuti.</p>

<p>Oostermeijer, S., Brasier, C., Harvey, C., Hamilton, B., Roper, C., Martel, A., Fletcher, J., &amp; Brophy, L.</p> <p><i>Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: A rapid systematic review.</i></p> <p>2021</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Confermare la correlazione tra ambiente fisico e riduzione di misure coercitive, per individuare successivamente quali caratteristiche fisiche strutturali hanno il potere di ridurre l'isolamento e la contenzione.</p>	<p>È stato dimostrato che il design interno degli ambienti psichiatrici è fondamentale nella riduzione dell'uso dell'isolamento e della contenzione. Le modifiche efficaci potrebbero essere: privacy, spazio adeguato e non sovraffollato, esposizione alla luce solare e illuminazione interna adeguata, colori caldi, livelli ridotti di rumore e un ambiente familiare in cui è facile orientarsi.</p>	<p>L'ambiente fisico viene definito valido nella riduzione di isolamento e contenzione. Questo può essere raggiunto attraverso un approccio multilivello.</p>
<p>Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Li, S., Lin, J., &amp; Xiao, A</p> <p><i>Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial</i></p> <p>2021</p>	<p>Studio clinico controllato randomizzato in un ospedale psichiatrico della Cina meridionale</p>	<p>Esaminare se risulta efficace la formazione al personale sanitario sulle tecniche di de-escalation basate sul metodo CRSCE sulla riduzione della contenzione fisica.</p>	<p>Dopo il periodo di intervento, è stato rilevato che grazie alla formazione sulla de-escalation e alla sua implementazione, si è verificata una riduzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uso di contenzioni in generale ed entro le 24 ore dal ricovero</li> <li>- durata dell'evento di restrizione</li> <li>- incidenti e infortuni causati dalla contenzione fisica</li> </ul> <p>rispettivamente a pazienti e infermieri.</p>	<p>L'utilizzo del programma di formazione riguardante le tecniche di de-escalation basato sulla CRSCE, è stato utile per ridurre interventi di coercizione, nonché per ridurre i suoi impatti negativi sia su pazienti sia su infermieri coinvolti nella pratica.</p>

<p>Duxbury, J., Baker, J., Downe, S., Jones, F., Greenwood, P., Thygesen, H., McKeown, M., Price, O., Scholes, A., Thomson, G., &amp; Whittington, R.</p> <p><i>Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF')</i></p> <p>2019 (a)</p>	<p>Studio clinico controllato non randomizzato</p>	<p>Valutare l'applicazione del programma <i>Restrain Yourself</i> e il suo l'impatto nella riduzione della contenzione fisica negli ambienti psichiatrici del Regno Unito</p>	<p>Dopo il periodo di intervento è stata rilevata una riduzione statisticamente significativa degli eventi di coercizione.</p>	<p>È possibile che una diminuzione degli interventi restrittivi si può ottenere attraverso l'applicazione di un programma complesso come il RY. Inoltre, si ritiene che questa tipologia di intervento possa essere adattato a livello globale, mantenendo un andamento continuo per notare in maniera ancora più importante i cambiamenti.</p>
<p>Goulet, M.-H., Larue, C., &amp; Dumais, A.</p> <p><i>Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review.</i></p> <p>2017</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Validare i programmi complessi di riduzione di isolamento e contenzione negli ambienti psichiatrici.</p>	<p>Si è dimostrata la riduzione di contenzione e isolamento. Sono stati inoltre identificati i punti chiave comuni dei programmi delineati: leadership, formazione, debriefing, coinvolgimento del paziente, prevenzione e ambiente terapeutico.</p>	<p>I programmi complessi di minimizzazione identificati nella ricerca, hanno dimostrato la loro validità nel ridurre eventi di isolamento e di utilizzo di misure restrittive.</p>

<p>Hirsch, S., &amp; Steinert, T. <i>Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy.</i> 2019</p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Individuare e categorizzare i possibili interventi alternativi alla contenzione e valutarne la loro efficacia.</p>	<p>Sono emersi diversi possibili interventi alternativi e di prevenzione rispetto alle misure di coercizione e sono stati classificati in sette categorie: organizzazione, formazione del personale, valutazione del rischio, ambiente, psicoterapia, debriefing ed eventuali direttive.</p>	<p>La maggior parte degli interventi individuati durante la ricerca, si sono rivelati efficaci ma per essere adottati definitivamente, si ritengono necessari: livelli adeguati di personale, nonché un loro atteggiamento appropriato e anche finanziamenti per supportare gli ambienti di tipo psichiatrico.</p>
--	------------------------------	---	--	--

## 3.9 Allegati

∞ Allegato 1: Modello scheda di monitoraggio e registrazione parametri

<b>MODELLO SCHEDA DI MONITORAGGIO E REGISTRAZIONE PARAMETRI CONTENZIONE MECCANICA (modello da adattare/implementare in ambito aziendale)</b> Etichetta Paziente o ID progressivo paziente			
<div style="border: 1px solid black; width: 50%; margin: 0 auto; height: 20px;"></div>			
<b>SEDE OSPEDALIERA</b>			
<b>UOC</b>			<b>DATA</b>
<b>DATI RELATIVI AL PAZIENTE</b>			
Cognome		Nome	
Sesso	• M	• F	Data di nascita
U.O.	Diagnosi di Ingresso:		TSO • SI • NO
Motivazione alla contenzione	Patologia Organica • Aggressività • Intolleranza Farmaci • Altro •	Abuso di sostanze • SI • NO	Precedenti Contenzioni  • SI • NO
		Quali? _____ _____	
Descrizione degli interventi messi in atto precedentemente senza successo:			
Dispositivo di Contenzione			
Nome Cognome Medico		Firma Medico	

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



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

\*Da registrare in corrispondenza di ogni monitoraggio

