

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

Oggetto: LINEE GUIDA ED ISTRUZIONI OPERATIVE CIRCA INTERVENTI SANITARI DI CONTENZIONE MECCANICA IN PSICHIATRIA.

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo e del Direttore dell'Area Integrazione Socio-Sanitaria, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

- D E T E R M I N A -

1. di approvare il documento dal titolo "I provvedimenti di contenzione meccanica - La sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori: interventi sanitari finalizzati ad impedire condotte produttive di danno; linee guida ed istruzioni operative specificatamente dedicate alla operatività degli SPDC", elaborato e sottoscritto dai componenti del gruppo di miglioramento "Emergenza Urgenza" afferente all'Area Salute Mentale che, allegato al presente atto, ne è parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente atto per ogni seguito di competenza:
 - a) ai Direttori di Area Vasta;
 - b) ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale;
 - c) ai Direttori dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.
3. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell'Albo Pretorio Informatico Aziendale, ai sensi dell'art 28 della LR n 26/1996, come sostituito dall'art. 1 della LR n 36/2013.
4. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR n 26/1996 e s.m.i.

Ancona, sede legale ASUR

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Pierluigi GIGLIUCCI

IL DIRETTORE SANITARIO
Dr.^{ssa} Nadia STORTI

IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE
SERVIZI DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Dr. Giovanni FELIZIANI

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Alessandro MARINI

Per i pareri infrascritti:

AREA CONTROLLO DI GESTIONE E CONTABILITÀ BILANCIO E FINANZA.

Visto quanto dichiarato dal Responsabile del Procedimento si attesta che il presente atto non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio ASUR.

Il Direttore
Area Controllo di Gestione
Dott.^{ssa} Sonia Piercamilli

Il Direttore Area
Bilancio Contabilità e Finanza
Dott. Luigi STORTINI

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

AREA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

Normativa di riferimento

- L 13 maggio 1978 n. 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”;
- L 23 dicembre 1978 n 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;
- LR 3 maggio 1985 n 27 “Istituzione del servizio per la tutela della salute mentale a struttura dipartimentale”;
- DPR 14 gennaio 1997 “Requisiti minimi per le strutture psichiatriche”;
- LR 20 maggio 2003 n 13 “Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale”;
- DACR n 132 del 6 luglio 2004: “Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006”;
- Determina n. 89/DG. del 10 marzo 2005 “Atto aziendale”;
- DPR 7 aprile 2006 Approvazione del “Piano Sanitario Nazionale 2006-2008”;
- DACR n. 38 del 16 dicembre 2011 “Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014”;
- Accordo Conferenza Unificata n 4 del 24 gennaio 2013 “Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”;
- DGRM 10 marzo 2014 n 277 “Recepimento del Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale”;
- DPCM 12 gennaio 2017 “definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n 502”;
- DGRM n 716 del 26 giugno 2017 “definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all’art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n 502. Recepimento e prime disposizioni attuative”

Motivazione:

La Direzione dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria, preso atto dell’esigenza manifestata dal Coordinatore dell’Area Salute Mentale e dai Direttori dei DSM, ha costituito uno specifico Gruppo di miglioramento dal titolo “Emergenza Urgenza” finalizzato alla definizione delle linee guida e delle istruzioni operative specificatamente dedicate alla operatività degli SPDC in merito agli interventi sanitari di contenzione meccanica che vengono effettuati a garanzia della sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori.

Le richieste provenienti da più referenti istituzionali nazionali e internazionali hanno determinato la necessità di porre maggiore attenzione alle pratiche di contenzione meccanica nei servizi di psichiatria. In tal senso si è anche pronunciato il sub gruppo Salute Mentale del Comitato Paritetico Interistituzionale del Ministero della Salute nel procedere al monitoraggio sull’applicazione del Piano di Azione Nazionale Salute mentale (periodo 2014-17), richiedendo alla Regione Marche, nel gennaio del 2018 , una documentazione relativamente all’obiettivo n.8 (indicazioni regionali per TSO e contenzione fisica) .

La contenzione meccanica è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull’individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti a tutela dell’incolumità dello stesso e di chi gli sta vicino.

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- *contenzone meccanica: applicazione presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell’ambiente che riducono o controllano i movimenti;*

- *contenzione chimica: somministrazione farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;*
- *contenzione ambientale: attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;*
- *contenzione psicologica o relazionale o emotiva: ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività.*

Si è ritenuto opportuno elaborare un documento formale che definisca con chiarezza i criteri per analizzare i casi clinici in cui si considera appropriata la pratica della contenzione, anche al fine di garantire un'omogeneità di comportamento dei servizi nell'applicazione e nel monitoraggio della stessa.

Il gruppo di miglioramento ASUR Marche, coordinato dal Dr Paolo Pedrolli, riunitosi per n 4 volte (incontri effettuati presso la Direzione Generale dell' ASUR nelle date: 16/03/2018; 23/04/2018; 03/07/2018; 11/09/2018) con lo scopo di approfondire il confronto su alcuni nodi critici, legati alle differenze sia di impostazione teorica sia di prassi clinica quotidiana, è addivenuto alla formalizzazione di linee guida e istruzioni operative nei confronti dei pazienti, la cui salute deve essere garantita contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità, salvaguardando i soggetti potenzialmente destinatari di manifestazioni di violenza fisica auto od etero diretta ed intervenendo all'occorrenza e con l'urgenza richiesta di volta in volta dal caso concreto.

Il protocollo è da intendersi quindi come prodotto finito del lavoro specifico, costituito allo scopo di formalizzare un documento di orientamento importante sul piano procedurale sanitario.

Tale documento, allegato alla presente, si propone di:

- verificare i contributi della letteratura accreditata sul tema ;
- individuare il campo di applicazione degli interventi di contenzione;
- specificare i riferimenti normativi;
- definire i modelli operativi e le procedure della contenzione meccanica;
- individuare i dispositivi di monitoraggio e di valutazione dell'appropriatezza degli interventi;
- definire i destinatari istituzionali del documento.

Il Dr Paolo Pedrolli, coordinatore dell'Area della Salute Mentale nello staff della Direzione dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria, assume compiti di supervisione nell'applicazione degli indirizzi operativi, di osservazione e di monitoraggio dell'allegato documento con il supporto del gruppo di lavoro già costituito.

Il presente atto non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio ASUR.

Esito dell'istruttoria:

Stante quanto sopra esposto, si propone al Direttore Generale di determinare:

1 di approvare il documento dal titolo "I provvedimenti di contenzione meccanica - La sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori: interventi sanitari finalizzati ad impedire condotte produttrici di danno; linee guida ed istruzioni operative specificatamente dedicate alla operatività degli SPDC", elaborato e sottoscritto dai

componenti del gruppo di miglioramento “Emergenza Urgenza” afferente all’Area Salute Mentale che, allegato al presente atto, ne è parte integrante e sostanziale;

2 di trasmettere il presente atto per ogni seguito di competenza:

- a) ai Direttori di Area Vasta;
- b) ai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- c) ai Direttore dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

3 di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno di pubblicazione nell’Albo Pretorio Informativo Aziendale, ai sensi dell’art 28 della LR 26/1996, come sostituito dall’art. 1 della LR 36/2013;

4 di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell’art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

Responsabile della Fase Istruttoria

Dott.ssa Dorianna Della Valle

Coordinatore dell’Area Salute Mentale ASUR

Dr. Paolo Pedrolli

Paolo Pedrolli

Responsabile del Procedimento

Dott. Nazario Firmani

Nazario Firmani

- ALLEGATI -

- “I provvedimenti di contenzione meccanica - La sicurezza del paziente ricoverato e degli operatori: interventi sanitari finalizzati ad impedire condotte produttrici di danno; linee guida ed istruzioni operative specificatamente dedicate alla operatività degli SPDC”.

Il Protocollo con le firme in originale è agli atti del Responsabile del Procedimento.

I PROVVEDIMENTI DI CONTENZIONE MECCANICA

LA SICUREZZA DEL PAZIENTE RICOVERATO E DEGLI OPERATORI: INTERVENTI SANITARI FINALIZZATI AD IMPEDIRE CONDOTTE PRODUTTRICI DI DANNO; LINEE GUIDA ED ISTRUZIONI OPERATIVE SPECIFICAMENTE DEDICATE ALLA OPERATIVITA' DEGLI SPDC.

DOCUMENTO PRODOTTO DAL TAVOLO DI LAVORO DEI DSM DELL'ASUR MARCHE

SOMMARIO

1. Introduzione
 - 1.1 Considerazioni generali
 - 1.2 Riferimenti e linee di indirizzo
 - 1.3 Analisi della letteratura
 - 1.4 Criticità
2. Campo di applicazione
3. Riferimenti normativi
4. Contenzione meccanica: modelli operativi
 - 4.1 Procedure di valutazione
 - 4.2 Procedure di realizzazione
 - 4.2.1 Fase preparatoria
 - 4.2.2 Fase di azione
 - 4.2.3 Fase di assistenza
 - 4.2.4 Fase di risoluzione
 - 4.2.5 Debriefing
5. Contenzione meccanica: procedure di monitoraggio
 - 5.1. Registro delle contenzioni
 - 5.2 Indicatori/parametri di controllo
- 6 Lista di distribuzione
7. Formazione
8. Matrice delle responsabilità/attività
9. Bibliografia

1) INTRODUZIONE

1.1 Considerazioni generali

Recentemente si sono ricevute numerose richieste da più referenti istituzionali nazionali e internazionali sulla opportunità di porre maggiore attenzione alle pratiche di contenzione meccanica nei servizi di psichiatria ; in tal senso si è anche pronunciato il sub gruppo Salute

Mentale del Comitato Paritetico Interistituzionale del Ministero della Salute nel procedere al monitoraggio sull'applicazione del Piano di Azione Nazionale Salute mentale (periodo 2014-17) e richiedendo alla Regione Marche, nel gennaio del 2018 , una documentazione relativamente all'obiettivo n.8 (indicazioni regionali per TSO e contenzione fisica) .

Nella considerazione dei tanti differenti protocolli esistenti nei DSM della Regione e nella necessità di pervenire a linee guida univoche e condivise si sono avviati gruppi di lavoro tra i direttori e i referenti dei DSM per produrre un documento unico che risultasse congruo alle necessità sia di prevenire il ricorso alla pratica della contenzione sia di monitorarne l'applicazione con particolare attenzione all'appropriatezza e sicurezza dell'intervento; scopo del presente documento è quindi quello di comunicare la conclusione del gruppo di lavoro dei DSM della Regione Marche .

La contenzione meccanica è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi chimici-fisici-ambientali utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante per limitarne i movimenti a tutela dell'incolumità dello stesso e di chi gli sta vicino

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- contenzione meccanica: applicazione presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;*
- contenzione chimica: somministrazione farmaci che modificano il comportamento come tranquillanti e sedativi;*
- contenzione ambientale: attuazione di cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti;*
- contenzione psicologica o relazionale o emotiva: ascolto e osservazione empatica del soggetto che si sente rassicurato e potrebbe ridurre l'aggressività.*

Ogni trattazione riguardo a questa tecnica richiede una premessa. La moderna gestione delle varie fasi della cura dei disturbi psichiatrici richiede professionalità, competenza e motivazione, ma soprattutto la condivisione di valori e di un patrimonio di conoscenze aggiornate basate sull'evidenza che vedono la psichiatria come una disciplina medica ormai lontana da logiche custodialistiche. Il rispetto della dignità del paziente è ormai patrimonio degli operatori

psichiatrici che quotidianamente sono impegnati nel trattamento delle malattie mentali a fianco dei pazienti.

La pratica dell'immobilizzazione di pazienti al fine di limitare rischi per la salute e garantire la sicurezza della persona, degli altri pazienti e degli operatori non è limitata all'ambito psichiatrico ma è utilizzata nell'ambito di diversi percorsi assistenziali.

Il gruppo di lavoro considera la pratica della contenzione meccanica come un grave atto di limitazione della libertà personale che deve essere evitato quanto più possibile. Si ritiene, inoltre, che debba essere usata come ultima ratio, quando ogni altro tentativo di gestire alcune particolari condizioni cliniche sia stato praticato e sia fallito e comunque debba essere applicata per il minor tempo possibile.

Tale atto sanitario-assistenziale deve essere condotto da operatori preparati, in modo che sia rispettoso della dignità dell'individuo nell'ambito di percorsi sanitari ben definiti ed adeguatamente monitorati. Ogni struttura dovrà recepire istruzioni operative attuative aggiornate e garantire un attento monitoraggio di questa pratica.

La contenzione meccanica non è, per definizione, un provvedimento educativo o punitivo e non dovrà essere applicato a causa dell'inadeguatezza o dei livelli di stress degli operatori né per difficoltà ambientali od organizzative.

In particolari e limitati casi, potrà essere considerato come un atto inevitabile al fine di garantire la sicurezza del paziente e finalizzato a garantire la sicurezza propria e altrui verso gravi alterazioni comportamentali o interventi terapeutici diversi meno sicuri.

Tali alterazioni comportamentali non necessariamente sono da riferirsi a disturbi mentali primari ma spesso sono effetto di disturbi diversi, a volte complessi, che presentano cause tossicologiche, infettive, metaboliche, neurologiche, degenerative.

Queste precisazioni riguardo alla politica delle contenzioni intendono sottolineare come esista una chiara consapevolezza dell'impatto sull'individuo di pratiche coercitive ed in particolare della contenzione meccanica ed intendono rivendicare il ruolo attivo che tutti gli operatori della Salute Mentale hanno avuto nella ricerca di trattamenti sempre più efficaci, rispettosi della dignità della persona e validati scientificamente al pari delle altre discipline mediche, di cui la psichiatria fa parte.

1.2 Riferimenti e linee di indirizzo

La contenzione meccanica è un argomento controverso sul quale, tuttavia, esiste letteratura scientifica autorevole (1,2). Negli ultimi anni, infatti, sono state prodotte raccomandazioni, linee guida professionali, normative di legge che, in sintesi, consigliano cautela nell'uso di questa pratica (3-7). Le raccomandazioni più recenti del Consiglio d'Europa affermano che il beneficio dell'utilizzo della contenzione meccanica deve essere proporzionato al rischio connesso a tale pratica. L'uso non è proibito ma se ne raccomanda l'applicazione solo in casi eccezionali, quando non vi siano alternative e sotto la supervisione medica (8,9).

Più rigida appare l'analisi della "European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment (CPT)" che consiglia particolare preoccupazione nel controllo di questa pratica, in considerazione del potenziale rischio di abuso e di inappropriatazza (10). Inoltre la CPT raccomanda la presenza di protocolli specifici e di documentare accuratamente il periodo di contenzione (11). La commissione consiglia di effettuare un "debriefing" con il paziente dopo l'applicazione della misura di contenimento (12). La Conferenza delle Regioni e delle province autonome ha recepito il documento del CPT per produrne delle raccomandazioni orientate al monitoraggio della pratica nel territorio italiano.

Uno studio del 2004 riporta come gli interventi per ridurre la pratica dell'isolamento e della contenzione possa essere associato con un aumento di danni fisici ai pazienti ed agli operatori (14).

Più rigorose sono le linee guida e le raccomandazioni delle organizzazioni sanitarie e delle società scientifiche più importanti che concordano nel consigliare la riduzione delle misure di isolamento e contenzione da limitarsi ad "estrema ratio" quando siano falliti gli altri interventi (15-22). Tuttavia viene ammessa la mancanza di evidenze che sostengano l'efficacia e la sicurezza delle misure della contenzione fisica. Una Cochrane Review su le misure della seclusion e della contenzione conclude "c'è una sorprendente e scioccante mancanza di studi controllati pubblicati che dimostrino gli effetti di tali provvedimenti medici" (23).

L'American Hospital Association e la National Association of Psychiatric Health Systems in un documento congiunto dichiarano che "la contenzione ("restraints") e l'isolamento ("seclusion"), quando usati correttamente, possono essere interventi salvavita e che evitano lesioni" (24).

Nel documento congiunto tra American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurse Association e la National Association of Psychiatric Health System, "Learning from each other, success stories and ideas for reducing Restraints/Seclusion in behavioral health" si dichiara " dal momento che negli ospedali e negli altri setting terapeutici, gli individui con gravi disturbi mentali e problemi di abusi di sostanze sono, a volte, pericolosi per sé e per gli altri, ci devono essere strategie e programmi per determinare perché, quando e come questi interventi devono essere usati"... la vera sfida è trovare un equilibrio tra garantire la sicurezza ed allo stesso tempo assicurare la dignità del paziente ed evitare un uso inappropriato della contenzione/isolamento".

Sulla stessa linea, l'American Psychiatric Association insieme con l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry e la National Association of Psychiatric Health Systems che sottolinea "il nostro obiettivo è quello di assicurare un trattamento medico necessario in un ambiente che è sicuro per i pazienti e per lo staff" (25). Non si può non concordare con questa affermazione che indica un percorso clinico-procedurale rigoroso che non può non partire dalla definizione del fenomeno.

Appare quindi evidente come l'analisi ed il giudizio di efficacia della pratica delle contenzione meccanica in psichiatria debba essere compito dei clinici e dei ricercatori che, per primi, intendono valutare i propri interventi con rigosità scientifica e sono interessati a superare il clima di diffidenza che riguarda i trattamenti dei disturbi mentali.

1.3 Analisi della letteratura

L'isolamento e la contenzione meccanica sono i provvedimenti più comunemente usati per la gestione del comportamento aggressivo e violento auto ed eterodiretto (26,27). Entrambi i provvedimenti sono considerati "sostanzialmente efficaci nel ridurre l'agitazione e prevenire lesioni" (27).

Esiste anche un ampio consenso che allo stato attuale i provvedimenti coercitivi siano indispensabili (28-34). Allo stesso modo si crede che gli interventi coercitivi "possano avere effetti dannosi sia fisici che (più spesso) psicologici sui pazienti" (27).

Sebbene alcuni autori considerino la contenzione come il sistema più sicuro e più dignitoso (35,36), altri stimano da 50 a 150 decessi per anno negli Stati Uniti legati alla cattiva

applicazione di questa tecnica (28). Le patologie somatiche collegate come complicanza alla contenzione sono: asfissia (come complicanza principale), trauma toracico, polmonite "ab ingestis", rush catecolaminico, rabdomiolisi, complicanze tromboemolismo (37). In letteratura è descritto come gli stati di eccitamento acuto siano associati ad elevate mortalità e che l'intervento più prossimo al decesso non sia necessariamente la causa di morte (38).

In questo senso l'analisi delle problematiche relative alla contenzione si inserisce nell'ampio capitolo della gestione dei comportamenti aggressivi. Studi inglesi riportano che sino al 50% dello staff infermieristico ed 1 paziente su 7 sono soggetti ad aggressioni fisiche (39). Sebbene la maggior parte di tali aggressioni si risolva senza o con transitori danni fisici, sul piano psicologico sono descritte reazioni di rabbia, ansia, disturbi da stress post traumatico, sensi di colpa, autoaccusa e vergogna anche in assenza di lesioni fisiche (40).

I dati circa la diffusione dell'utilizzo di questa tecnica non sono univoci. Il lavoro di review più noto risale al 1992 e riporta ampia variabilità tra le diverse strutture e stima l'utilizzo della manovre di isolamento e di contenzione in percentuali che variano dallo 0 al 66% (41). Tale variabilità è confermata anche in studi successivi (42, 43). Anche nella Comunità Europea i dati sui trattamenti obbligatori in psichiatria variano largamente (44), ma non esistono dati circa le caratteristiche dei singoli interventi obbligatori. Ancora più scarsi sono i dati riferiti ai paesi in via di sviluppo (45).

Altri studi hanno valutato la frequenza delle contenzioni in rapporto al numero dei letti al fine di facilitare i confronti tra diversi tipi di reparti e ridurre la variabilità. La percentuale di contenzioni varia tra 9,3 per 100 letti al mese (46) fino a 25,8 per 100 letti al mese (47). Un censimento effettuato tra i ricoverati in Inghilterra e nel Galles nel 2005, ha riportato che 8% dei pazienti ha avuto almeno un episodio di controllo e contenzione durante il ricovero (48). I rapporti del 2006, 2007, 2008 hanno riportato percentuali del 8%, 11%, 12% rispettivamente (49, 50). Una frequenza più alta del 18% è stata riportata in uno studio su 12 Guardie psichiatriche per acuti se il campione veniva limitato ai pazienti che rimanevano ricoverati per almeno 2 settimane (51).

Un'altra modalità di indagine riguarda la rilevazione dei report relativi a incidenti legati ad aggressività e violenza, che non riguardano direttamente gli episodi di contenzione.

Uguualmente la percentuale di incidenti violenti che hanno come conseguenza la contenzione varia marcatamente tra il 12% sino al 76% in reparti speciali per pazienti violenti (52, 53).

Sono scarsi anche i dati circa le contenzioni ripetute sulle stessi pazienti e sulla durata delle contenzioni. In uno studio del 2004 presso 9511 centri negli Stati Uniti, è riportata una durata media del tempo di contenzione di 3,3 ore (54).

Le diagnosi correlate ad episodi di contenzione sono state oggetto di studi. I pazienti affetti da Schizofrenia con frequenza sino al 60% degli episodi di contenzione.(55,56). Lancaster e colleghi in uno studio su 680 episodi di contenzione meccanica descrivono la seguente distribuzione diagnostica: schizofrenia (33%), mania e psicosi agitate (20%), paranoia e reazioni psicotiche acute (17%), reazioni acute e disturbi di personalità (11%) e disturbi collegati a sostanze ed altro (18%) (57).

Più interessante è l'esame delle indicazioni alla contenzione dal punto di vista sintomatologico, dove il comportamento violento o la minaccia di violenza sono le cause più frequenti di contenzione (58,35).

La gestione delle condotte aggressive rappresenta nei reparti per acuti il problema centrale al cui interno trova collocazione la problematica della contenzione che non può essere analizzata separatamente come una variabile indipendente. Le caratteristiche collegate allo sviluppo delle condotte aggressive sono molte e variano tra caratteristiche primarie collegate alla persona e alla patologia (tra cui la presenza di precedenti episodi di aggressività e di condotte violente, minacciosità, ideazione paranoidea, rifiuto di comunicare, atteggiamento ostile, disturbi formali dell'ideazione, presenza di ansia, dolore, angoscia, pregresso o attuale uso di sostanze, presenza di stato confusionale e di patologie somatiche ecc.), fattori legati agli operatori (stabilità e preparazione dello staff, risorse inadeguate, esperienza degli operatori, mancanza di familiarità con le procedure del reparto, atteggiamento autoritario), fattori ambientali (accesso a strumenti di offesa, mancanza di aria fresca, mancanza di privacy, ambiente troppo caldo o troppo freddo, presenza di "nascondigli" nella struttura di ricovero, sovraffollamento, sovra stimolazione ambientale) (59,60,61).

1.4 Criticità

L'analisi dei dati e delle procedure che riguardano la misura della contenzione meccanica presentano una particolare complessità per le difficoltà metodologiche connesse al realizzare studi controllati, ma soprattutto perché lo studio di questo provvedimento medico non può essere effettuato senza l'analisi globale dei numerosi fattori variabili che sono coinvolte nella gestione dell'aggressività nei soggetti con patologie mentali.

Come tutti gli interventi medici è dotato di una sua pericolosità intrinseca e di implicazioni etiche di cui gli operatori appaiono essere consapevoli e motivati. C'è un generale consenso sulla volontà di limitarne l'utilizzo alle situazioni più difficili, tuttavia appare evidente dalla letteratura scientifica come la revisione di tale metodica non possa essere scissa da una più ampia revisione delle modalità di gestione dell'aggressività e delle condotte violente in ambienti psichiatrici.

Tale sforzo non può limitarsi alla limitazione di una singola procedura, ma richiede la condivisione a tutti i livelli della volontà di assicurare interventi efficaci garantendo la disponibilità di risorse e competenze adeguate.

2) CAMPO DI APPLICAZIONE

Le procedure di contenzione fisica devono considerarsi come dispositivo utile/indispensabile in molteplici setting "sanitari" soprattutto quando, per le caratteristiche del paziente, della patologia e delle circostanze, non sia possibile rispondere altrimenti e con sollecitudine a situazioni di indubbia gravità e pericolo sia rispetto al paziente che agli operatori coinvolti nell'assistenza e cura. Si possono quindi individuare quali utili destinatari di tali linee guida tutte le UU.OO. di degenza ospedaliera, il 118, il Pronto Soccorso, le RSA e le Comunità Protette.

Nella considerazione di dover prestare specifica attenzione alla gestione del paziente con problematiche psichiatriche, le presenti raccomandazioni operative sono state formulate specificatamente per gli operatori della Salute Mentale e con particolare attenzione ai servizi ospedalieri di diagnosi e cura (SPDC).

3)RIFERIMENTI NORMATIVI

Posizione di garanzia: principio che sancisce per i professionisti sanitari l'obbligo di solidarietà e protezione imposto dagli articoli 2 e 32 della Costituzione nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità, salvaguardando i soggetti potenzialmente destinatari di manifestazioni di violenza fisica auto od etero diretta ed intervenendo, all'occorrenza e con l'urgenza richiesta di volta in volta dal caso concreto. In caso contrario il sanitario può trovarsi a rispondere di eventi lesivi o dannosi cagionati dai pazienti su di sé o su terzi, o delle conseguenze negative sul piano terapeutico del manifestarsi di crisi di particolare gravità in base al concetto della causalità omissiva previsto dall'ordinamento penale (ex art. 40 C.P comma II°: ".....Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo").

Stato di necessità: elemento scriminante previsto dall'ordinamento penale (art. 54 C.P.: "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo non da lui direttamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo") per chi commette un fatto illecito. Lo stato di necessità non rende legittimo ciò che è illecito (nella fattispecie limitazione della libertà personale mediante la contenzione fisica), ma lo rende impunito per il contesto in cui tale atto viene compiuto. Per stabilire se possa ipotizzarsi la scriminante di cui all'art. 54 c.p nei trattamenti sanitari di tipo coercitivo praticati nei confronti del paziente psichiatrico è necessario verificare la sussistenza dell'attualità e della gravità del pericolo (alla persona del paziente o ad altre persone), l'assenza di contributo causativo del pericolo da parte dell'agente (personale sanitario), l'adeguatezza del mezzo rispetto al pericolo medesimo e l'inevitabilità di quest'ultimo attraverso altre modalità legittime.

4) CONTENZIONE MECCANICA: MODELLI OPERATIVI

4.1 Procedure di Valutazione

Valutazione dell'escalation dell'aggressività: è compito di tutti gli operatori sanitari presenti in servizio valutare, con l'osservazione del paziente durante il ricovero, se emergano condizioni di disorganizzazione comportamentale e compromissione della capacità di relazione tali da poter presagire la messa in atto di comportamenti auto- o etero-lesivi e di agire tempestivamente. Se tale riscontro avviene da parte di personale non medico, questi deve riferire quanto osservato al medico presente in servizio o reperibile

Avvio delle tecniche di "de-escalation": tutto il personale è tenuto all'impiego delle modalità di comunicazione e relazione finalizzate ad attenuare ed eventualmente risolvere le situazioni di agitazione psicomotoria cercando di evitare la contenzione fisica del paziente (61).

Tranquillizzazione rapida: il medico nei limiti della disponibilità del pz e delle sue condizioni organiche generali prescrive terapia sedativa secondo quanto normato dalla letteratura scientifica basata sulle evidenze con possibilità di utilizzare piani di intervento personalizzati che tengano conto anche dell'opinione del paziente (62, 63).

Prescrizione della contenzione: tale compito compete esclusivamente al medico referente del reparto; al momento di porre in atto un contenimento fisico, anche in assenza di un valido consenso/dissenso, il medico potrà ugualmente prescrivere le misure contenitive in virtù dello stato di necessità, ove ne ricorrano i requisiti, e della posizione di garanzia nei confronti del proprio paziente. Nella temporanea assenza del medico, tutto il personale sanitario deve ritenersi autorizzato ad intervenire e provvedere per quanto necessario, avvisando il medico appena possibile.

4.2 Procedure di realizzazione

4.2.1 Fase Preparatoria:

Il medico:

1. Si assicura che il personale in turno sia in numero sufficiente (nelle situazioni più gravi almeno 5 operatori) e che conosca la procedura.

2. *Se il punto 1 non è sufficientemente soddisfatto, può decidere di attendere fino al cambio turno o, in alternativa, cercare di reperire altro personale ricorrendo alle Forze dell'Ordine nei casi di grave pericolosità*

Gli operatori:

1. *Verificano la disponibilità ed accessibilità di fascette e bulloni*
2. *Predispongono l'unità del malato (letto con materasso protetto da apposita tela cerata e lenzuolo) allontanando cuscini, coperte, sedie e comodini*
3. *Predispongono i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherine, camici)*
4. *Allontanano i visitatori e gli altri degenti*
5. *Preparano e controllano almeno n. 5 fasce di contenzione (1 per ogni arto + 1 di scorta) con 10 bulloni (2 per ogni fascia) e 1 o 2 chiavi magnetiche*

4.2.2 Fase di Azione:

Il medico:

1. *Con modalità proprie della de-escalation verbale spiega al paziente che tale procedura viene effettuata nel suo interesse, per sopperire alla momentanea incapacità di autocontrollo e che si provvederà a rimuovere tale condizione il prima possibile*
2. *Collabora alla realizzazione della contenzione con la responsabilità delle funzioni vitali*
3. *Valuta la necessità della medicazione farmacologica dando indicazioni in tal senso e procedendo, il prima possibile, alla registrazione della terapia nella cartella clinica (diario e schede apposite)*
4. *Registra in cartella clinica l'evento specificando:*
 - *le cause che l'hanno richiesto specificando il fallimento di tecniche alternative*
 - *il tipo di contenzione (numero degli arti contenuti ed eventuale utilizzo della fascia toracica)*
 - *l'orario di inizio*
 - *i controlli da effettuare*
5. *Da indicazioni agli operatori circa le modalità di gestione*
6. *Provvede alle informazioni dovute verso i familiari o gli aventi diritto*
7. *Provvede ad aggiornare il registro delle contenzioni*

Gli operatori:

1. *Provvedono a spogliarsi di qualunque oggetto possa risultare pericoloso (occhiali, orologio, penne, ecc.)*
2. *Procedono al contenimento fisico coordinandosi fra di loro*

4.2.3 Fase di Assistenza:

Il medico:

1. *Effettua una valutazione clinica sul paziente ad ogni cambio turno. Dovrà altresì visitare il paziente in caso di segnalazioni da parte del personale infermieristico circa alterazioni significative dei parametri vitali e/o segni direttamente o indirettamente riconducibili a complicanze secondarie alla contenzione fisica ovvero di alterazioni dello stato di coscienza.*
2. *Attesta in cartella l'obiettività rilevata e l'orario di effettuazione della visita.*
3. *Valuta in base alle risultanze della visita (e degli eventuali referti ematochimici e strumentali nonché delle consulenze specialistiche) le misure terapeutiche, profilattiche ed assistenziali necessarie e la sussistenza delle condizioni che rendono necessaria la prosecuzione della contenzione ovvero l'opportunità di sospendere le misure contenitive*
4. *Valuta la necessità di introdurre una terapia tromboembolica quando la contenzione si protragga oltre 1 giorno e comunque in considerazione delle condizioni cliniche del paziente*
5. *Promuove la discussione in Equipe allargata (SPDC/Territorio) coordinata dal responsabile di SPDC con supervisione del direttore di UOC e/o Direttore di DSM per i casi di contenzione registrati come problematici per tempo trascorso e complicanze eventuali. L'effettuazione di tale riunione va segnalata in cartella clinica.*

Gli operatori:

1. *Garantiscono la continuità nella sorveglianza del paziente contenuto nel rispetto del piano delle attività; ciascun operatore ha cura di annotare gli interventi nella scheda di pianificazione interventi , apponendo la propria sigla*

2. *Provvedono al soddisfacimento dei bisogni di igiene corporea, eliminazione, alimentazione, idratazione, incolumità personale, tranquillità e riposo notturno adeguato*
3. *Garantiscono il monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, temperatura corporea) ogni due ore e comunque all'occorrenza, con relativa registrazione nella scheda*
4. *Controllano i punti di ancoraggio delle fasce almeno una volta per turno, provvedendo, se necessario, all'utilizzo di cotone di germania per protezione dei punti di contatto delle fasce con la cute*
5. *Controllano il MSC (movimento, sensibilità e calore) delle estremità provvedendo, ogni due ore, ad allentare (previa verifica dello stato di agitazione), per circa dieci minuti, la contenzione onde prevenire episodi ischemici*
6. *Realizzano un ambiente calmo e rilassante*
7. *Controllano con visione diretta il paziente almeno ogni 15 minuti, per tutta la durata della contenzione salvo esigenze cliniche differenti*
8. *Segnalano al medico se si ravvisino gli estremi per la cessazione delle misure contenitive*

4.2.4 Fase di risoluzione:

La fine della contenzione meccanica avviene su valutazione degli operatori presenti e dietro disposizione del medico per la verificata risoluzione dello stato di necessità

Il medico:

1. *Valuta lo stato psichico del malato ed evidenzia la fine delle condizioni determinanti la contenzione*
2. *Prescrive l'interruzione della contenzione*
3. *Aggiorna la scheda, la cartella clinica e il registro delle contenzioni, specificando l'orario della fine del provvedimento*
4. *Informa il malato che sono cessate le condizioni che avevano richiesto il provvedimento e lo invita a riprendere la mobilità con gradualità*

5. *Informa gli infermieri circa le modalità di gestione*

Gli operatori:

1. *Procedono alla rimozione delle fasce*
2. *Controllano i parametri vitali,*
3. *Aggiornano per quello che compete delle scheda di contenzione e la cartella clinica*
4. *Continuano il monitoraggio delle condizioni psichiche*

4.2.5 Debriefing

In seguito alla rimozione della contenzione del paziente, non appena possibile, tutti i componenti dello staff, che hanno gestito tale procedura, coordinati dal responsabile SPDC devono promuovere e partecipare ad un debriefing, al quale, ove possibile e opportuno, partecipi anche il paziente.

Il debriefing è una grande occasione per quanti sono stati coinvolti nella contenzione per esaminare, condividere e confrontare sensazioni e percezioni. Risulta un'opportunità per riesaminare i dati clinici, rivedere il piano di trattamento, migliorare le proprie competenze, con l'obiettivo ulteriore di discutere, chiarire le criticità emerse con l'episodio di contenzione (64).

5) CONTENZIONE MECCANICA: PROCEDURE DI MONITORAGGIO:

La pratica della contenzione va considerata una tecnica non esente da problematiche, quindi devono essere adottate tutte quelle precauzioni che mettono in sicurezza il paziente e gli operatori con particolare attenzione ad evitare gli incidenti più frequenti, tra questi soprattutto le complicanze legate all'uso scorretto e prolungato dei mezzi di contenzione fisici.

Tali complicanze vengono controllate e ridotte attraverso il corretto utilizzo della procedura della contenzione fisica e l'utilizzo di dispositivi di controllo e monitoraggio che permettano di rilevare e correggere le eventuali inadeguatezze. A quest'ultimo riguardo si ritiene indispensabile la formalizzazione di "registri specifici" che devono costituirsi presso tutti gli SPDC permettendo così una valutazione periodica e regolare delle attività.

5.1 Registro delle contenzioni

Ogni atto di contenzione deve essere attestato dal medico referente per il SPDC in un apposito registro con pagine numerate e timbrate dalla Direzione Sanitaria di Presidio (la conservazione del registro risulta come responsabilità del coordinatore infermieristico).

Per ogni atto di contenzione andranno in esso indicati:

- Nome e cognome
- Inquadramento nosografico
- Carattere del ricovero (volontario o obbligatorio)
- Problema per il quale viene determinata la contenzione
- Ora di inizio della contenzione
- Ora di cessazione della contenzione
- Eventuali eventi avversi

5.2 Indicatori/Parametro di Controllo

- **Costituzione di un "gruppo di lavoro"**: tale gruppo a responsabilità del Direttore del DSM (costituito dal responsabile del SPDC, da un medico dell'SPDC, dal coordinatore infermieristico, da un infermiere dell'SPDC, da un medico del CSM) ha il compito di un **riesame semestrale** di tutti i casi di contenzione e di redigere e mantenere le procedure.
- **Report annuale**: va inviato dal Direttore del DSM all'Area di Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'ASUR con specificazione dei dati previsti:
 1. numero totale di contenzioni effettuate
 2. numero delle contenzioni in regime di TSO
 3. numero dei pazienti con contenzioni ripetute nell'anno (e numero delle stesse per paziente)
 4. numero delle contenzioni di durata superiore alle 72 ore
 5. gli eventuali eventi avversi
 6. le date di verifica semestrale
 7. ogni altro elemento utile al monitoraggio

6) LISTA DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura deve risultare distribuita a:

- 1. Personale medico ed infermieristico del SPDC*
- 2. Personale medico ed infermieristico del DSM*
- 3. Direttore del DSM*
- 4. Direzione Sanitaria di Presidio*

Si incaricherà della distribuzione il Coordinatore Infermieristico del SPDC.

All'atto della consegna della procedura il ricevente firmerà per ricevuta impegnandosi con ciò alla conoscenza ed alla scrupolosa osservazione delle indicazioni in essa contenuta.

7) FORMAZIONE

Dovranno essere organizzati da tutti i DSM, con la supervisione dell'Area di Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'ASUR, Corsi di Formazione a favore del personale sanitario dipartimentale riguardanti le pratiche di riconoscimento e gestione dell'aggressività (riferimenti normativi, fattori di rischio, sintomi precoci, de-escalation e contenzione meccanica). Tali corsi andranno organizzati a cadenza annuale.

8) MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

Legenda : R: referente responsabile

C: referente collaboratore

FIGURE RESPONSABILI	Medico SPDC	Infermieri	Coord. Inferm.co	Responsabile U.O. SPDC	Direttore UOC e/o DSM	Direttore San. PO	Medico Ref. Territorio
ATTIVITA'							
<i>Esame delle opzioni tecniche e organizzative alternative</i>	R	C					
<i>Valutazione della necessità di contenzione</i>	R	C	C				
<i>Prescrizione della contenzione</i>	R	C					
<i>Attuazione della contenzione</i>	C	R	C				
<i>Attestazione nel registro</i>	R						
<i>Conservazione del registro</i>		C	R				
<i>Attestazione nel diario Clinico</i>	R	R					
<i>Monitoraggio del paziente ed altre misure assistenziali</i>		R					
<i>Verifica clinica del paziente</i>	R	C					
<i>Prescrizione dei provvedimenti terapeutici, profilattici ed assistenziali, delle indagini ematochimiche e strumentali e delle consulenze specialistiche</i>	R	C					

Verifica dei referti ematochimici e strumentali	R	C					
Ufficializzazione del registro						R	
Prescrizione del termine della contenzione	R	C					
Conservazione e manutenzione del materiale per la contenzione		R	C				
Attivazione verifica e approfondimento clinico				R	C		C
Debriefing	C	C	C	R			
Costituzione "gruppo di lavoro"	C	C	C	C	R		C
Invio dati All'Area di Coordinamento Funzionale Salute Mentale dell'ASUR				C	R		
Distribuzione della procedura			R				
Organizzazione della Formazione					R		

9) BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Mental health legislation and human rights. Mental Health Policy and Service. Guidance Package.* Geneva: World Health Organization; 2003
2. Belkin GS. *Self-restraint, self-examination: a historical perspective on restraints and ethics in psychiatry.* *Psychiatr. Ser.v.* 2002; 53:663-664.
3. Appelbaum PS. *Seclusion and restraint: Congress reacts to reports of abuse.* *Psychiatr Serv* 1999; 50:881-882, 885.
4. Dyer C. *Unjustified seclusion of psychiatric patients is breach of human rights.* *Br Med J* 2003; 327:183.
5. Gooding L. *Experts draw up guide on managing violence.* *Nurs Standard* 2004; 18:4.
6. Davis P. *Restraint - the last resort?* *J Orthopaed Nurs* 2004; 8:71.
7. World Psychiatric Association. *Declaration of Madrid. Madrid, Spain, 10th World Congress of Psychiatry;* 1996.
8. Kingdon D, Jones R, Lönnqvist J. *Protecting the human rights of people with mental disorder: new recommendations emerging from the Council of Europe.* *Br J Psychiatry* 2004; 185:277-279.
9. Council of Europe. *Recommendation No. Rec (2004) 10.*
10. Council of Europe. *8th General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997.*
11. Niveau G. *Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT.* *Eur. Psychiatry* 2004; 19:146-154.

12. *European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Visit Report, Niuvanniemi Hospital, CPT/Inf Strassburg: Council of Europe; 2004.*
13. *Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. Psychiatric Services 2004; 55: 1311–12.*
14. *. World Health Organization. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Stop exclusion, dare to care. World Health Organization 2005,*
15. *American Psychiatric Association, Work Group on Schizophrenia, Lehmann AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia, 2nd edition, 2004.*
16. *Council of Europe Steering Committee on bioethics (CEBP) Working Party on Psychiatry. White paper on the protection of human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishments. Strasbourg 2000.*
17. *Curie CG. SAMHSA's commitment to eliminating the use of seclusion and restraint. Psychiatric Services 2005; 56: 1139–40.*
18. *Huckshorn KA. Re-designing state mental health policy to prevent the use of seclusion and restraint. Administration and Policy in Mental Health 2006; 33: 482–91.*
19. *Marder SR. A review of agitation in mental illness. treatment guidelines and current therapies. The Journal of Clinical Psychiatry 2006; 67: 13–21.*
20. *Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. Worldviews on evidence-based nursing 2006; 3: 8–18.*

21. Niveau G. *Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT. European Psychiatry* 2004; 19: 146–54.
22. Sailas E, Fenton M. *Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. The Cochrane database of systematic reviews* 2000, p.CD 001163.
23. American Hospital Association/National Association of Psychiatric Health Systems (1999). *Guiding principles on restraint/seclusion. Washington, DC.*
24. American Psychiatric Association/American Academy of Child & Adolescent Psychiatry/ National Association of Psychiatric Health Systems *Joint Statement of General Principles on Seclusion and Restraint, May 1999*
25. Bush AB, Shore MF. *Seclusion and restraint; a review of recent literature. Harvard Review of Psychiatry*, 2000; 8: 261–70.
26. Fisher WA. *Restraint and seclusion: A review of the literature. American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1585–91.
27. Alty A. *Nurses' learning experience and expressed opinions regarding seclusion practice within one NHS trust. J Adv Nurs* 1997; 25: 786–93.
28. Salib E, Ahmed AG, Cope M. *Practice of seclusion: a five-year retrospective review in North Cheshire. Medicine, science, and the law* 1998; 38: 321–27.
29. Appelbaum PS. *Seclusion and restraint: Congress reacts to reports of abuse. Psychiatric services* 1999; 50:881–85.
30. Savage L, Salib E. *Seclusion in psychiatry. Nursing Standard* 1999; 13: 34–37.
31. Griffiths L. *Does seclusion have a role to play in modern mental health nursing? British Journal of Nursing* 2001; 10: 656–61.
32. Needham I, Abderhalden C, Dassen T et al. *Coercive procedures and facilities in Swiss Psychiatry. Swiss Medical Weekly* 2002; 132: 253–58.

33. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 2004; 12: 347–51.
34. Gutheil TG. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *American Journal of Psychiatry* 1978; 135: 325–28.
35. Farnham FR, Kennedy HG. Acute excited states and sudden death. *British Medical Journal* 1997; 315: 1107–08.
36. Adverse Effects Associated With Physical Restraint. Wanda K Mohr, Theodore A Petti, Brian D Mohr. *Can J Psychiatry* 2003; 48:330–337).
37. Farnham FR, Kennedy HG. Acute excited states and sudden death. *British Medical Journal* 1997; 315: 1107–08.
38. Healthcare Commission (2007). *Count me in 2007. Results of the 2007 national census of inpatients in mental health and learning disability services in England and Wales.* Healthcare Commission, London.
39. Needham, I., Aberbalden, C., Halfens, R., Fischer, J., Dassen, T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 49, 283-296.
40. Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc. Sci. Med.* 1992; 35:711-721.
41. Lendemeijer B, Shortridge-Baggett L. The use of seclusion in psychiatry: a literature review. *Sch. Inq. Nurs. Pract.* 1997; 11:299-315.
42. Kaltiala-Heino R, Tuohimaki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003; 26:139-149.
43. Salize H. *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients - legislation and practice in EU-member states.* Mannheim: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General; 2002.

44. *Sebit MB, Siziya S, Acuda SW, Mhondoro E. Use of seclusion and restraint in psychiatric patients in Harare Hospital Psychiatric Unit, Zimbabwe: gender differences. Cent Afr J Med 1998; 44:277-280.*
45. *Ryan, C. & Bowers, L. An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2006; 13, 527-532.*
46. *Parkes, J. (2003). The nature and management of aggressive incidents in a medium secure unit. Medicine, Science and the Law, 43, 69-74.*
47. *Healthcare Commission. Count Me In. 2005 Results of a National Census of Inpatients in Mental Health Hospitals and Facilities in England and Wales. Healthcare Commission, London. 2005*
48. *Healthcare Commission Count me in 2006. Results of the 2006 national census of inpatients in mental health and learning disability services in England and Wales. Healthcare Commission, London. 2005*
49. *Healthcare Commission. Count me in 2007. Results of the 2007 national census of inpatients in mental health and learning disability services in England and Wales. Healthcare Commission, London. 2007*
50. *Healthcare Commission. Count me in 2008. Results of the 2008 national census of inpatients in mental health and learning disability services in England and Wales. Healthcare Commission, London.2008*
51. *Bowers, L., Simpson, A., Alexander, J. (2003). Patient-staff conflict: results of a survey of acute psychiatric wards. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38, 402-8.*
52. *Torpy, D. & Hall, M. Violent incidents in a secure unit. Journal of Forensic Psychiatry 1993; 4, 517-544.*
53. *Larkin, E., Silvester, M., Jones, S. A preliminary study of violent incidents in a special hospital (Rampton). British Journal of Psychiatry 1988; 153, 226-231.*

54. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:42-49.
55. Duff, L., Gray, R., Brostor, F. The use of control and restraint techniques in acute psychaitric units. *Psychiatric Care* 1996; 3, 230-234.
56. Lancaster, G.A., Whittington, R., Lane, S., Riley, D., Meehan, C. Does the position of restraint of disturbed psychiatric patients have any association with staff and patient injuries? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2008; 15, 306-312.
57. Angold A. Seclusion. *Br J Psychiatry* 1989; 154:437-444.
58. College Research Unit, Management of imminent violence: clinical practice guidelines to support mental health service. Occasional paper 41. 1998. London. Royal College of Psychiatrists.
59. Palmstierna T., Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behaviour on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Communty Psychiatry*, 1991, 42; 1237-1240.
60. Leanne C., Rhian D et al. De-escalating aggression and violence in the mental health setting , *.International Journal of Mental Health Nursing* 2003 12; 64-73
61. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Violence. The short term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical Guideline. London, National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. 2005
62. Hennel L.. Rapid Tranquillization Guidelines. Cornwall Partnership NHS Trust. 2009
63. G. Ducci. Buone Pratiche in SPDC. Collana 'Psichiatria d'urgenza' Alpes Italia. 2010

Riferimenti bibliografici ulteriori:

Lion JR, Bach Y.Rita, Ervin F.R. Violent patients in the Emergency Room. American J of Psychiatry 1969.

Anderson L.N. e Clarke J.T. De-Escalating verbal aggression in primary care settings . Nurse Practitioner 1996; 21(10) , 95-107.

Jenkins MG , Rocke LG , McNicholl BP et al. Violence and Verbal Abuse against staff in Accident And Emergency departments: a survey of consultants in the U.K. and the republic of Ireland. J Accid Emerg Med 1998; 21(10) 95-107.

Corso di Formazione J.B. Poussein anno 1999-2000. Istruzione Operativa 2.201-36 – IRCCS – S.Matteo – Pavia.

Eva Skolnik-Acker, LICSW. Commettee for the study and prevention of violence against Social Workers NASWMA 2008.

Circolare Regionale N 16 del 22/10/09 del Servizio di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia Romagna.

Conferenza delle Regioni e Provincie Autonome (10/081/CR07/C7); contenzione fisica in Psichiatria : una strategia possibile di prevenzione ., Roma 29 luglio 2010 .

Regione Marche: Gruppo di lavoro sulla "Contenzione in psichiatria". Prot.245558/S04/NS, 2010 .

Quaderni italiani di Psichiatria ; Società Italiana di Psichiatria : Raccomandazioni inerenti la contenzione fisica .2012 .

V.Feroli. Contenzione: aspetti clinici, giuridici, psicodinamici. Psichiatria e Psicoterapia 2013; 32.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale di Bioetica. La contenzione: problemi. 2015.

Quaderni a buon diritto ; n.1 gennaio 2017 ; " contenere" la contenzione meccanica in Italia ; primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC .

Letto, firmato e sottoscritto dai componenti del Gruppo di Miglioramento di seguito indicati:

Dr L Badioli; Dr M Mari; Dr S Bonifazi; Drssa S. Giuliani; DR M Pettinelli; Dr M Giansanti;

Dr A Meloni; Drssa M Palmieri; Dr M Giri; Dr S Nassini e Dr Paolo Pedrolli, in qualita' di coordinatore.

Ancona 8 ottobre 2018