

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Dipartimento di Medicina Molecolare

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**LA PRATICA DELLA CONTENZIONE QUANDO IL BAMBINO SI
OPPONE ALLE PROCEDURE INFERMIERISTICHE: UNA
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof. Daniele Rodriguez

Correlatore: Dott.ssa Vittoria Marchese

Laureanda: Martina Valentini

Matricola: 1032194

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

Abstract

Introduzione

Pagina

CAPITOLO 1

1.1 La contenzione	1
1.2 Aspetti giuridici, etici e deontologici	2
1.3 Problema: contenzione e pazienti pediatrici	4
1.4 Differenze tra i termini	7

CAPITOLO 2: Materiali e metodi

2.1 Fonti dei dati, parole chiave e criteri di esclusione	9
2.2 Stringhe di ricerca e articoli selezionati	9

CAPITOLO 3: Risultati della ricerca

3.1 Utilizzo della contenzione durante le procedure cliniche in pediatria	13
3.2 Le motivazioni per l'utilizzo della contenzione	14
3.3 Le esperienze degli infermieri	15
3.4 Le esperienze dei genitori	16
3.5 Le esperienze dei bambini	17
3.6 Formazione ed educazione riguardo le tecniche di contenzione	17
3.7 Strategie per migliorare la pratica clinica	18

CAPITOLO 4

4.1 Discussione	21
4.2 Conclusioni	27

Bibliografia

ALLEGATI

ABSTRACT

Introduzione: I bambini ospedalizzati sono spesso sottoposti a diverse procedure cliniche, anche invasive e dolorose, e quando questo accade, il successo della procedura viene a volte raggiunto tramite il ricorso alla contenzione fisica. Gli infermieri e i professionisti sanitari sperimentano però un conflitto personale nel decidere se sottoporre un bambino alla contenzione, quando egli si oppone alla procedura clinica, anche se la procedura è ritenuta necessaria per raggiungere il benessere del bambino.

La tesi analizza, attraverso una revisione di letteratura, gli aspetti etici e legali nell'utilizzo della contenzione, la frequenza e le motivazioni nel suo utilizzo durante le procedure cliniche in pediatria, le esperienze di coloro che ne sono coinvolti, l'educazione e la formazione che ricevono i professionisti sanitari, e le guide disponibili riguardanti il suo utilizzo.

Metodi: La ricerca della letteratura è stata eseguita attraverso le banche dati elettroniche "Pubmed" e "Cinahl", mediante le parole chiave "restraint", "children", "clinical procedures" e "nursing", dalle quali sono stati reperiti e analizzati 24 articoli.

Sono stati consultati, per la ricerca di ulteriore materiale, i rispettivi siti Internet di Ipasvi, Royal College of Nursing, EACH, ABIO e Unicef, per un totale di 34 articoli.

Infine, è stato tenuto in considerazione il Codice Deontologico dell'Infermiere (2009).

Risultati: I risultati confermano che il ricorso alla contenzione, da parte degli infermieri, per portare a termine una procedura clinica, è frequente in tutti i contesti sanitari pediatrici, e l'utilizzo maggiore avviene nei reparti di radiologia medica. La frequenza nell'utilizzo dipende dal tipo di procedura (la frequenza aumenta durante il posizionamento di sondino naso-gastrico, l'inserzione di catetere venoso periferico e durante la puntura lombare) e dall'età del bambino (la frequenza aumenta con il diminuire dell'età del bambino). Le motivazioni principali, per il ricorso alla pratica, date dai professionisti sanitari, sono la garanzia di sicurezza e l'età del bambino, mentre i sentimenti suscitati da tale pratica, in coloro che la subiscono e in coloro che ne sono coinvolti, sono per la maggior parte sentimenti negativi e di disagio. Vengono infine riportate e riassunte, alcune guide, sviluppate dagli autori, per orientare la decisione dei professionisti sanitari in relazione a come e quando procedere con la contenzione.

Discussione: Vi è una ricerca limitata in relazione all'utilizzo della contenzione per portare a termine le procedure infermieristiche in ambito pediatrico: il ricorso a tale pratica dovrebbe avvenire come ultima risorsa, quando le alternative, ovvero le tecniche farmacologiche e non farmacologiche, non si siano rivelate efficaci, e la decisione di procedere con la contenzione dovrebbe essere intrapresa in modo collaborativo, con tutti i professionisti sanitari che si occupano della cura del bambino, con i genitori e, quando possibile, con il bambino stesso. L'utilizzo della contenzione deve avvenire ad opera di personale competente, secondo modalità sicure ed approvate, e nel rispetto dei diritti del bambino.

INTRODUZIONE

Durante il periodo di frequenza del tirocinio, ho trascorso un mese in un reparto ospedaliero pediatrico; in questo periodo ho scoperto alcuni “problemi” a cui prima, lavorando con persone adulte, non avevo pensato.

Il bambino infatti, quando è sottoposto ad una procedura infermieristica, come può essere ad esempio un prelievo ematico, non pone il braccio come farebbe un adulto, ma, spaventato dall’ago, dall’ambiente a lui estraneo, da noi operatori “con il camice bianco” e dal dolore che, spesso, sa che sta per arrivare, attua dei comportamenti comprensibili, ma pericolosi, che non ci permettono di svolgere il nostro lavoro in modo sicuro: cerca di allontanarsi, piange, urla, si muove, scappa, si aggrappa ai genitori. Questo è vero per i bambini più piccoli, sotto i 10 anni di età circa, mentre all’aumentare dell’età il bambino diventa sempre più collaborante e tali situazioni si verificano più raramente.

Quando le alternative, ovvero le tecniche di distrazione e negoziazione, il gioco oppure i farmaci per ridurre il dolore, non funzionano, un metodo per portare a termine la procedura sembra essere quello dell’utilizzo della contenzione fisica.

Tale metodo però, pone l’infermiere che lavora in contesti pediatrici a domandarsi quotidianamente quando e come la pratica della contenzione è accettabile per portare a termine una procedura clinica e se ciò avviene nel rispetto dei diritti del bambino, dei principi etici della pratica infermieristica ed effettivamente nel miglior interesse del bambino.

E’ proprio all’interno di questo reparto, che questi interrogativi hanno avuto luogo anche per me e, di conseguenza, mi sono chiesta se sia corretto o meno l’utilizzo della contenzione fisica quando il bambino si oppone alle procedure cliniche.

OBIETTIVO

La tesi nasce con l’intento di dare una risposta a questo mio quesito, tramite una revisione della letteratura, allo scopo di analizzare:

- Gli aspetti etici e legali della pratica della contenzione.
- L’utilizzo e la frequenza nell’utilizzo di tale pratica durante le procedure cliniche pediatriche.
- Le motivazioni o le ragioni che spingono i professionisti sanitari a ricorrere alla contenzione in tali situazioni.
- Le esperienze e gli effetti di coloro che ne sono coinvolti ovvero i bambini, i genitori e i professionisti sanitari.
- L’educazione e la preparazione che ricevono i professionisti sanitari sull’uso di tale pratica.
- Le guide e i suggerimenti per aiutare gli infermieri nel processo di decisione sull’utilizzo della contenzione nei bambini durante le procedure cliniche.

ORGANIZZAZIONE INTERNA DEL LAVORO DI TESI

All'interno del primo capitolo viene definita la contenzione e le diverse modalità di contenzione; tale pratica viene in seguito discussa in relazione alle implicazioni giuridiche, etiche e deontologiche, con particolare riferimento alla contenzione utilizzata in ambito pediatrico. Vengono inoltre riportate le definizioni, date dagli autori degli articoli analizzati, dei termini inglesi utilizzati per esprimere e descrivere il concetto di contenzione in ambito sanitario.

Nel secondo capitolo vengono riportati i materiali e metodi utilizzati per la ricerca della letteratura disponibile, ovvero le banche dati elettroniche consultate, le parole chiave e le stringhe di ricerca effettuate, gli articoli reperiti e la consultazione di ulteriore materiale tramite i siti Internet di enti ed associazioni.

All'interno del terzo capitolo vengono esposti e riassunti i risultati trovati, tramite l'analisi degli articoli selezionati, in relazione agli obiettivi precedentemente proposti, ovvero l'utilizzo e la frequenza della contenzione durante le procedure cliniche pediatriche, le motivazioni per il suo utilizzo, le esperienze di coloro che ne sono coinvolti e l'educazione e la formazione di chi la applica. Vengono inoltre riportate alcune guide, proposte dagli autori, per orientare gli infermieri ed i professionisti sanitari nell'utilizzo di tale pratica.

Nel quarto, ed ultimo, capitolo vengono infine discussi i risultati trovati, in relazione a punti di accordo o disaccordo tra gli autori e/o tra i dati presentati e i limiti della ricerca.

CAPITOLO 1

1.1 LA CONTENZIONE

Per contenzione di una persona assistita si intende un atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi fisici, chimici, oppure ambientali, utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante, allo scopo di limitarne i movimenti volontari o di controllarne i comportamenti (Ipasvi).

In base a tale definizione esistono diverse modalità di contenzione:

- Contenzione fisica: si riferisce all'utilizzo di dispositivi o mezzi applicati alla persona stessa, oppure il loro uso come barriera nell'ambiente, per controllarne o limitarne i movimenti.
- Contenzione chimica: è intesa come la somministrazione di farmaci che modificano il comportamento della persona agendo come tranquillanti e sedativi.
- Contenzione ambientale: comprende i cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitare o controllare i suoi movimenti.
- Contenzione psicologica: comprende l'insieme delle tecniche che permettono all'operatore di gestire il rapporto con il paziente aggressivo e/o violento in modo efficace e sicuro, allo scopo di allentare la tensione e di recuperare la relazione.

La pratica della contenzione ha avuto origine in psichiatria, infatti l'uso dei mezzi coercitivi per l'assistenza ai malati mentali è stato presente per secoli, non esistendo alcuna norma esplicita che ne regolasse il suo utilizzo, fino ad arrivare all'inizio del Novecento quando tale pratica viene finalmente messa in discussione. Con la legge del 1904 infatti, si entra nello specifico della contenzione come mezzo di eccezionale impiego; tale legge sui manicomi e sugli alienati viene attuata con il R.D. n. 615, nel 1909, in cui si recitava che *“il ricorso ai mezzi coercitivi è possibile solo in casi eccezionali”* e che *“nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione del Direttore o di un medico dell'Istituto. Deve essere indicata la natura e la durata del mezzo di coercizione”*. Tale R.D. viene poi abolito con la legge n. 180 del 1978 di riforma psichiatrica e attualmente nell'ordinamento giuridico italiano non vi è alcuna specifica disposizione di legge che disciplini l'uso dei mezzi di contenzione nella pratica clinica (Casciarri 2007).

Per quanto riguarda la contenzione fisica, una possibile classificazione dei mezzi di contenzione utilizzati è la seguente:

- Mezzi di contenzione per il letto (es. lenzuolo contentivo, sponde di protezione)
- Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona (es. cintura addominale)
- Mezzi di contenzione per segmenti corporei (es. cavagliere o polsiere)
- Sistemi di postura obbligata utilizzati a fini di contenzione (es. cuscini anatomici)

Non sono considerati mezzi di contenzione i gessi ortopedici e i bracciali che impediscono la flessione dell'arto durante un'infusione venosa, mentre la questione delle sponde che proteggono metà o tre quarti del letto è ancora dibattuta (Scarpa 2012).

1.2 ASPETTI GIURIDICI, ETICI E DEONTOLOGICI

L'utilizzo della contenzione è problematico perché deve tenere conto delle implicazioni sul piano della responsabilità, da parte di chi la utilizza, nei confronti dell'ottemperanza e del rispetto della Costituzione, del Codice Civile e Penale e del Codice Deontologico.

Parlare di contenzione infatti è difficile, perché tale atto lede il primo fondamento di una società civile, ovvero il diritto alla libertà individuale che, come ci ricorda la Costituzione Italiana, è un diritto inviolabile, pertanto *“[...] Non è ammessa forma alcuna di detenzione, [...] né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. [...] E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà [...]”* (Art.13 Costituzione Italiana). Questa dichiarazione è inoltre rinforzata dall'articolo 32 che recita; *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo [...]. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”* (Art.32 Costituzione Italiana).

Nella pratica clinica, il ricorso alla contenzione del paziente è inoltre messo in discussione sia in termini di efficacia, ci si chiede se riduca effettivamente il rischio di lesioni all'individuo e/o agli altri, sia sul piano etico; tutti i bisogni fondamentali della persona contenuta difatti vengono compromessi, il bisogno di protezione e sicurezza, quello di alimentazione, di eliminazione e di provvedere alla cura di sé. Da ciò, ne consegue una domanda fondamentale; quando e come ci si può sostituire alla volontà, seppur distorta, di una persona? Quando intervenire contro l'altrui libero arbitrio che rifiuta le cure e aggredisce sé stesso?

Tra i motivi che spingono i professionisti sanitari ad utilizzare i mezzi di contenzione vi sono la prevenzione delle cadute, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del paziente e, in alcuni casi, per la somministrazione della terapia farmacologica o per evitare che il soggetto rimuova eventuali dispositivi indispensabili per la sua assistenza (Ipasvi).

Se da un lato è vero che la contenzione, in alcune circostanze, è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste, dall'altro lato è altrettanto vero che dev'essere utilizzata con coscienza e solo in caso di effettivo bisogno, ed essa trova appunto legittimazione nello “stato di necessità”; *“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile [...]”*(Art.54 Codice Penale), ovvero nelle situazioni di eccezionale gravità, non gestibili in altro modo, che mettono a repentaglio l'incolumità della persona stessa, di chi la utilizza o di altri soggetti.

Occorre poi tenere presente che l'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni sia sul piano psicologico, del soggetto sottoposto a contenzione ma anche dei familiari, sia sul piano fisico, ed è quindi punibile per legge: *“Chiunque abusa di mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente.”* (Art.571 Codice Penale).

Altri casi in cui la contenzione può sfociare in reato, secondo il Codice Penale, sono sequestro di persona (Art.605), violenza privata (Art.610), maltrattamenti (Art.572), omicidio colposo (Art.589), lesioni penali colpose (Art.590) e abbandono di minore o incapaci (Art.591).

L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere valutato con attenzione, deve essere limitato nel tempo e utilizzato come ultima soluzione, quando mezzi alternativi, meno restrittivi, si sono dimostrati inefficaci allo scopo, ovvero l'incolumità della persona e di chi gli è vicino.

Gli infermieri hanno differenti doveri, in relazione al loro ruolo, infatti oltre a quelli appartenenti al loro stato di cittadini, hanno anche quelli relativi alla loro professione e al loro dovere di cura, espressi dal proprio Codice Deontologico che fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi etici che stanno alla base della relazione esistente tra l'infermiere e la persona assistita.

Il Codice Deontologico indica che l'infermiere deve adoperarsi *“affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”* (Art.30 Codice Deontologico dell'Infermiere). Per non incorrere nei reati di natura penale e adempiere allo spirito deontologico, la contenzione deve quindi essere correttamente motivata e documentata e non utilizzata come metodica abituale di accudimento.

Nell'applicazione della contenzione, l'infermiere può incorrere in un dilemma etico, ovvero in una situazione in cui si deve distinguere il bene dal male, il giusto dall'ingiusto, ma anche quando occorre decidere tra due valori entrambi moralmente accettabili che non possono essere contemporaneamente scelti perché, in una determinata circostanza, confliggono fra loro (Maffei 2011); l'infermiere in questo caso può infatti pensare di contravvenire ai principi etici propri della sua professione.

Tali principi sono il principio di *beneficialità*, ovvero agire nel migliore interesse del paziente, *non maleficenza*, ovvero non nuocere, *autonomia*, ovvero rispettare il diritto della persona a prendere le proprie decisioni, e infine *veridicità* e *giustizia*.

Riguardo la contenzione, il primo principio a non essere rispettato è quello dell'autonomia di decisione, perché, da definizione, la contenzione è applicata per controllare i movimenti volontari di un persona, anche se, tale scelta può essere spiegata con l'affermazione che si sta agendo nel migliore interesse della persona, quindi secondo il principio di beneficialità, per impedire che possa causare del male a sé stessa oppure agli altri.

Inoltre, nel prendere la decisione di contenere un persona, è spesso difficile agire nel principio di non maleficenza, poiché sia applicando la contenzione, sia non mettendola in atto, è possibile nuocere al paziente; nel primo caso possono derivare danni psicologici alla persona che la subisce, nel secondo caso possono derivare danni alla persona o gli altri, dovuti al comportamento della persona stessa che si intendeva evitare.

Il processo di decisione che porta all'uso della contenzione, deve quindi soppesare le conseguenze derivanti dalla sua applicazione e quelle derivanti invece dal non utilizzo (Royal College of Nursing 2008).

1.3 PROBLEMA: CONTENZIONE E PAZIENTI PEDIATRICI

Nell'ambito sanitario, la discussione sull'utilizzo della contenzione fisica, in letteratura, è tradizionalmente riportata nel contesto di pazienti con disturbi psicologici o malattie mentali, nella cura degli anziani e nelle unità di terapia intensiva, mentre, per quanto riguarda l'utilizzo di tale pratica negli ambienti di cura pediatrici, per malattie acute diverse dalla patologia mentale, vi è una ricerca limitata (Brenner 2014).

La cura dei bambini comprende spesso il loro dover essere sottoposti a procedure cliniche invasive, anche dolorose, e nel caso di bambini poco collaboranti il successo della procedura viene, molte volte, assicurato dall'utilizzo della contenzione fisica. A sostegno di ciò, come attesta la maggioranza della letteratura sull'argomento, il ricorso alla contenzione fisica, nei reparti di cura pediatrici, è una pratica utilizzata quotidianamente per portare a termine le procedure cliniche, siano esse mediche o infermieristiche (Brenner 2013; Demir 2007; Folkes 2005; Lambrenos et al. 2003; Pearch 2005), anche nonostante la presenza di strategie alternative, farmacologiche e non farmacologiche (Bray et al. 2015; Coyne et al. 2014).

Gli interventi farmacologici comprendono i farmaci per la sedazione o il rilassamento del bambino, le pomate anestetiche locali e gli spray a base di etile cloruro, mentre tra gli interventi non farmacologici vi sono le tecniche di distrazione e immaginazione guidata, l'utilizzo di giochi quali libri, bolle di sapone o audiovisivi, e la somministrazione di saccarosio utilizzata principalmente con i lattanti (Darby et al. 2011). Una spiegazione per l'utilizzo limitato delle tecniche alternative alla contenzione, potrebbe essere data, in accordo con Tomlinson (2004), dalla quantità di tempo che tali strategie richiedono per essere attuate. Gli studi suggeriscono inoltre che i bambini di età inferiore sono quelli più frequentemente sottoposti a contenzione (Coyne et al. 2014).

Quando l'uso della contenzione coinvolge i bambini, il dilemma etico tra responsabilità e beneficio, diventa ancora più problematico; la pratica deve avvenire in accordo ai principi etici della professione infermieristica, nel rispetto dei loro diritti fondamentali in quanto essere umani, e nel rispetto dei diritti relativi al loro stato di essere appunto "bambini".

La decisione di utilizzare la contenzione per portare a termine una procedura, quando altri metodi non si sono rivelati efficaci, può essere giustificata come un agire nel

miglior interesse del bambino, ma tale decisione deve essere consapevole dei potenziali effetti negativi che possono svilupparsi, come danni fisici o psicologici.

La Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (*Convention on the Rights of the Child*), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre del 1989, ha enunciato i diritti fondamentali che devono essere riconosciuti e garantiti a tutti i bambini e a tutte le bambine del mondo, e uno dei quattro principi maggiormente sottolineati è l'ascolto delle opinioni del minore (Art.12), che prevede il diritto dei bambini ad essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, tenendo conto della loro età e del loro grado di maturità (Unicef). Questo si traduce nella pratica clinica in un dovere, da parte dell'infermiere o di altri professionisti sanitari, di tenere in considerazione le capacità di decisione e partecipazione del bambino nel suo processo di cura, prima di procedere con la contenzione durante le procedure infermieristiche. Si ritiene che i bambini apprezzino le situazioni in cui viene loro garantita la possibilità di scelta e decisione riguardo la procedura cui stanno per essere sottoposti, pertanto, permettendo al bambino di scegliere quale braccio presentare per l'inserzione di un catetere venoso periferico oppure quale tipo di medicazione applicare, sono alcuni esempi di come gli infermieri possono coinvolgere i bambini nel loro processo di cura e di come promuovere la cooperazione (Coyne et al. 2014).

In Italia, nel 2008, la Fondazione ABIO (Associazione per il Bambino in Ospedale) ha redatto la *Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale* che sintetizza in dieci punti, tutto ciò che dovrebbe essere garantito ad un bambino nel corso del ricovero in ospedale; tale documento riprende la Convenzione del 1989 e si ispira alla Carta EACH (*European Association for Children in Hospital*) del 1988 (ABIO). La suddetta carta non parla nello specifico della pratica della contenzione, ma indica che il bambino ha il diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure (Art.1) e che nell'attività diagnostica e terapeutica devono essere adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico (Art.10); per garantire questi diritti, tutte le strategie alternative dovrebbero essere prese in considerazione prima di procedere con la contenzione fisica, poiché tale pratica può avere effetti negativi psicologici ed emozionali sul bambino stesso. Secondo Folkes (2005) infatti, i bambini sottoposti a contenzione fisica durante lo svolgimento di una procedura, trovano la contenzione più debilitante del dolore causato dalla procedura stessa.

In base all'articolo 9 inoltre, i bambini hanno il diritto ad essere informati per quanto riguarda la loro cura in modo adeguato alla loro età e alla loro capacità di comprensione, pertanto gli infermieri dovrebbero garantire loro il tempo per una adeguata preparazione prima della procedura, fornendo informazioni e spiegazioni in modo appropriato, riguardo il perché la procedura si renda necessaria e rispondendo alle loro domande.

Lo svolgimento di una procedura infermieristica può risultare in un'esperienza spiacevole al bambino e incutere paura, pertanto, al termine della stessa, è importante confortare il bambino ed elogiarlo per la sua partecipazione e questo può essere

eseguito, ad esempio, fornendo un “compenso”, come un adesivo o un certificato, a testimonianza del suo coraggio (Coyne et al. 2014).

Ogni bambino è diverso dall’altro, per questo motivo alcune strategie di intervento potrebbero essere d’aiuto con alcuni bambini ma non con altri: di conseguenza gli infermieri dovrebbero considerare ogni situazione unica e prendere decisioni in collaborazione ai genitori e agli altri professionisti sanitari.

Nel 2010 a Dublino, si è tenuta infine una conferenza da parte dei membri dell’*European Association for Children in Hospital* allo scopo di trovare una soluzione finale al problema della contenzione nei bambini, dalla quale ne è risultato che “*la contenzione dovrebbe essere evitata in tutte le procedure cliniche, a meno che non vi siano alternative in una situazione di minaccia per la vita del bambino*” (EACH).

Per concludere, vengono di seguito riassunti tutti i principi (Casciarri 2007; Royal College of Nursing 2010) da tenere in considerazione quando si deve prendere la decisione di utilizzare la contenzione in un bambino durante una procedura e/o un trattamento:

- La contenzione deve essere utilizzata come *ultima risorsa*, quando le alternative e gli interventi farmacologici o non farmacologici, non si siano rivelati efficaci.
- La decisione di ricorrere alla contenzione deve essere discussa e presa in collaborazione con i genitori del bambino e il bambino stesso; il primo atto richiesto infatti, per l’utilizzo della contenzione, è l’acquisizione del *consenso*. Il paziente, o chi lo rappresenta, deve essere coinvolto nel processo decisionale e deve comprendere i rischi e i benefici di tale pratica. Il bambino non è sempre in grado di esprimere validamente il proprio consenso, e in queste situazioni è importante fargli percepire che la contenzione non è applicata come un atto punitivo, ma come un ausilio al trattamento.
- Qualora la contenzione sia ritenuta necessaria, deve essere utilizzata la *modalità appropriata* di contenzione e l’eventuale applicazione di dispositivi di contenzione deve rispettare scrupolosamente le indicazioni dei fornitori.
- La contenzione deve essere utilizzata solamente da *personale competente* e preparato nelle diverse modalità di contenzione, in relazione al loro corretto utilizzo ed ai pericoli o alle complicanze ad esse correlate. Deve essere inoltre mantenuta un’adeguata osservazione del bambino durante il periodo in cui egli è sottoposto a contenzione.
- L’utilizzo della contenzione deve essere *registrato in cartella clinica*, riportando il perché la pratica si sia resa necessaria, quale modalità di contenzione è stata utilizzata e chi la ha applicata.
- L’opportunità di discutere, in lingua inglese “*debriefing*”, in seguito a quanto accaduto, deve essere garantita ai genitori, mentre conforto e sostegno devono essere assicurati al bambino.

1.4 DIFFERENZE TRA I TERMINI

Nella letteratura in lingua inglese vi sono diversi termini che esprimono il concetto di contenzione applicata ai bambini, come “*restraint*”, “*holding still*”, “*containing*”, “*supportive holding*”, “*clinical holding*”, “*therapeutic holding*” e “*restrictive physical intervention*”; questi vengono utilizzati dagli autori in modo intercambiabile.

Jeffery (2010), suddivide la contenzione in tre gradi, in ordine crescente di forza, affermando che non sono tre pratiche distinte ma sono una il continuo dell'altra; il lato che utilizza meno forza è il lato del “*supportive holding*” e comprende il consenso del bambino, mentre il lato opposto è quello della contenzione vera e propria o “*restraint*”. Il secondo grado infine è quello più ambiguo poiché si trova in mezzo agli altri due e l'autrice conclude dicendo che non esiste un sistema di misura per capire quando termina un grado e quando inizia un altro.

Darby e Cardwell (2011) suddividono anch'essi la pratica della contenzione in tre livelli e forniscono un esempio per ciascuno; al primo posto collocano il termine “*immobilisation*” che significa tenere un arto del bambino in modo gentile, ma saldo, come durante l'applicazione di un gesso, mentre al secondo posto vi è il “*therapeutic holding*” ovvero trattenere il bambino impedendo i suoi movimenti, come ad esempio durante l'esaminazione di gola, naso oppure orecchie. Infine, all'ultimo posto, vi collocano la contenzione vera e propria, “*restraint*”, che viene utilizzata per procedure molto spiacevoli e dolorose come, ad esempio, la puntura lombare.

Allo scopo di far chiarezza sui diversi significati di tali termini, il Royal College of Nursing, l'ordine professionale nel Regno Unito, ha sviluppato una guida per gli infermieri nel 2003, aggiornata poi nel 2010, in cui vengono definiti, e adottati, i termini “*restrictive physical intervention*”, e “*therapeutic holding*” (RCN 2003; RCN 2010).

Il primo sostituisce il termine “*restraint*” ed è descritto come il contatto fisico diretto tra individui, in cui viene utilizzata una considerevole forza, allo scopo di limitare i movimenti del bambino per evitare che possa mettere in atto comportamenti dannosi per sé o per gli altri.

Il termine “*therapeutic holding*” invece è un metodo per aiutare il bambino, utilizzando una forza limitata e con il suo consenso, a gestire una procedura dolorosa velocemente ed efficacemente. I termini “*clinical holding*” (Lambrenos et al. 2003) e “*supportive holding*” (Jeffery 2010) possono essere considerati dei sinonimi.

In ultima analisi, la differenza tra “*restrictive physical intervention*” e “*therapeutic holding*” è data dal grado di forza utilizzata e dalle intenzioni; nel primo termine il senso è quello di “sopraffare” il bambino, mentre nel secondo il fine è quello “guidare” il bambino attraverso la procedura.

CAPITOLO 2

Materiali e Metodi

2.1 FONTI DEI DATI , PAROLE CHIAVE E CRITERI DI ESCLUSIONE

La ricerca degli articoli scientifici, necessari per la stesura della revisione di letteratura, è stata eseguita utilizzando inizialmente la banca dati elettronica “*Pubmed*” e successivamente la banca dati elettronica “*Cinahl*” .

Per la selezione degli articoli, tramite Pubmed, sono state utilizzate parole chiave quali “*restraint*”, “*restrain*”, “*children*”, “*nursing*”, “*nurse*”, “*clinical procedures*”, “*holding*” e “*physical*”, anche in combinazione tra loro e tramite l’utilizzo dell’operatore booleano “*AND*”, mediante l’opzione di ricerca “*Advanced*” presente nella suddetta banca dati.

Non sono stati selezionati ulteriori filtri di ricerca come, ad esempio, la presenza dell’abstract o le riviste mediche scientifiche, poiché la combinazione di parole selezionate produceva già un numero limitato di articoli, mentre, solamente in un caso, è stato selezionato un filtro in modo tale da limitare la ricerca di articoli agli ultimi dieci anni di pubblicazioni.

Dalla ricerca effettuata, alcuni articoli sono stati esclusi perché riguardanti la contenzione fisica di bambini ospedalizzati in ambito psichiatrico, non oggetto di interesse di questa revisione.

Un ulteriore motivo di esclusione è avvenuto perché il termine “*restraint*”, utilizzato nell’ambito sanitario pediatrico, comprendeva anche articoli riguardanti la contenzione del bambino durante le procedure inerenti alle cure dentali e la contenzione tramite mezzi meccanici, in ambito ortopedico, dovuta a frattura o rottura di un arto.

2.2 STRINGHE DI RICERCA E ARTICOLI SELEZIONATI

Per restringere il campo di ricerca al fenomeno interessato sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca:

- “*(Restrain children) AND nurse*” ha prodotto come risultato 7 articoli, dei quali ne sono stati selezionati 2.
- “*((((holding and restraint children)) AND nurse) AND procedure*” ha prodotto come risultato 6 articoli, dei quali ne sono stati selezionati 3. Inoltre di questi 6 articoli, 2 erano pertinenti ma sono stati esclusi perché datati rispettivamente 1990 e 1997.
- “*((children's nursing) AND clinical procedures) AND restraint*” ha prodotto come risultato 12 articoli, dei quali ne sono stati selezionati 2. Tra i 12 articoli prodotti, 1 era già stato selezionato in precedenza con le stringhe di ricerca sopra menzionate.
- “*(physical restraint children) AND nurse*” ha prodotto come risultato 56 articoli; in questo caso è stato utilizzato come filtro, per restringere la ricerca, “*publication dates: 10 years*”. In questo modo la ricerca è stata ridotta a 18 articoli, dei quali ne sono stati selezionati 4, mentre ulteriori 4 articoli sono stati esclusi perché erano già stati selezionati in precedenza.

La **Tabella 1**, sintetizza gli articoli selezionati tramite le stringhe di ricerca sopra citate, mediante la banca dati elettronica Pubmed.

Dalla ricerca effettuata in Pubmed sono derivati 11 articoli in totale, ma tra questi articoli ne sono stati scelti 7, poiché 4 presentavano il testo completo previo pagamento.

In un secondo momento, utilizzando la banca dati Cinahl è stato possibile reperire anche il testo completo dei 4 articoli che Pubmed invece non presentava.

Gli 11 articoli trovati, sono stati fonte di ulteriore materiale, in quanto utilizzando la bibliografia di questi ultimi e la banca dati Cinahl per l'accesso e la lettura del testo integrale, sono stati selezionati ulteriori 28 articoli.

In totale sono stati analizzati quindi 39 articoli, di cui 15 sono stati eliminati perché riguardati la contenzione dei bambini in ambito psichiatrico o perché ormai datati; sono stati considerati infatti gli articoli a partire dall'anno 2000.

Ulteriore materiale è stato reperito anche dalla consultazione di enti ed associazioni, tramite i rispettivi siti Internet, quali la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), l'European Association for Children in Hospitals (EACH), il Royal College of Nursing (RCN), l'Associazione per il Bambino in Ospedale (ABIO), e l'Unicef, e tramite la consultazione del Codice Deontologico dell'Infermiere 2009.

Tabella 1

Banca Dati	Parole chiave	Articoli rilevati	Articoli selezionati	Titoli selezionati
Pubmed	<i>“(Restraining children) AND nurse”</i>	7	2	Hull K., Clarke D. <i>“Restraining children for clinical procedures: a review of the issues”</i> Br J Nurs., 2010. Lloyd M., Urquhart G., Heard A., Kroese B. <i>“When a child says ‘no’: experiences of nurses working with children having invasive procedures”</i> Paediatr Nurs., 2008.
Pubmed	<i>“(((holding and restraint children)) AND nurse) AND procedure”</i>	6	3	Darby C., Cardwell P. <i>“Restraint in the care of children”</i> Emerg Nurse, 2011. Valler-Jones T., Shinnick A. <i>“Holding children for invasive procedures: preparing student nurses”</i> Paediatr Nurs., 2005.

				Tomlinson D. <i>“Physical restraint during procedures: issues and implications for practice”</i> J Pediatr Oncol Nurs., 2004.
Pubmed	<i>“(children's nursing) AND clinical procedures) AND restraint”</i>	12	2	Bray L., Snodin J., Carter B. <i>“Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence”</i> Nurs Inq., 2015. Coyne I., Scott P. <i>“Alternatives to restraining children for clinical procedures”</i> Nurs Child Young People., 2014.
Pubmed	<i>“(physical restraint children) AND nurse”</i>	18	4	Hull K., Clarke D. <i>“Are paediatric oncology nurses acknowledging the effects of restraint? A review of the current policy and research”</i> Eur J Oncol Nurs., 2011. Ives M., Melrose S. <i>“Immunizing children who fear and resist needles: is it a problem for nurses?”</i> Nurs Forum., 2010. Demir A. <i>“The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey”</i> Int Nurs Rev., 2007. Brenner M. <i>“Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: an extraordinarily stressful event”</i> Issues Compr Pediatr Nurs., 2007 .

CAPITOLO 3

Risultati della ricerca

Gli studi analizzati, ai fini dei risultati, sono in totale 22 di cui 12 revisioni della letteratura, 5 studi qualitativi, 2 studi osservazionali trasversali, 1 studio osservazionale prospettico, 1 studio clinico randomizzato controllato e 1 indagine fattoriale. Gli studi sono stati eseguiti in stati ed aree geografiche diverse tra cui 13 nel Regno Unito, 4 in Irlanda, 1 in Finlandia, 1 in Turchia, 1 in Canada, 1 negli Stati Uniti d'America ed 1 in Australia. Gli studi comprendono un arco temporale di tredici anni, dal 2002 al 2015.

3.1 UTILIZZO DELLA CONTENZIONE DURANTE LE PROCEDURE CLINICHE IN PEDIATRIA

Dalla ricerca della letteratura disponibile sono emersi pochi studi che hanno analizzato, mediante studi clinici, l'utilizzo della pratica della contenzione in pediatria, allo scopo di portare a termine una procedura clinica, da parte di infermieri o di altri professionisti sanitari.

Dallo studio osservazionale trasversale di Demir (2007), condotto su un campione di 121 infermieri, reclutati da diciassette unità pediatriche di medicina, di chirurgia e di terapia intensiva, appartenenti a quattro diversi ospedali di una città turca, è emerso che gli infermieri utilizzano la contenzione fisica nei bambini in diversi modi; il 96,8% utilizza polsiere, l'81% utilizza cavigliere, mentre la contenzione totale è utilizzata dall'17,4% degli infermieri. Tra gli infermieri intervistati, il 96,7% ha risposto di applicare la contenzione senza prescrizione medica, né scritta né orale, e tutti hanno ammesso di non richiedere alcun tipo di consenso al bambino e/o al genitore prima di applicarla. La prescrizione del medico non è ritenuta necessaria dal 71,1% degli infermieri poiché essi ritengono di avere la capacità di decidere in modo autonomo, mentre il consenso non viene richiesto al bambino poiché, secondo gli infermieri, egli "non capisce" e "non darà mai il consenso", e non viene richiesto neppure ai genitori perché "*non vi è il tempo di chiederlo*" ed inoltre non è ritenuto necessario.

In Australia invece, da uno studio osservazionale eseguito su un campione di 124 bambini, di età compresa tra 6 e 42 mesi, sottoposti ciascuno ad una tra le quattro procedure analizzate, è emerso che nel 71% dei bambini si è ricorsi all'utilizzo della contenzione fisica: tra le procedure, il posizionamento del sondino naso-gastrico e l'inserzione di un catetere venoso periferico, hanno richiesto l'utilizzo della contenzione nel 100% dei casi (Crellin et al. 2011). La misurazione della saturazione di ossigeno del sangue e la somministrazione di farmaci tramite via inalatoria invece, hanno richiesto l'utilizzo della contenzione rispettivamente nel 18% e nel 62% dei bambini; in questi casi, la forza utilizzata per la contenzione è stata indicata, dagli infermieri, come "moderata" o "gentile".

Inoltre, tramite un'indagine fattoriale eseguita da Brenner et al. (2014), ad un campione di 105 infermieri è stato chiesto di indicare la probabilità di utilizzare la contenzione fisica nel bambino per portare a termine una determinata procedura, in una scala da 1 a

10; il 61% di questi infermieri ha indicato una probabilità uguale e/o superiore a 5,5 nella scala, e tra le procedure proposte, l'inserzione di un catetere venoso periferico è la procedura che ha ottenuto una probabilità maggiore.

Dagli articoli di revisione della letteratura, sono emersi altri studi a sostegno della pratica della contenzione come metodo comune per facilitare lo svolgimento di una procedura dolorosa nei bambini; da uno studio del 1997, eseguito su 153 infermieri pediatrici nel Regno Unito, è emerso che il ricorso alla contenzione è ritenuto necessario dal 78,1% degli infermieri per l'esecuzione di una puntura lombare (Brenner 2007; Hull et al 2010), mentre da un altro studio, eseguito in 28 unità di terapia intensiva pediatrica, è emerso che il 68% di queste unità utilizza quotidianamente la contenzione per prevenire il rischio di interferenze da parte del bambino con i dispositivi medici (Bray et al. 2015).

L'utilizzo della contenzione come strumento per portare a termine una determinata procedura clinica in pediatria, non avviene solamente ad opera degli infermieri, ma anche ad opera di altri professionisti sanitari; da uno studio eseguito su un campione di 139 tecnici di radiologia medica è stato trovato che il 93,5% utilizza quotidianamente la contenzione per eseguire un'indagine radiologica su un bambino (Graham et al. 2004) ed un altro studio eseguito in un reparto di radiologia ha riportato una percentuale pari al 69% (Bray et al. 2014).

Diversi sono invece i risultati riportati in uno studio eseguito in un reparto di anestesia, in cui è emerso che solo il 44% degli anestesisti utilizza la contenzione durante l'induzione dell'anestesia nei bambini (Bray et al. 2014).

Dall'analisi degli studi è emerso inoltre che l'utilizzo delle strategie alternative alla contenzione, quali le tecniche di distrazione ad esempio, non è sempre rispettato; nello studio di Demir (2007) è stato riportato che il 58,7% degli infermieri utilizza le tecniche di distrazione prima di applicare la contenzione, nello studio di Crellin et al. (2011) il 44%, mentre nello studio di Graham e Hardy (2004) solo il 18,7% dei professionisti sanitari ha affermato di utilizzarle sempre prima di decidere di procedere con la contenzione.

Lo studio di Demir (2007) infine, ha riportato anche le complicanze più frequenti che avvengono in seguito alla contenzione, identificando la contrattura a livello delle articolazioni (34,8%) e la cianosi degli arti (26,7%) come le complicanze più comuni.

3.2 LE MOTIVAZIONI PER L'UTILIZZO DELLA CONTENZIONE

Le motivazioni che spingono gli infermieri ad utilizzare la contenzione per le procedure cliniche possono essere suddivise in due gruppi.

Il primo gruppo comprende motivazioni legate alla garanzia di sicurezza; la sicurezza fisica del bambino, ovvero il prevenire ferite e lesioni da una sua possibile interferenza con il trattamento che si sta mettendo in atto, è la ragione principale riportata dagli studi per spiegare l'alta percentuale di bambini sottoposti a contenzione (Bray et al. 2015; Graham et al. 2004; Kangasniemi et al. 2014). Un'ulteriore motivazione è la carenza di personale, riportata in tre studi (Brenner et al. 2014; Demir 2007; Kangasniemi et al.

2014), che implica l'utilizzo della contenzione come strumento per ridurre la vigilanza richiesta ad evitare la rimozione di dispositivi medici da parte del bambino. Infine vi è la necessità o l'urgenza della procedura (Bray et al. 2015; Graham et al. 2004), pertanto una procedura ritenuta clinicamente urgente, si traduce in un aumento della probabilità per il bambino di essere sottoposto a contenzione, in modo tale che la procedura possa essere svolta in sicurezza e con efficacia.

Il secondo gruppo comprende motivazioni relative alle caratteristiche del bambino in riferimento alla sua età, al suo livello di sviluppo e di apprendimento; l'età del bambino è un altro fattore che influenza maggiormente la decisione degli infermieri di applicare la contenzione (Brenner et al. 2014; Graham et al. 2004), e come attesta la letteratura, i bambini di età inferiore sono quelli più frequentemente sottoposti a contenzione fisica (Bray et al. 2015). A sostegno di ciò, nello studio di Crellin et al. (2011), è emerso che in un campione di 124 bambini suddivisi in tre gruppi di età, tra gli appartenenti al primo gruppo (6-18 mesi) l'85% è stato sottoposto a contenzione, nel secondo gruppo (18-30 mesi) il 68% e infine tra gli appartenenti al terzo gruppo (30-42 mesi) il 57%, confermando così un calo nell'utilizzo della contenzione in relazione all'aumentare dell'età.

Il livello di sviluppo cognitivo individuale del bambino invece, è riportato essere di minor importanza nella decisione di procedere con la contenzione (Graham et al. 2004), e Bray et al. (2015) affermano che sembra essere di maggior rilievo "l'età cronologica" del bambino, più che il livello di partecipazione, le precedenti esperienze con le procedure cliniche e le circostanze individuali.

3.3 LE ESPERIENZE DEGLI INFERMIERI

Il dover contenere un bambino quando egli si oppone ad una procedura clinica, è un compito che gli infermieri ritengono spiacevole ma che è ormai diventato parte della loro professione (Bray et al. 2015). A tal proposito Lloyd et al. (2008) hanno indagato, attraverso uno studio qualitativo, le esperienze di 10 infermieri pediatriche mediante delle interviste non strutturate, per verificare i sentimenti e le sensazioni di chi mette in atto la pratica della contenzione. I partecipanti, scelti in modo casuale tra il personale di un ospedale inglese, hanno riportato con maggiore frequenza frasi come "*sentirsi turbati*" e "*sentirsi sotto pressione*"; tali sentimenti di stress e disagio vengono riportati essere "*di breve durata*". Per spiegare la breve durata dei sentimenti negativi provati, gli infermieri hanno risposto che l'essere a conoscenza di agire per il bene del bambino, nonostante il dolore causato dalla procedura, costituisce un fattore di protezione per le loro emozioni.

Lo studio di Kangasniemi et al. (2014) ha riportato invece sentimenti di colpa da parte degli infermieri, i quali sperimentano un conflitto personale nel decidere se causare sofferenza al bambino tramite la contenzione allo scopo di eseguire una procedura che è per il suo bene e nel suo interesse, mentre Bray et al. (2015) hanno riportato, nella revisione di letteratura, la consapevolezza degli infermieri che tale pratica interrompe la relazione di fiducia instaurata con il bambino.

Infine, uno studio qualitativo ha analizzato le esperienze di 35 infermieri in un ospedale canadese, che quotidianamente sottopongono i bambini alle vaccinazioni; le frasi emerse dalle interviste, per descrivere i sentimenti provati quando il bambino si oppone alla procedura, sono state “*vergogna*”, “*esperienza traumatica*”, “*sensazione di assalire il bambino*” e “*sentirsi in colpa*”. Anche in questo studio, gli infermieri sono stati concordi nell’affermare che tale processo danneggia la relazione tra infermiere e paziente (Ives et al. 2010).

3.4 LE ESPERIENZE DEI GENITORI

Dalla letteratura è emerso che i genitori sono quasi sempre presenti durante le procedure cliniche e che contribuiscono per la maggior parte alla pratica della contenzione; rispettivamente nello studio di Crellin et al. (2011) è risultata la presenza dei genitori nel 93% dei casi, mentre dallo studio di Graham e Hardy (2004) è emerso che il 94,2% dei genitori ha contribuito a contenere il bambino durante l’esecuzione di una radiografia. Diversi sono i risultati trovati nello studio di Demir (2007), in cui la contenzione è stata applicata più frequentemente attraverso dispositivi appositi, ma questa differenza nei risultati può essere spiegata perché, negli ospedali in cui è stato condotto lo studio, ai genitori dei bambini non è permesso essere presenti se non durante specifici orari di visita, ed anzi, la presenza limitata dei genitori è stata identificata come un fattore che incrementa l’utilizzo della contenzione nei bambini ospedalizzati. In accordo a Demir (2007), Kangasniemi et al. (2014) hanno affermato che la collaborazione dei genitori è un metodo per ridurre la necessità della contenzione; essi infatti hanno il compito di tranquillizzare il bambino, distrarre la sua attenzione durante la procedura e confortarlo al termine della procedura stessa.

La presenza, la partecipazione ed il coinvolgimento dei genitori durante lo svolgimento di una procedura, risultano in un’esperienza meno negativa per i bambini (Bray et al. 2015), e come Page e McDonnell (2013) hanno riportato in uno studio qualitativo, eseguito su un campione di 11 infermieri di una struttura specializzata nella cura dei bambini, vi è la convinzione che siano i genitori a dover contenere il bambino poiché gli infermieri rappresentano delle persone estranee per il bambino e di conseguenza la pratica della contenzione risulta più accettabile se eseguita da un genitore.

I genitori hanno espresso però pareri non sempre favorevoli nell’essere presenti mentre il proprio figlio viene sottoposto ad una procedura clinica; Brenner (2007), Hull e Clarke (2011) e Tomlinson (2004) hanno riportato nelle loro revisioni della letteratura, studi effettuati sulle esperienze dei genitori, dai quali sono emersi sentimenti di colpa nel costringere il loro bambino “*a rimanere giù*” durante una procedura dolorosa, conflitti personali nell’opporsi al loro naturale istinto di protezione, dubbi riguardo l’impatto che tale azione potrebbe avere nella relazione con il proprio figlio e distress emozionale. Gli stessi genitori, hanno riportato anche la sensazione di non aver scelta nel decidere se partecipare o meno alla procedura cui viene sottoposto il figlio.

Hull e Clarke (2010) hanno suggerito che, gli infermieri e tutti i professionisti sanitari, dovrebbero garantire ai genitori la possibilità di scelta per quanto riguarda il loro coinvolgimento nella cura dei propri bambini durante le procedure cliniche.

In contrasto ai risultati sopra riportati, Sparks et al. (2007) hanno descritto uno studio clinico randomizzato controllato, effettuato in America, in un reparto di emergenza di un ospedale pediatrico, per comparare l'efficacia della posizione seduta del bambino tra le braccia del genitore, nei confronti dell'efficacia della posizione supina, nel diminuire il distress del bambino causato dall'inserzione di un accesso venoso periferico; tra i risultati è emerso una maggior efficacia della posizione seduta in braccio al genitore, a conferma che la loro presenza riduce la necessità della contenzione, e una maggiore soddisfazione dei genitori ad essere coinvolti nella procedura clinica, rispetto ai genitori appartenenti al gruppo di controllo che non hanno potuto partecipare attivamente.

3.5 LE ESPERIENZE DEI BAMBINI

Nessuno, come riporta la letteratura, ha indagato le esperienze vissute dai bambini, sottoposti a contenzione durante lo svolgimento delle procedure cliniche, dal loro punto di vista (Bray et al. 2015; Brenner 2007); i pochi dati presenti riguardano le esperienze dei bambini attraverso il punto di vista dei genitori e dei professionisti sanitari.

Le reazioni dei bambini riportate, nei confronti della contenzione, sono negative; sentimenti di rabbia, imbarazzo, umiliazione, perdita di controllo e sensazione di essere puniti (Demir 2007). Alcuni autori hanno ipotizzato effetti a lungo termine come deficit o ritardo del linguaggio, immagine negativa del proprio corpo e timore nelle relazioni future (Brenner 2007; Coyne et al. 2014) mentre alcuni psicologi pediatrici ritengono che alcune situazioni di fobia per gli aghi o per altre procedure negli adulti, possa aver avuto inizio con episodi di contenzione fisica durante l'infanzia (Lambrenos et al. 2003).

Infine, come già detto in precedenza, secondo Folkes (2005), l'esperienza di essere sottoposti alla contenzione può essere ritenuta da bambino ancora più negativa del dolore causato dalla procedura stessa.

3.6 FORMAZIONE ED EDUCAZIONE RIGUARDO LE TECNICHE DI CONTENZIONE

La letteratura riporta una mancanza di corsi di formazione ed educazione per gli infermieri riguardo quando e come applicare la contenzione durante le procedure cliniche eseguite sui bambini (Darby et al. 2011; Pearch 2005; Tomlinson 2004); lo studio di Graham e Hardy (2004) ha evidenziato che solo il 19,2% degli infermieri ha ricevuto un qualche insegnamento su come utilizzare la contenzione fisica e allo stesso tempo l'84,6% degli infermieri ha sottolineato la necessità di educazione e preparazione sulle tecniche. Dalla revisione di Brenner (2007) è emerso uno studio che ha riportato risultati simili; meno del 17% degli infermieri ha ricevuto una preparazione su tale pratica e più del 90% ha risposto di sentire la necessità di educazione. Infine, in uno studio qualitativo eseguito su 31 partecipanti, di cui 7 docenti di infermieristica, 13

infermieri e 11 studenti di infermieristica, solo 3 partecipanti hanno risposto di avere ricevuto educazione e preparazione sulle tecniche di contenzione (Page et al. 2015). Uno studio qualitativo precedente, eseguito dagli stessi autori Page e McDonnell (2013) su un campione di 11 infermieri, ha riportato che le competenze tecniche per la pratica della contenzione sono basate, come affermato dagli infermieri stessi, sull'esperienza personale e sulle osservazioni dell'agire collettivo.

Riconoscendo la mancanza di educazione sulle tecniche di contenzione durante le procedure cliniche, Valler-Jones e Shinnick (2005), due docenti universitarie in Inghilterra, hanno sviluppato una sessione di insegnamento, riguardo la contenzione, per gli studenti del primo anno di infermieristica pediatrica. La sessione ha previsto una parte iniziale di lavoro in gruppi, in cui gli studenti hanno risposto ad alcune domande sull'argomento per verificare e implementare le loro conoscenze, e una parte pratica in cui gli studenti hanno partecipato attraverso un "role play"; sono state identificate le complicanze fisiche ed emozionali del bambino e dell'infermiere per ciascuna posizione analizzata, sono stati discussi i movimenti naturali che un bambino potrebbe fare durante la procedura ed è stato spiegato come utilizzare la forza senza fare pressione sulle articolazioni del bambino. Le autrici hanno concluso riportando un riscontro positivo da parte degli studenti di infermieristica coinvolti nella sessione.

3.7 STRATEGIE PER MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA

La letteratura è concorde nell'affermare che la contenzione è una metodica di routine in queste situazioni e sottolinea la mancanza di linee guida e protocolli sull'argomento, per questo motivo, alcuni autori hanno fornito delle guide per aiutare gli infermieri a decidere quando e come applicare la contenzione nei bambini.

Jeffery (2002) ha sottolineato l'importanza di mettere in discussione la pratica della contenzione ogni qualvolta questa possa rendersi necessaria; come guida, sottoforma di "checklist", per eseguire questo processo di decisione, l'autrice ha fornito delle caratteristiche da considerare prima della contenzione e delle caratteristiche da considerare quando la contenzione si rende invece necessaria.

Prima di applicare la contenzione, occorre considerare il livello di apprendimento del bambino in relazione ad età, maturità ed esperienze passate con le procedure cliniche, le tecniche alternative alla contenzione, la preparazione del bambino alla procedura, il tempo necessario per la preparazione e le responsabilità che derivano nel decidere se procedere con la contenzione. Nel momento in cui la contenzione è ritenuta necessaria, bisogna considerare le competenze dell'infermiere che applicherà la contenzione, i protocolli e/o le linee guida eventualmente disponibili, il metodo di contenzione più appropriato ed accettabile, il consenso del genitore, e del bambino stesso quando possibile, ed infine la registrazione finale, una volta termina la procedura, in cartella clinica.

Lambrenos e McArthur (2003) invece, rispettivamente una psicologa e un'infermiera, hanno condiviso nel loro articolo una guida sviluppata e adottata in un ospedale del Regno Unito: la guida consiste di un documento in forma narrativa che definisce i

termini che descrivono la pratica della contenzione e le responsabilità che ne derivano per chi la utilizza, di linee guida, in forma di diagramma di flusso, per aiutare nel processo di decisione e di un modulo di informazione e consenso per i genitori.

Nella guida, in cui viene adottato il termine “*clinical holding*”, definito come il posizionamento del bambino in modo tale che una determinata procedura clinica possa essere effettuata in modo sicuro e controllato, il consenso all’eventuale utilizzo della contenzione viene ottenuto prima che la procedura abbia inizio e vi è previsione di situazioni di pericolo per la vita. La distribuzione della guida, a tutti i reparti dell’ospedale in cui la contenzione del bambino si era resa spesso necessaria, è stata accolta dai professionisti sanitari in modo positivo come riportato dalle autrici stesse.

Negli allegati, in **Figura 1**, è presente il diagramma di flusso, riportato dalle autrici nel loro articolo, da seguire durante il processo di decisione per l’utilizzo della contenzione.

Infine Folkes (2005) ha riportato un algoritmo da seguire, per il processo di decisione, che prende in considerazione tre diversi percorsi in relazione al consenso o al rifiuto del bambino di collaborare, e in base alla situazione non pericolosa per la vita oppure di minaccia per la vita; l’algoritmo prevede la spiegazione della procedura, l’utilizzo delle tecniche alternative alla contenzione e sottolinea la necessità della documentazione al termine della procedura stessa.

Negli allegati, in **Figura 2**, è presente l’algoritmo di decisione all’utilizzo della contenzione riportato da Folkes.

CAPITOLO 4

4.1 DISCUSSIONE

La revisione ha analizzato la letteratura disponibile che avesse come argomento principale l'utilizzo della contenzione fisica in pediatria, durante lo svolgimento delle procedure cliniche. La letteratura analizzata è diversa in termini di tipologia di articolo, di approccio metodologico, di contesti di cura (gli studi sono stati svolti in unità operative di medicina, di chirurgia, di emergenza, di terapia intensiva e di radiologia) e per scopo della ricerca; vi sono studi che hanno approfondito l'utilizzo e le motivazioni della contenzione (Brenner et al. 2014; Demir 2007; Crellin et al. 2011), studi che hanno esaminato le esperienze e gli effetti di chi è ne coinvolto (Hull et al. 2011; Ives et al. 2010; Lloyd et al. 2008) ed infine studi che invece hanno cercato di fornire guide e strumenti per orientare gli infermieri nell'utilizzo di tale pratica (Folkes 2005; Jeffery 2002; Lambrenos et al. 2003; Valler-Jones et al. 2005).

Nonostante le differenze sopra citate, gli articoli analizzati sono unanimi nell'affermare che la pratica della contenzione è utilizzata quotidianamente per le procedure cliniche pediatriche, sebbene la frequenza nell'utilizzo sia stata analizzata attraverso studi clinici solamente da alcuni autori (più di metà degli articoli sono difatti fonti secondarie), ed anche così, la stima è basata principalmente sulle opinioni soggettive dell'infermiere o del professionista sanitario; negli studi analizzati infatti, agli infermieri è stato chiesto di indicare la probabilità di utilizzo (Brenner et al. 2014; Graham et al. 2004) o di indicare le situazioni in cui la contenzione fosse ritenuta necessaria (Demir 2007; Hull et al. 2010; Kangasniemi et al. 2014). A tal proposito, solamente Crellin et al. (2011), mediante il loro studio osservazionale prospettico, hanno analizzato empiricamente la frequenza nell'utilizzo della contenzione, osservando, attraverso video registrazioni, un campione di 124 bambini sottoposti ciascuno ad una tra quattro diverse procedure infermieristiche, e trovando che la frequenza del ricorso alla contenzione dipende dal tipo di procedura e che il suo utilizzo decresce con l'aumentare dell'età del bambino. Gli stessi autori hanno utilizzato inoltre un sistema di misura per "*quantificare*" la pratica della contenzione, che tenesse conto della forza utilizzata, ovvero nessuna, gentile, moderata e forte, e "*dell'estensione*" della contenzione ovvero hanno suddiviso la pratica in quattro categorie; contenzione totale, contenzione "*target*", intesa come contenzione della sola area interessata dalla procedura (un singolo arto come per un prelievo ematico oppure la testa per l'inserzione del sondino naso-gastrico), contenzione parziale, intesa come contenzione dell'area interessata dalla procedura e di due arti (ad esempio il capo per il posizionamento di un sondino naso-gastrico e i due arti superiori) ed infine nessuna contenzione. Dai risultati è emerso che, generalmente, all'aumentare della forza utilizzata, aumentava anche l'estensione della contenzione ma, nonostante il tentativo innovativo di introdurre una scala di misura per la contenzione, è da notare che la forza è un'unità di misura soggettiva, che nello studio è stata riportata dall'infermiere che eseguiva la procedura, mentre "l'estensione" è una caratteristica oggettiva che può

essere determinata con l'osservazione e, nello studio, è stata infatti riportata dall'autore che esaminava la procedura.

Considerato che la maggioranza degli articoli in letteratura sull'argomento sono fonti secondarie, occorre sottolineare che vi è una povertà di ricerca, già riconosciuta dagli autori stessi, in quest'area della pratica clinica; questo evento può far supporre che l'utilizzo della contenzione in ambito pediatrico non sia un "problema" riconosciuto, eppure gli autori sono concordi nell'affermare che gli infermieri e i professionisti sanitari si sentano a disagio e insicuri nell'utilizzo della contenzione in tali contesti, oppure che gli accorgimenti riguardo le implicazioni etiche e legali in relazione a tale pratica siano relativamente recenti. A questo proposito, si può constatare che gli articoli presenti in letteratura sono stati pubblicati a partire dagli anni 2000, con qualche eccezione verso la fine degli anni Novanta, ed inoltre, la stessa Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza è avvenuta nel 1989.

La frequenza nell'utilizzo della contenzione, negli studi analizzati, varia, come precedentemente detto, a seconda del tipo di procedura, ma anche in relazione ai diversi ambienti di cura; è emerso che il reparto di radiologia ha utilizzato più frequentemente la contenzione fisica rispetto alle altre unità operative, ma, la percentuale così alta in questo ambiente, può essere spiegata dalla necessità di protezione delle radiazioni, e in tale modo, con la contenzione, viene assicurato il successo della procedura e si evita che il bambino debba essere riesposto ad esse. La percentuale più bassa nell'utilizzo è stata riportata invece nei reparti di anestesia, e questo risultato può essere spiegato dal fatto che gli anestesisti hanno accesso ad ulteriori strategie alternative, come l'inalazione di gas anestetici, che permettono al bambino di essere sottoposto a contenzione per un tempo molto breve.

Per quanto riguarda il tipo di procedura invece, il posizionamento del sondino nasogastrico, l'inserzione di un catetere venoso periferico e la puntura lombare sono le procedure che, negli studi, hanno richiesto maggiormente l'utilizzo della contenzione; tali procedure infermieristiche sono state valutate dai professionisti sanitari come le più dolorose e quelle che incutono maggior paura nei bambini (Crellin et al. 2011), pertanto questa ipotesi, associata alla considerazione che in tutti gli studi più della metà dei bambini era già stata sottoposta in passato alla procedura e quindi già a conoscenza dell'eventualità di provare dolore, può spiegare la relazione esistente tra tipo di procedura e incremento nell'utilizzo della contenzione. Al contrario, le procedure che hanno richiesto una minore necessità di ricorso alla contenzione, in percentuali più basse, sono state infatti procedure indolori quali la misurazione della saturazione di ossigeno e la somministrazione di farmaci tramite inalatori.

Un problema, che è emerso dall'analisi dei diversi articoli, è l'utilizzo dei termini "*restraint*" (Brenner et al. 2014; Demir 2007; Tomlinson 2004), "*clinical holding*" (Lambrenos et al. 2003; Page et al. 2013), "*therapeutic holding*" (Jeffery 2002; Valler Jones et al. 2005) o "*immobilisation*" (Graham et al. 2004), in modo intercambiabile, poiché le disposizioni finali fornite dal Royal College of Nursing (2010) nel Regno Unito, come già precedentemente riportato, le quali hanno descritto e suggerito di

adottare i termini “*restrictive physical intervention*” e “*therapeutic holding*”, sono avvenute in seguito alla stesura degli articoli analizzati. Vi è una mancanza di dettagli in ogni studio, e questo ha reso il confronto e l’analisi degli articoli problematico, riguardo quale situazione gli autori intendessero descrivere nell’utilizzare i diversi termini; solamente Sparks et al. (2007) hanno fornito una precisa immagine della contenzione fisica, applicata durante le procedure cliniche nei bambini, con la frase “*la scena è ormai troppo familiare agli infermieri: un bambino che urla e si agita, quando diverse persone lo trattengono fermo su un lettino ambulatoriale, mentre un altro infermiere cerca di posizionare un catetere venoso periferico*”.

Secondo Bray et al. (2015), è proprio questa mancanza di chiarezza negli studi, insieme alla povertà di ricerca sull’argomento, che rende al pratica invisibile, inevitabile e considerata per certa nel lavoro degli infermieri che si occupano della cura dei bambini. Per quanto riguarda le motivazioni, la *garanzia di sicurezza*, ovvero la sicurezza fisica del bambino e la sicurezza nel successo della procedura o del trattamento, e *l’età del bambino* sono le due ragioni principali, riportate dagli studi, che influenzano la decisione del professionista sanitario ad utilizzare la contenzione; mentre, nonostante le raccomandazioni vigenti sull’utilizzo della contenzione, come evento eccezionale quando le alternative non si siano rivelate efficaci, e sui diritti dei bambini, in cui si sottolinea l’importanza di informazione e coinvolgimento nel processo di cura che li riguarda, dagli studi è emerso che i bambini vengono sottoposti a contenzione fisica, durante le procedure, senza che gli infermieri tengano conto del loro grado di maturità e che l’utilizzo delle tecniche alternative non è sempre rispettato. Riconoscere il diritto dei bambini ad essere ascoltati, non significa necessariamente far sempre prevalere il loro punto di vista, ma tale diritto è volto a garantire che le loro opinioni siano informate, in relazione al loro grado di partecipazione, e che siano almeno prese in considerazione; nell’evitare di assicurare questo diritto, si rischia di non rispettare uno dei principi etici della professione infermieristica, ovvero il principio di autonomia. A tal proposito, come affermano Coyne et al. (2014), chiedere al bambino quale arto preferisce per l’inserzione di un catetere venoso periferico, e permettergli di scegliere il colore della medicazione o quale intervento farmacologico per ridurre il dolore utilizzare (spray di etile cloruro o pomata anestetica), sono alcuni semplici esempi di come coinvolgerlo nel suo processo di cura e un modo per garantirgli un certo grado di autonomia di decisione.

Per quanto riguarda l’età del bambino, sembra venga data maggior importanza all’età “cronologica” (Bray et al. 2015), più che al grado di maturità individuale; occorre però tenere in considerazione che alcuni fattori, come ad esempio le precedenti esperienze di procedure cliniche e di ospedalizzazione, possono influenzare il grado di sviluppo del bambino e come afferma Jeffery (2002) infatti, un bambino che si sottopone per una terza volta alla chemioterapia, è consapevole riguardo cosa aspettarsi dalla procedura e potrebbe aver sviluppato un livello di maturità superiore rispetto ad altri bambini della sua stessa età.

Sebbene sia stato constatato che le alternative alla contenzione non sono sempre valorizzate dai professionisti sanitari, negli studi vi è un'assenza di spiegazione del perché ciò avvenga; solamente Demir (2007) identifica la mancanza di tempo, già ipotizzata da Tomlinson (2004), come motivazione, mentre Bray et al. (2015) ritengono che sia convinzione degli infermieri, che i bambini siano sempre intimoriti e non collaboranti durante le procedure, e che questa convinzione ostacoli gli infermieri dal ricercare alternative. Ignorare le alternative disponibili però, oltre a non rispettare i diritti dei bambini e i principi della professione infermieristica, potrebbe comportare all'infermiere più tempo, in una situazione futura, per negoziare con il bambino, una volta che la contenzione è già stata utilizzata; come già precedentemente suggerito, l'esperienza del bambino con la procedura, potrebbe influenzare la sua partecipazione e collaborazione.

Ulteriori dati mancanti, negli studi analizzati, riguardano il problema del consenso all'utilizzo della contenzione da richiedere al bambino e/o al genitore e il problema della prescrizione medica. Guadagnare il consenso dal bambino o dai genitori all'utilizzo della contenzione, prima che la procedura abbia inizio, ed agire con la prescrizione del medico, sono ritenuti dei comportamenti conformi al dovere e alla professionalità di cura dell'infermiere (Art.30 Codice Deontologico dell'Infermiere; Royal College of Nursing 2010). Non è sempre possibile ottenere il consenso dal bambino, per esempio quando il suo grado di maturità non è ancora sufficientemente sviluppato, e in queste situazioni il consenso è da ricercarsi dai genitori, i quali possono richiedere supporto e consigli agli infermieri nel prendere una tale decisione.

Quasi nessuno studio riporta che il consenso sia stato ottenuto dal bambino prima della decisione di procedere con la contenzione, mentre, nei pochi studi in cui viene direttamente riportata una richiesta di consenso al genitore, ciò accade verbalmente (Graham et al. 2004), ma l'unico autore ad identificare le ragioni per cui il consenso non viene richiesto né al bambino, ovvero perché *“il bambino non capisce e non darà mai il suo consenso”*, né ai genitori, ovvero perché *“vi è una mancanza di tempo”* e perché *“non è ritenuto necessario”*, è Demir (2007).

Lo studio di Demir (2007) è inoltre il solo studio in cui si discute riguardo la prescrizione medica per l'utilizzo della contenzione; l'autore riporta che l'ordine scritto del medico non è ritenuto necessario dagli infermieri perché come professionisti *“hanno la capacità di decidere da soli”*. I risultati trovati dall'autore, ad ogni modo, non sono generalizzabili poiché relativi ad un campione ristretto di infermieri e appartenenti alla realtà turca, in cui, come riporta lo stesso autore, vi è un problema di carenza di medici, che induce gli infermieri a prendere spesso decisioni in modo autonomo.

Gli infermieri e i professionisti sanitari hanno tutti riportato sentimenti negativi nei confronti della contenzione fisica applicata ai bambini; i sentimenti di colpa e di conflitto personale sono quelli dominanti. Gli infermieri riconoscono di agire per il bene del bambino ma nel farlo, a volte, possono causare un disagio psicologico al bambino; ecco perché, nell'utilizzo di tale pratica così *“delicata”*, è opportuno che la decisione sia attentamente soppesata e che la contenzione sia veramente l'unica alternativa

disponibile, per poter affermare di agire secondo il principio di beneficiabilità e nel rispetto dei diritti del bambino.

Gli studi analizzati indicano inoltre che sono i genitori a provvedere, per la maggior parte, alla contenzione del bambino; la presenza del genitore e la contenzione applicata dal genitore, riducono il livello di ansia e sofferenza del bambino (Bray et al. 2015) e inoltre la loro partecipazione ed il loro coinvolgimento riducono la probabilità del bambino di essere sottoposto a contenzione (Ives et al. 2010; Kangasniemi et al. 2014). Nonostante queste considerazioni positive, per la maggiore parte dei genitori, provvedere alla contenzione e assistere l'infermiere in tale pratica, crea sentimenti di disagio e, anche per loro, conflitti personali; per questo motivo, a tutti i genitori dovrebbe essere garantita la possibilità di scelta sul grado di coinvolgimento che desiderano avere riguardo tali situazioni.

Non vi sono studi in letteratura che riportano i sentimenti direttamente espressi dai bambini nell'essere sottoposti a contenzione fisica, ma può essere ragionevole affermare che essere obbligati a sottoporsi ad una procedura clinica, sia un'esperienza indesiderata per ciascun individuo; pertanto, nell'utilizzo della contenzione, la collaborazione tra professionista sanitario, genitore e bambino stesso, è di fondamentale importanza per evitare esiti negativi su ciascuna persona coinvolta e per raggiungere il benessere del bambino.

La gestione e l'utilizzo "positivo" della contenzione, per eseguire una procedura clinica su un bambino, richiede formazione, educazione e competenze dei professionisti sanitari che la utilizzano (Kangasniemi et al. 2014): come viene riportato negli studi questo è un aspetto quasi assente nella pratica degli infermieri che invece utilizzano la contenzione basandosi sull'esperienza personale e sulle osservazioni dell'agire collettivo. Nonostante questa mancanza di formazione, gli infermieri ne riconoscono la necessità (Brenner 2007) per evitare rischi e danni fisici al bambino e per utilizzare la contenzione in modo sicuro ed efficace; tali conseguenze, sebbene riconosciute dagli autori, sono state analizzate solamente nello studio di Demir (2007) il quale ha identificato la contrattura a livello delle articolazioni come complicanza più frequente.

Concludendo, dall'analisi della letteratura è emerso che gli infermieri sono consapevoli dei problemi e delle implicazioni che circondano l'uso della contenzione nei bambini, e difatti, alcuni autori hanno compiuto dei tentativi per introdurre delle guide sull'utilizzo della contenzione (Jeffery 2002; Lambrenos et al. 2003; Folkes 2005) e per attuare dei programmi di formazione (Valler-Jones et al. 2005); sebbene questi tentativi siano basati sulla letteratura, più che sulla ricerca, rappresentano certamente uno sforzo da parte dei professionisti sanitari a migliorare la pratica clinica e riproducono delle guide utili, poiché tengono in considerazione tutti gli aspetti inerenti all'utilizzo della contenzione durante le procedure, ovvero la spiegazione della procedura clinica al bambino ed ai genitori, il coinvolgimento e la partecipazione del bambino, l'utilizzo delle tecniche alternative, il problema del consenso alla contenzione, il coinvolgimento dei genitori, le competenze dei professionisti sanitari che applicano la contenzione e la documentazione finale in cartella clinica.

4.2 CONCLUSIONI

La contenzione, e ancora di più l'utilizzo della contenzione in ambito pediatrico, risente di una difficoltà di approccio, vista la percezione comunque negativa, di cui si connota, essendo la pratica un atto estremo sia per chi la subisce ma anche per chi la deve applicare. La contenzione tuttavia, non deve essere un atto da rifiutare a priori, ma una pratica di cui è necessario definire precisi ambiti di liceità; pertanto, la condizione da cui non si può prescindere perché tale pratica sia da considerare un atto accettabile, è che il ricorso alla contenzione avvenga come ultima risorsa, quando non vi siano altre alternative e quando vi sia una giustificata necessità clinica.

L'utilizzo della contenzione, in ambito sanitario pediatrico, dovrebbe comprendere l'educazione degli infermieri per assicurare loro la consapevolezza delle implicazioni etiche e legali sull'utilizzo di tale pratica, in accordo alla legislazione locale e ai diritti del bambino, così come dovrebbe essere garantita la formazione sull'utilizzo e sulle diverse modalità di utilizzo della contenzione, in modo tale che possa essere attuata da personale competente e attraverso modalità sicure ed approvate. Allo stesso tempo, non dovrebbe essere tralasciato ma, anzi, dovrebbe essere accentuato l'utilizzo delle tecniche e delle strategie alternative, quali strumenti importanti, ma a volte dimenticati, per ridurre la necessità di ricorrere alla contenzione durante le procedure cliniche.

Al termine della revisione di letteratura, sono giunta alla conclusione che non esiste una soluzione corretta ed "universale" al dilemma etico che, come studentessa di Infermieristica mi sono posta, ovvero se sia corretto "costringere" un bambino ad essere sottoposto ad una procedura clinica, tramite la contenzione fisica, quando egli oppone resistenza, anche se la procedura stessa è attuata per raggiungere una migliore situazione di salute; il problema più grande della contenzione infatti, è che può essere giustificata in retrospettiva. Le linee guida e i protocolli, sono strumenti utili, che dovrebbero essere disponibili a tutti coloro che si occupano della cura dei bambini, per orientare le azioni dei professionisti sanitari ma non possono fornire un rimedio per risolvere il dilemma relativo a tale pratica. Ogni situazione è diversa dalle altre, così come ogni bambino è unico, e per questo motivo la soluzione è differente in ogni circostanza; vi sono difatti situazioni in cui il principio di beneficiabilità è più influente del principio di autonomia del bambino e gli infermieri possono quindi utilizzare la contenzione e oltrepassare i desideri del "piccolo paziente", con la consapevolezza di dover essere responsabili nel valutare e ridurre al minimo i potenziali rischi che ne derivano.

L'infermiere è un soggetto attivo che orienta la sua azione verso la salute del paziente di cui si è preso carico, pertanto in collaborazione ai genitori, ai colleghi ed al protagonista della cura, ovvero il bambino, dovrà raggiungere la soluzione identificando le possibili risposte al problema, stabilire quale o quali valori meritino la priorità e prevedere, nei limiti del possibile, quali sarebbero le conseguenze, quali i benefici o i danni, per il bambino, di ogni azione alternativa.

BIBLIOGRAFIA

ABIO, *La Carta dei Diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale*. Disponibile su: <http://www.abiomilano.org/i-diritti-dei-bambini/carta-dei-diritti.html>.

Bray L., Snodin J., Carter B. (2015) Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: an ethical consideration of the evidence. *Nursing Inquiry*, 22(2): 157-167.

Brenner M. (2007) Child restraint in the acute setting of paediatric nursing: an extraordinarily stressful event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30: 29-37.

Brenner M. (2013) Development of a factorial survey to explore restricting a child's movement for a clinical procedure. *Nurse Researcher*, 21(2): 40-48.

Brenner M., Drennan J., Treacy M., Fealy G., (2014) An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 1189-1198.

Casciarri G. (2007) La contenzione del paziente. *Professione Infermiere Umbria*, 3: 13-20.

Coyne I., Scott P. (2014) Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nursing Children and Young People*, 26(2): 22-27.

Darby C., Cardwell P. (2011) Restraint in the care of children. *Emergency Nurse*, 19(7): 14-17.

Demir A. (2007) The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 54: 367-374.

EACH, *Resolution on restraint*. Disponibile su: <http://www.each-for-sick-children.org/each-conferences/10th-conference-dublin-2010/resolution-on-child-restraint.html>.

Folkes K. (2005) Is restraint a form of abuse? *Paediatric Nursing*, 17(6): 41-44.

Graham P., Hardy M. (2004) The immobilisation and restraint of paediatric patients during plain film radiographic examinations. *Radiography*, 10: 23-31.

Horsburgh D. (2004) How, and when, can I restrain a patient? *Postgrad Med J*, 80: 7-12.

Hull K., Clarke D. (2010) Restraining children for clinical procedures: a review of the issues. *British Journal of Nursing*, 19(6): 346-350.

Hull K., Clarke D. (2011) Are paediatric oncology nurses acknowledging the effects of restraints? A review of the current policy and research. *European Journal of Oncology Nursing*, 15: 513-518.

Ives M., Melrose S. (2010) Immunizing children who fear and resist needles: is it a problem for nurses? *Nursing Forum*, 45(1): 29-39.

IPASVI, *La contenzione*. Disponibile su: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-contenzione-id7.htm>.

Jeffery K. (2002) Therapeutic restraint of children: it must always be justified. *Paediatric Nursing*, 14(9): 20-22.

Jeffery (2010) Supportive holding or restraint: terminology and practice. *Paediatric Nursing*, 22(6): 24-28.

Kangasniemi M., Papinaho O., Korhonen A. (2014) Nurses' perceptions of the use of restraint in paediatric somatic care. *Nursing Ethics* 21(5): 608-620.

Lambrenos K., McArthur E. (2003) Introducing a clinical holding policy. *Paediatric Nursing*, 15(4): 30-33.

Maffei L. (2011) Etica e professione infermieristica: un percorso metodologico per l'analisi dei dilemmi etici. *Tempo di nursing*, 60: 3-7.

Page A., McDonnell A. (2013) Holding children and young people: defining skills for good practice. *British Journal of Nursing*, 22(20): 1153-1158.

Page A., McDonnell A. (2015) Holding children and young people: identifying a theory-practice gap. *British Journal of Nursing*, 24(8): 447-451.

Pearch J. (2005) Restraining children for clinical procedures. *Paediatric Nursing*, 17(9): 36-38.

Royal College of Nursing (2003) *Restraining, holding still and containing children and young people*. Disponibile su: <http://www.rcn.org.uk/development/publications>.

Royal College of Nursing (2008) *Let's talk about restraint*. Disponibile su: <http://www.rcn.org.uk/development/publications>.

Royal College of Nursing (2010) *Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people*. Disponibile su: <http://www.rcn.org.uk/development/publications>.

Scarpa N. (2012) La contenzione fisica. *Quesiti Clinico-Assistenziali*, 3(1): 1-9.

Silvestro A., Bozzi M., Massai D., Mangiacavalli B., Rocco G., Sasso L., Vallicella F. (2009) Codice Deontologico dell'Infermiere. *Ipasvi*.

Sparks L.A., Setlik J., Luhman J. (2007) Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6): 440-447.

Tomlinson D. (2004) Physical restraint during procedures: issues and implications for practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5): 258-263.

UNICEF, *La convenzione sui diritti dell'infanzia*. Disponibile su: <http://www.unicef.it/doc/599/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza.htm>

Valler Jones T., Shinnick A. (2005) Holding children for invasive procedures: preparing student nurses. *Paediatric Nursing*, 17(5): 20-22.

ALLEGATI

Figure 1: “Flow chart to assist decision-making on clinical holding”, Lambrenos, McArthur, 2003.

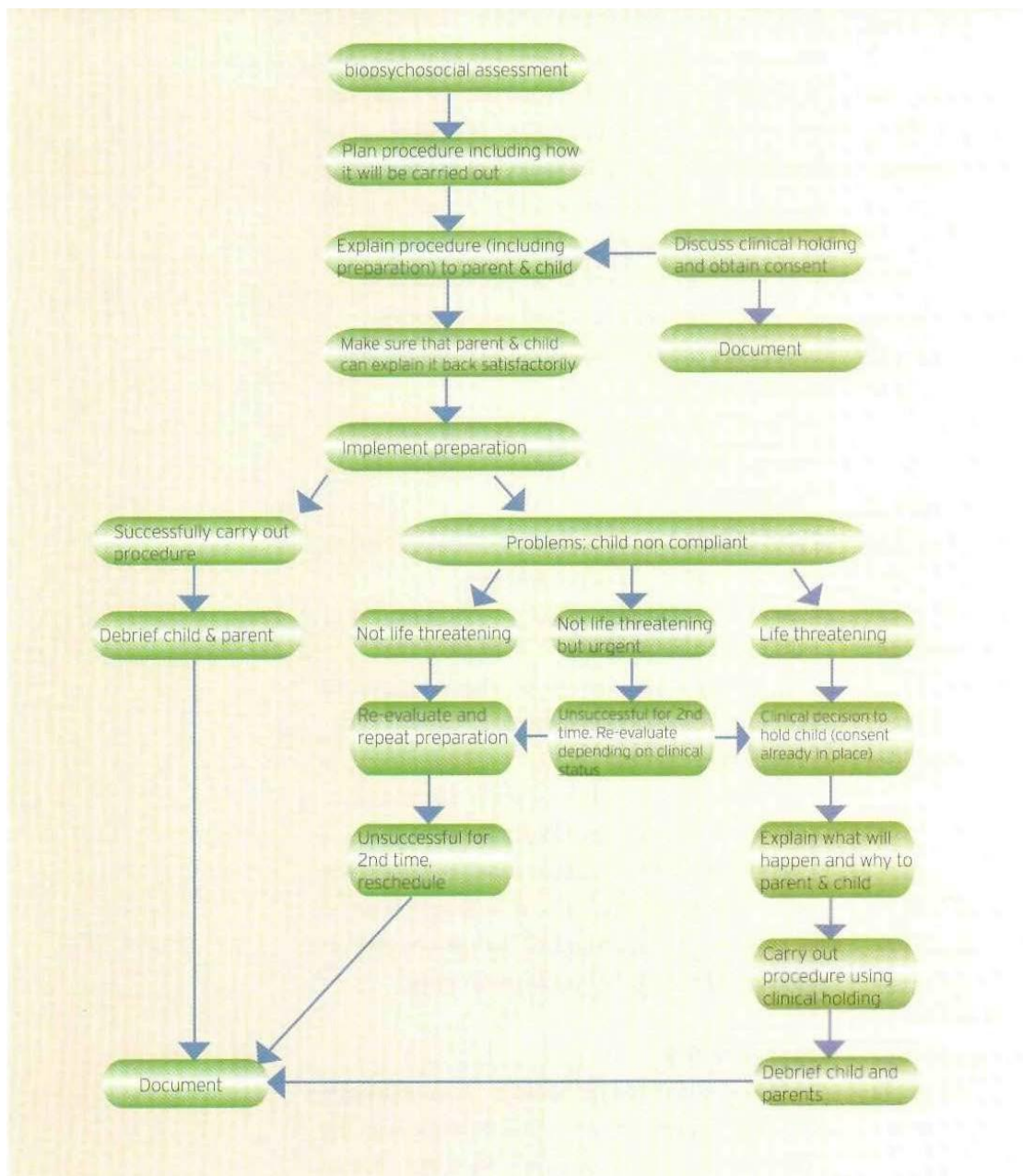


Figure 2: “Making the right decision in restraint”, Folkes K., 2005.

