



Università degli studi di Padova

Scuola di medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea Infermieristica

Tesi di Laurea

**L'utilizzo della contenzione fisica nell'assistenza del
paziente geriatrico: Revisione di letteratura.**

Relatore: Dottoressa Feltrin Lorella

Laureando: Marongiu Andrea

Matricola n° 1196894

Anno Accademico 2022-2023

Abstract	3
Introduzione	5
Capitolo 1	7
1.1 Cenni storici ed evoluzione della contenzione.....	7
1.2 Definizione di contenzione.....	8
1.2.1 Contenzione Fisica.....	9
1.2.2 Contenzione Ambientale.....	10
1.2.3 Contenzione Chimica.....	10
1.2.4 Contenzione psicologica, relazionale o emotiva.....	10
1.3 Gli effetti della contenzione fisica.....	11
1.4 Le normative in ambito di contenzione.....	13
1.5 L'uso della contenzione.....	14
1.6 La contenzione e il rischio cadute.....	16
1.7 Alternative all'uso della contenzione.....	17
1.8 Il ruolo dell'infermiere nella contenzione.....	18
Capitolo2	21
2.1 Il problema.....	21
2.2 Obbiettivo della tesi.....	21
2.3 Quesiti di ricerca.....	21
2.4 Risultati della ricerca.....	23
2.5 Discussione dei dati.....	28
2.6 Applicazioni nella pratica.....	29
Conclusioni	32

Bibliografia	33
Allegati	38

Abstract

Background: La contenzione fisica coglie le sue origini nella gestione del paziente psichiatrico; oggi trova spesso la applicazione anche su tipologie di pazienti più o meno confuse, agitate o violente bypassando gli aspetti deontologici e giuridici che la regolamentano. La contenzione comporta numerosi rischi e pericoli per la salute della persona che l'assistenza deve considerare. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nella gestione del paziente coinvolto, in una logica che vede nella contenzione, l'estrema soluzione quando qualsiasi altra strategia risulta inefficace.

Scopo della ricerca: La ricerca si è posta l'obiettivo di indagare gli aspetti epidemiologici e non legati all'uso della contenzione in ambito geriatrico sulla base delle motivazioni che ne guidano il suo utilizzo in ambito assistenziale; contemporaneamente si è voluto indagare gli eventuali interventi proposti dalla letteratura atti a prevenirne e limitarne l'uso.

Materiali e metodi: La ricerca è stata condotta tramite le banche dati PubMed, Cochrane library, Google scholar, EBN Guidelines. Per l'elaborazione si sono considerati nove pubblicazioni pertinenti per lo scopo.

Risultati: I dati emersi offrono una conferma dell'ipotesi del problema che ha guidato la stesura rispetto all'utilizzo della contenzione meccanica soprattutto su soggetti anziani che risulta ancora lontana dal rispondere al divieto normativo. Per quanto concerne le strategie alternative, le stesse si rifanno alle possibili motivazioni che guidano all'uso della contenzione che possono risiedere nella gestione assistenziale del paziente (es cadute), nella riorganizzazione delle risorse del contesto sia umane che ambientali, come anche nel riuscire a instaurare una relazione efficace con il paziente.

Conclusioni: La ricerca effettuata, ha evidenziato la necessità di sensibilizzazione della professione infermieristica nella ricerca di alternative di risposta alla contenzione in una logica di rispetto alla dignità della persona a fronte degli aspetti etici e giuridici che guidano l'assistenza. La contenzione quindi deve essere applicata solo ai casi strettamente necessari ponendo il paziente nella centralità del processo assistenziale, rivalutandolo di continuo, comprendendone i bisogni e le esigenze in una logica di risposta adeguata tale da limitarne l'uso di un atto sanitario-assistenziale di natura eccezionale.

Introduzione

Il diritto di muoversi liberamente inteso come libertà del proprio corpo, è qualcosa di più forte di un diritto, è una condizione necessaria alla vita umana stessa. Eppure basta una malattia, uno stato mentale alterato da patologie organiche, da alcool o droghe, o semplicemente dall'invecchiamento, perché questo diritto venga messo in discussione. Spesso in passato la contenzione fisica dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti, in strutture residenziali, ma soprattutto in servizi psichiatrici, è stata pratica comune, con la sola giustificazione che veniva attuata "per il bene del paziente", proprio da coloro che dovrebbero essere garanti della tutela della salute dell'individuo. L'impiego della contenzione meccanica è giustificata se costituisce risposta proporzionata rispetto all'offesa in concreto minacciata dal paziente. Inoltre, essa deve costituire punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari dissuasivi o impeditivi e finalizzati all'autodeterminazione del paziente, tutti messi in atto senza alcun risultato. Come ha puntualizzato il Comitato Nazionale per la Bioetica, posto che il paziente psichiatrico ha "diritto a un trattamento privo di coercizioni e rispettoso della dignità umana con accesso alle più opportune tecniche di intervento medico, psicologico, etico e sociale", la contenzione può essere praticata "solo in casi eccezionali in mancanza di alternative". "Di fronte a una crisi che appare incontenibile, occorre sempre mettere prima di tutto gli interventi di carattere ambientale (avvicinare o allontanare una persona che può recare sollievo o aumentare la tensione, spostare l'intervento in uno spazio più idoneo o più gradito), relazionale (il tono della propria voce, le cose che si dicono, la presenza o assenza di figure terapeutiche emotivamente significative) e farmacologico (compresa la scelta della via di somministrazione da parte del paziente e) per consentire il suo superamento". Nella maggior parte dei casi il contenimento, in una delle sue forme, viene utilizzato per pazienti geriatrici, psichiatrici, disabili e ospiti delle RSA. Legare un paziente al letto o alla sedia o contenerlo in qualsiasi modo, risulta un atto estremo, che spesso è il fallimento di un processo di prevenzione sotto forma di sorveglianza o interventi relazionali. Il riassunto tipico di queste tipologie di pazienti è che sono disorientati nello spazio-tempo, o che sono aggressivi o che presentano un rischio di caduta elevato, o che sono pericolosi, riassumono quindi un quadro di un paziente pericoloso

per sè stesso e gli altri che necessità di contenzione, ma spesso è sola una motivazione, un pretesto per prendere una scorciatoia, una scorciatoia chiamata contenzione. (1)

La contenzione fisica, una procedura ampiamente discussa in ambito legale, etico, morale e dal punto di vista dell'utilità, dal punto di vista della dignità del paziente sia per le sue implicazioni e gli effetti che causano sulla persona che la subisce, a livello fisico e psicologico, e sia in termine di reale efficacia, utilità e risultati ottenuti applicandola. Infatti a favore tale affermazione, la maggior parte degli studi, tesi, elaborati e manuali, mettono in evidenza quanto sia inefficace la contenzione, soprattutto per la gestione del rischio caduta e dei disturbi comportamentali del paziente, di cui tra l'altro sono anche le principali motivazioni che inducono l'infermiere ad utilizzare la contenzione. E' quindi un controsenso usare la contenzione per il rischio caduta e per la gestione del paziente agitato se la letteratura e gli studi ci dicono che è una procedura con scarsi risultati e che può peggiorare la situazione. Ciononostante continua ad essere largamente utilizzata soprattutto in reparti geriatrici e RSA, come riportato dall' indagine stimolo del presente elaborato; il 15,8% (445/2808 paziente) in reparti geriatria, medicina, ortopedia, chirurgia ed terapia intensiva, e ben 68,7% (4599/6690 ospiti) nelle RSA. (2).

Le tipologie di contenzione sono diverse, dalla contenzione fisica attuate anche solo tramite il posizionamento errato delle sponde del letto, alle limitazioni totali dei movimenti tramite lacci o lenzuola applicati al letto o alla sedia, alla contenzione ambientale attuata attraverso la chiusura a chiave delle porte per limitare i movimenti, alla contenzione chimica attuata attraverso l'uso di farmaci per limitare o bloccare del tutto i movimenti.

La contenzione, tuttavia, rimane una procedura utilizzabile, ad esempio situazioni di emergenza dove si ha il rischio di aggressione, suicidio o comportamenti che potrebbero andare a danneggiare o rimuovere strumenti o apparecchiature collegate al corpo del paziente, anche senza prescrizione medica, rispettando sempre e comunque la dignità della persona, la Costituzione, il codice etico e deontologico, il Codice Penale, Civile ed Etico che infatti puniscono severamente l'abuso di tale procedura.(3)

CAPITOLO 1

1.1 Cenni storici ed evoluzione della contenzione

I primi cenni storici ufficiali reperiti risalgono al 1700; il trattamento nasce prevalentemente nella gestione dei pazienti psichiatrici con l'impiego delle camicie di forza che bloccavano qualsiasi tipo di movimento, o l'utilizzo di catene attaccate ai muri o ai letti per bloccare il paziente. La teoria dell'epoca era che maggiore fosse la contenzione subita, più velocemente la persona sarebbe guarita. Il primo tentativo di intervento, lo introduce Benjamin Rush con il *Historical Notes of Dr. Benjamin Rush, 1777*, che sviluppò la sedia della pacificazione, applicata ai pazienti agitati, confusi o deliranti, prevedeva il posizionamento di un casco, che sembrava più una scatola, sulla testa, in modo che la persona non avesse più stimoli visivi, o uditi o sensoriali. La scatola era posizionata talmente stretta che bloccava l'afflusso del sangue e probabilmente era questa la motivazione nel rilassamento del paziente, oggi viene bollata come orrore ma ai tempi vista come innovazione e ampiamente utilizzata. (20).

Altro passo importante per i diritti e il miglioramento della qualità di cura dei pazienti contenuti, avviene nel 1787 con lo psichiatra francese Philippe Pinel considerato padre della psichiatria moderna, che rimosse l'uso delle catene e di tutte quelle pratiche disumane e le sostituì con i primi prototipi di limitazioni parziali (cinture, manette di cuoio,..); cessò inoltre l'isolamento e l'abbandono del paziente, passando alle prime forme d'inserimento in attività che potessero aiutarli e restare impegnati per recuperare le loro capacità. (21).

Da citare che in Italia, Vincenzo Chiarugi, qualche anno prima aveva già teorizzato ed importato queste modifiche, ma la proposta non venne riconosciuta e non fu dato merito l'innovazione delle cure. (22)

Mentre nel resto del Mondo le teorie sulla contenzione si evolvevano e nascevano nuove leggi, in Italia dobbiamo aspettare al 16 Agosto 1909 con il Regio Decreto numero 615, dove veniva fatto un primo passo in avanti per i diritti e la qualità dei pazienti trattati, con istituzione di locali igienici e di cura personalizzata, stanze di isolamento, restrizione sul numero degli alienati all'interno delle strutture, e creazione di stanze apposite per il riposo. Ovviamente tutto ciò, non risolveva i problemi legati

all'uso indiscriminato della contenzione, ma dava almeno maggiore dignità alle persone che risiedevano all'interno dei manicomi.

Nel 1968, in Italia, con la Legge Mariotti, vi fu un importante cambiamento nato dalla consapevolezza di disumanità che il manicomio creava sui pazienti e sui curanti. In realtà questa legge non fu mai applicata del tutto ma permise il potenziamento del personale medico e infermieristico, ed introdusse il concetto di multidisciplinarietà dell'assistenza con l'introduzione di diverse figure professionali, quali assistente sociale, psicologo ed igienista (22)

Con questo rinnovamento avviene anche il riconoscimento dei Servizi d'Igiene Mentale, la possibilità di ricovero volontario e, dal 1971, viene adeguata anche la formazione degli infermieri stabilendo il requisito minimo di due anni di corso ed il possesso della terza media inferiore (22)

Si arriva poi alla legge Basaglia del 1978 che chiude definitivamente i manicomi e crea i Centri di Salute Mentale (CSM), introduce il concetto di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e mette in mostra la necessità di dare maggior rispetto ai pazienti malati, rivolgendosi a loro con un lessico più adeguato alla persona.

1.2- Definizione di contenzione

Dare una definizione di contenzione non è facile, in quanto in letteratura gli autori forniscono molteplici definizioni, discordanti da loro, in quanto non tutti riconoscono un'uniformità della definizione, e non tutti riconoscono i presidi come ad esempio la spondina una contenzione.

In maniera generale, la contenzione viene definita come qualsiasi azione o procedura fisica, chimica o ambientale che impedisca o limiti il movimento del corpo di una persona al quale avrebbe normalmente accesso se non fosse contenuta. (60).

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti;
- contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti;
- contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi;

- contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato.

1.2.1 Contenzione Fisica:

Come già sopra citato, anche rispetto alla contenzione fisica non tutti gli autori concordano sulla definizione come non concordano sulle tipologie.

In linea generale si può dichiarare:

“La contenzione fisica viene definita come, qualsiasi azione, procedura, mezzo o strumento, posto vicino o a diretto contatto con la persona, che blocca o limita solo parzialmente i movimenti verso una zona o una posizione a cui avrebbe invece libero accesso se non fosse contenuto. (28).

Esistono vari tipi di mezzi per applicare la contenzione fisica, a seguito si riportano i più comuni ed usati (32):

- Fasce di Contenzione in tutte le sue forme, applicabili ai piedi, alle mani, le braccia, al busto o al tronco. Possono essere applicate al letto o alla sedia, sono di vario tipo, materiale e lunghezza.
- Posizionamento delle sponde del letto. Anche se non tutti gli autori le considerano contenzione ma come presidio utile alla sicurezza della persona
- Materassi concavi in modo che il paziente faccia fatica ad alzarsi. Risultano molto scomodi e aumentano lo stress e l'agitazione nel paziente.
- Fare il letto stringendo e rimboccando in maniera stretta le lenzuola o coperte.
- Sedie concave o profonde dove il paziente fa fatica ad alzarsi, Geri chair.
- Posizionare tavolini o vassoi rigidi non rimovibili sulle sedie, normalmente utilizzate per mangiare seduti, possono diventare una forma di contenzione.
- Utilizzare bracciali o manette da applicare a polsi o caviglie o al letto.
- Bloccare le ruote alla carrozzina o al deambulatore.
- Applicare cinture alla sedia o creare un blocco davanti ad essa.
- Disporre sopra il letto coperte e cuscini pesanti per limitare i movimenti.

1.2.2 Contenzione Ambientale

La restrizione ambientale, è un tipo di contenzione meno invasivo, che limita il libero accesso di una persona, ad aree all' interno della sua stanza o di tutta la struttura. Si può ottenere semplicemente chiudendo a chiave una porta o applicando barriere o lucchetti.

Da notare che in alcuni articoli che tratterò nel capitolo dedicato alle alternative, alcuni autori consigliano di chiudere determinate zone della struttura e creare zone apposite dove le persone non possono uscire ma possono rimanere in sicurezza all'interno senza usare contenzione fisica o relazionale. (61)

1.2.3 Contenzione chimica

Per contenzione chimica o farmacologica si intende un'unica dose di farmaco, sia esso sedativo o con effetto neurolettico/antipsicotico, che venga somministrata per via parenterale o orale (allo scopo di bloccare il comportamento del paziente o per ridurre la libertà di movimento della persona, e che non sia somministrata alla dose standard o specificatamente per lo stato clinico del soggetto. Secondo la letteratura i farmaci più utilizzati sono gli 7 antipsicotici di prima generazione e le benzodiazepine (29).

La contenzione Farmacologica non essendo invasiva come la contenzione fisica, secondo alcuni studi sarebbe migliore e meno stressante per il paziente, infatti ci sono numerosi dibattiti riguardanti questa tipologia di contenzione che suggeriscono che sia migliore rispetto alla contenzione fisica (30) ma ci sono altrettanti studi che smentiscono o mettono sullo stesso livello della contenzione fisica, lo stress e l'invasività e per l'aspetto psicologico per il paziente.(31) Quindi non è possibile affermare che sia migliore o peggiore rispetto agli altri metodi.

1.2.4 Contenzione psicologica, relazionale o emotiva:

Prevede ascolto e osservazione empatica che diminuiscono l'escalation aggressiva del paziente/ospite poiché soddisfano il bisogno di sicurezza.

1.3 Gli effetti della contenzione fisica

Vi sono scarse evidenze in merito agli effetti positivi della pratica contenitiva come anche dal punto di vista della sicurezza, dell'utilità e dell'efficacia terapeutica. La maggior parte degli autori afferma che sono più gli effetti etici e morali negativi ed emotivi che si ripercuotono sui pazienti ma anche sugli infermieri ed operatori sanitari. (33).

Altri studi invece mettono in mostra come la contenzione in tutte le sue forme, oltre ai vari effetti negativi, aumenti anche il tempo di degenza, renda il paziente più aggressivo e agitato e che predisponga il soggetto a future contenzioni. (34)

La revisione di Chou M. Y. (33) suddivide le lesioni associate a contenzione fisica in due gruppi:

a) danni diretti: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica (lacerazione, abrasione o compressione);

b) danni indiretti: tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione etc.).

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione. Alcuni studi dichiarano che la contenzione fisica può essere causa diretta di morte.

Danni diretti:

- Asfissia da contenzione, è la causa più comune di morte correlata alla contenzione, secondo la letteratura forense e di emergenza (36). E' riconducibile ad una fascia di contenzione mal posizionata o troppo aderente o un letto stretto troppo o il posizionamento di coperte e cuscini messe sopra il letto per limitare i movimenti. Si riscontra spesso nei pazienti con problemi psichiatrici o con forte agitazione. Molto spesso i pazienti chiedono aiuto, ma siccome ritenuti agitati, confusi o non credibili non vengono ascoltati.
- L'asfissia posizionale si verifica quando la posizione del corpo interferisce con la respirazione. Nella letteratura forense, è stato riscontrato che la morte per asfissia posizionale si verifica quando gli individui sono stati posti in una posizione che non consentiva una respirazione adeguata, il più delle volte una posizione prona. Ciò può comportare una posizione restrittiva o confinante,

una semplice flessione della testa sul torace, un'ostruzione parziale o completa delle vie aeree esterne o una compressione del collo. (36-38)

- Morte per aspirazione, più frequente nei pazienti con livelli di coscienza bassi dovuti a malattia o farmaci o pazienti confusi, nei soggetti con disfagia il rischio è molto maggiore. Quindi la posizione supina e il livello basso di coscienza, interferisce sulla loro capacità di proteggere le vie aeree.(43)
- Rush delle catecolamine, è un massiccio rilascio di catecolamine surrenali che può verificarsi in pazienti coinvolti in un'escalation di agitazione, lotte con i membri del personale. Questa fuoriuscita di catecolamine può destabilizzare il cuore e produrre disturbi del ritmo (44)È stato dimostrato che l'eccitazione comportamentale e lo stress psicologico inducono disturbi maligni del ritmo cardiaco che possono causare arresti potenzialmente fatali. (44-45)
- Rabdomiolisi, la maggior parte dei casi di rabdomiolisi si verifica in persone tendenzialmente sane. La rottura delle cellule muscolari è il risultato di uno sforzo intenso dovuto all'agitazione e al cercare di liberarsi, o stasi prolungata. Indicatori che possono aumentare il rischio sono l'attività fisica e l'abuso di alcool (48). La morte per rabdomiolisi non è frequente, ma si verifica soprattutto nei pazienti con stati maniacali, stati di agitazione e confusione e che sono in trattamento con farmaci (benzodiazepine) che causa sforzo estremo e disidratazione. Il ruolo della rabdomiolisi è confermato dalla letteratura, in associazione con farmaci, contribuisce anche ad aumentare il rischio di soffocamento e asfissia, non dovuti da compressione meccanica, cuscini o lenzuoli che accidentalmente soffocano il paziente, ma soffocamento per l'eccessivo sforzo, anche se questo caso è raro e più frequente nei pazienti con gravi malattie mentali. (50).
- Trombosi, l'embolia polmonare e la tromboflebite sono state riportate in letteratura come complicanze di stati stasi prolungata a letto, nel nostro caso per contenzione, durante i quali i pazienti rimanevano immobili per lunghi periodi di tempo. (51) Ciò suggerisce che l'immobilizzazione può essere un fattore di rischio sia per le lesioni che per morte. Recentemente, è stato riportato che la contenzione fisica prolungata è la causa più comune di trombosi con esito fatale. (52).

Danni indiretti:

Comprende tutte quelle altre possibili conseguenze non mortali conseguenti all'immobilizzazione come lesioni da pressione, aumento della mortalità, rischio caduta maggiore, aumento della degenza, rischio di infezione, perdita di tono muscolare, deficit cognitivi soprattutto negli anziani, riduzione dei contatti sociali, rischio di incontinenza urinale e fecale. Per ultimo ma non per importanza, la contenzione causa sofferenza psicologica, crea agitazione e un vissuto negativo per il paziente. (54)

1.4- Le normative in ambito di contenzione

Attualmente in Italia, in maniera generale il diritto alla salute e tutte le sue forme di trattamenti sanitari, sono regolati dall' Art32. Della Costituzione Italiana, che recita testualmente: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

La contenzione quindi si presenta come un atto che può essere utilizzato in quanto in determinate situazioni è necessario per la sicurezza della persona stessa e di chi gli sta attorno, sempre rispettando la dignità e il rispetto per la persona.

Se prendiamo ad esame il Codice Penale Italiano, all' Art. 51 recita che se si adempie ad un dovere dovuto dalla situazione o dalla necessità, la contenzione è giustificata e non rappresenta un reato perseguibile.

Se invece si utilizzasse la contenzione, al di fuori dello stato di necessità citato precedentemente, si andrebbe incontro ad una serie di reati perseguibili penalmente. Ad esempio Art 589 Omicidio colposo, Art. 590 Lesioni personali colpose, Art. 586 Morte o lesione in conseguenza di altro delitto, Art. 605 Sequestro di persona, Art. 610 Violenza privata, Art 572 Maltrattamenti.

Attualmente in Italia non esiste una regola specifica per le persone contenute ne per i mezzi di contenzione utilizzabili nei pazienti geriatrici, ma è disponibile per i pazienti affetti da patologie mentali.

Anche la normativa di riferimento dell'infermiere e in particolare all'interno del Nuovo Codice Deontologico Dell'Infermiere l'Art 35 recita:

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico.

Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'équipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”.

1.5- L'uso della contenzione

Come già esposto nei paragrafi che precedono, la contenzione è un approccio pericoloso e deontologicamente condannato per il paziente e per i numerosi effetti negativi sia di carattere fisico che psico-emotivo.

La contenzione però, trova utilizzo ampiamente con percentuali che variano da Nazione a Nazione. Le Nazioni con valori percentuali più bassi si riferiscono laddove gli infermieri applicano una serie di interventi che vanno a prevenire il suo uso come l'adozione di piani assistenziali basati sulla relazione o sul coinvolgimento del paziente durante la giornata con varie attività. (12-14)

Nei dati riportati a seguito sono stati considerati alcuni studi italiani e altri provenienti dal resto del Mondo (2-4-5-6-7-8-9-10-11-14-15), dove si prendevano ad esame un campione di pazienti definiti geriatrici e contenuti. Alcuni studi contemporaneamente consideravano anche un campione del team infermieristico e le loro scelte in tema di contenzione, per valutare se l'operato infermieristico fosse idoneo alle situazioni. Nello specifico, la maggior parte delle contenzioni fisiche veniva utilizzata nei reparti di medicina generale rispetto a quelli chirurgici, e in maniera molto maggiore nei reparti intensivi o di rianimazione. (13).

In media gli studi (2-4-5-6-7-8-9-10-11-14-15) forniscono un valore compreso tra lo 8,5% al 69% di applicazione alla contenzione.

I valori medi più bassi sono stati riscontrati dagli studi Australiani, ma nessuno di essi ha fornito motivazioni su come avessero ottenuto tale risultato, per poi raggiungere dei valori medi in Europa, con valori alti in Belgio, Olanda e Finlandia, (15) rispetto a tutti gli altri studi esteri confrontati. Se si considera la sponda del letto, (anche se non da tutti viene considerata contenzione), i valori salgono al 98%. A fronte di ciò si può dichiarare che vi è notevole variabilità dei dati, ma che inquadrano una situazione italiana diversa dalle altre.

Lo studio che prende in considerazione le Nazioni europee, classifica l'uso italiano della contenzione ad un valore del 19.00%; poche pubblicazioni si riferiscono alle singole regioni pur avendo percentuali molto alte; a titolo di esempio il Report di sintesi – La contenzione degli anziani redatto nel 2013 Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento – Ausl Parma Dott.ssa Cristiana Damini fornisce l'analisi dei dati riguardante la rilevazione del vissuto e della rappresentazione, relativa al tema della contenzione degli anziani, da parte dei professionisti che operano all'interno delle Strutture oggetto dell'indagine.

Emerge che il 98.9% professionisti dichiara l'uso della contenzione all'interno del proprio ambiente di lavoro (10). Nella regione Veneto riporta valori al 25% nell'uso della contenzione.

Uno studio spagnolo condotto nella penisola Iberica su 1200 paziente geriatrici ricoverati servizi di lungodegenza di 9 centri ospedalieri non precisati, l'84,9% ha subito una contenzione, per lo più riferibile all'uso della spondina del letto non giustificato da reali necessità; nei pazienti contenuti si riscontrava un aumento della frequenza dell'uso della contenzione in quanto aumentava lo stato di agitazione e aggressività nei confronti del personale. (12)

La letteratura riporta che le ragioni per le quali gli operatori sanitari utilizzano più frequentemente la contenzione sono le seguenti:

1. presenza di deterioramento cognitivo;
2. presenza di disorientamento spazio-temporale;
3. presenza di agitazione psico-motoria;
4. riduzione del visus;
5. rischio di caduta;
6. wandering (vagabondaggio);

7. interferenza con i trattamenti;
8. rischio di rimozione di devices (CVC, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica...);
9. comportamenti auto o etero aggressivi, auto o eterolesionistici;
10. necessità di praticare terapia psicofarmacologica.

1.6 La contenzione e il rischio di cadute

Come indicato nel precedente paragrafo al punto 5, la prevenzione delle cadute, che è la principale causa di contenzione, non trova grandi riscontri negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti del tutto la caduta nei soggetti anziani. In particolare l'uso di mezzi di contenzione non determina un numero significativamente più basso di cadute o infortuni nei soggetti a rischio di caduta. Questi risultati sostengono la necessità di un approccio individualizzato alla persona anziana istituzionalizzata, per ridurre il rischio di caduta e favorire la mobilità, anziché l'immobilità. L'utilizzo delle sponde non si associa a una decisa riduzione di cadute dal letto e la loro rimozione, per contro, non è associata ad un aumento di cadute tra gli anziani istituzionalizzati. In uno studio si è rilevato che la riduzione della contenzione fisica si accompagna a un aumento significativo di cadute prive di conseguenze (nessun trattamento, non abrasioni o tagli, radiografie non necessarie), mentre il numero di cadute con conseguenze più gravi (ematoma, perdita di conoscenza, tagli e ferite da sutura, fratture, ricovero in ospedale, morte) è sostanzialmente sovrapponibile a quello che si verifica in soggetti non sottoposti a contenzione. Questi risultati suggeriscono che gli anziani continuano a cadere, con o senza l'uso di contenzione fisica, a causa di cambiamenti associati al processo di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti a una caduta.

1.7 Alternative all'uso della contenzione

Presupposto fondamentale all'indicazione di misure contentive risulta essere la corretta valutazione multidimensionale ("assessment") del paziente.

Una revisione sistematica della letteratura, indica che la motivazione per implementare la contenzione risieda nella presenza di comportamenti lesivi o pericolosi verso se stessi o verso altri.

La letteratura suggerisce altri interventi che possono essere messe in atto per evitare l'utilizzo della contenzione anche se gli stessi dispone di chiare evidenze.

Alterazioni del ciclo sonno veglia

Ridurre i tempi di allettamento nelle ore diurne

Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale

Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete, necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva.

Deliri – allucinazioni

Non criticare né negare la situazione vissuta dal paziente

Evitare di commentare, banalizzarlo, deridere il paziente

Mostrare un atteggiamento empatico.

Trattamenti sanitari

Controllare frequente il paziente da parte degli operatori dell'assistenza

Chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitario

Posizionare i presidi sanitari durante il sonno o fuori dal campo visivo dell'ospite

Vanno comunque sempre considerate delle strategie di contesto che possano contenere il disagio o il malessere dell'ospite.

Compagnia e sorveglianza:

fare in modo che il paziente/ospite non stia da solo: possono stare con lui il personale, familiari, caregivers, volontari, in particolare durante le ore notturne.

Rivalutare la effettiva necessità di trattamenti che possono indurre agitazione nel paziente/ospite

Rimozione di SNG, catetere vescicale, fleboclisi di mantenimento non indispensabili

Modifiche ambientali

Aumentare l'illuminazione (soffusa e non diretta)

Mettere il paziente vicino alla guardiola

Creare un ambiente tranquillo, senza troppi stimoli uditivi o visivi

Rendere accessibile al paziente il campanello e altro di necessità

Letti il più possibile bassi o regolabili in altezza

Diversivi/attività

Fornire al paziente/ospite attività per intrattenerlo (lettura di giornali, TV, radio, giochi, attività varie)

Se l'attuazione di tali attività non risulta efficace per l'appropriata gestione del comportamento del paziente, l'infermiere si rivolgerà al medico per valutare la necessità della prescrizione della contenzione.

1.8 Il ruolo dell'infermiere nella contenzione

Come abbiamo visto, la contenzione, è una procedura molto particolare, con molteplici risvolti negati per l'integrità fisica e nel del paziente oltre alle implicazioni giuridiche per l'infermiere nel suo utilizzo non giustificato. La contenzione è uno strumento pensato per situazioni straordinarie e non deve essere impiegata in funzione preventiva rispetto a comportamenti aggressivi, ossia con forme d'intervento anticipato rispetto all'insorgenza di un pericolo per l'incolumità fisica dal personale sanitario o dagli stessi assistiti. E' bene quindi ricordare che l'utilizzo della contenzione fisica prevede una prescrizione sulla base di un'attenta valutazione del suo stato di salute, dei possibili effetti e delle possibili alternative utilizzabili. Inoltre tale prescrizione, per essere valida, dovrà essere preceduta dal consenso informato. Con riferimento a soggetti cognitivamente integri il medico avrà quindi il dovere di informarli al fine dell'acquisizione del consenso, tenendo conto di alcune peculiarità del singolo individuo (livello culturale, capacità di comprensione). Nel caso, invece, di soggetto dichiarato legalmente interdetto l'obbligo informativo andrà espletato nei confronti del tutore (art. 33 Codice Deontologica medica). Quando però la perdita di competenza è tale da rendere difficoltoso il coinvolgimento del paziente nell'iter decisionale sarà il medico a dover decidere assumendosi ogni responsabilità in merito. Occorre inoltre evidenziare, la posizione di garanzia rivestita dal sanitario pubblico costituisce espressione dell'obbligo di solidarietà garantito dalla Costituzione sancito dall'art. 40

Codice penale secondo il quale "non impedire un evento che si ha l'obbligo di impedire equivale a cagionarlo

Altro aspetto fondamentale e obbligatorio è la registrazione nella documentazione clinica del paziente della messa in atto della contenzione in cui rientrano le annotazioni la motivazione che ha portato al suo uso, il tipo della contenzione (se una cinghia o una manetta ad esempio), la durata del trattamento con orario di inizio e di fine. Se durante il trattamento vi è una modifica del suo comportamento in senso positivo (abbassamento dell'aggressività, apertura al dialogo), la contenzione va immediatamente rimossa poiché, il perdurare, potrebbe determinare un nuovo stimolo verso l'aggressività e/o confusione cognitiva, peggiorando la situazione clinica e il corrispondente tempo di degenza.

Come indicazione la durata massima prevista per il mantenimento della contenzione è di 12 ore. Nella sua applicazione, il paziente deve essere monitorato facilitando le frequenze per l'osservazione posizionandolo in una unità di base agevole per i controlli come, ad esempio, vicino alla postazione operativa degli infermieri (guardiola).

Altresì, è rilevante valutare che nella stanza non vi siano potenziali pericoli tipo oggetti che possono causare lesioni al paziente stesso.

CAPITOLO 2

2.1-Il Problema

A fronte di quanto presentato nel capitolo che precede, il problema che ha guidato la stesura del presente elaborato, è legato all'uso frequente della contenzione specie in ambito geriatrico da parte dei responsabili dell'assistenza e non.

Quanto sopra descritto, è stato osservato anche dallo scrivente durante l'esperienza in clinica per il tirocinio formativo curriculare.

La specifica normativa infatti, sottolinea che la contenzione dovrebbe essere un atto di estrema scelta dopo che tutti gli altri interventi in risposta hanno fallito.

2.2-Obbiettivo

A fronte del problema esposto, l'obbiettivo che ha guidato la stesura vuole indagare le motivazioni che guidano gli infermieri alla scelta frequente dell'uso della contenzione. Contemporaneamente con questa dissertazione, ci si propone di individuare le possibili strategie alternative di risoluzione suggerite dalla letteratura in risposta al problema indicato.

2.3-Quesiti di ricerca

Rispetto agli obbiettivi della ricerca, i quesiti nella ricerca in letteratura sono stati:

- L'uso della contenzione nel paziente geriatrico è garantito dalla prescrizione medica?
- Ci sono delle situazioni che inducono l'infermiere all'uso su sua discrezionalità?
- Quali sono gli interventi che possono essere utilizzati in alternativa all'uso della contenzione fisica?

P: L' uso della contenzione

I: ricerca in letteratura

O: Valutare quale sia l'efficacia della contenzione e quali sono i rischi a cui può essere soggetto il paziente e valutare se la letteratura fornisce alternative alla contenzione.

Banche dati: Per ricercare gli studi presenti all' interno di questa tesi, è stato condotto un lavoro di ricerca presso PubMed, Cochrane Library, EBN Guidelines, Google Scholar.

Stringhe di ricerca: Sono state utilizzate le seguenti parole chiave per condurre la ricerca:

Physical Restraint

Physical Restraint Alternatives

Physical Restraint Geriatric

Physical Restraint Use

Physical Restraint Interventions

Criteri di inclusione:

Sono stati considerate le pubblicazioni in lingua italiana ed inglese provenienti da studi condotti tra il 2000 e il 2022 e che si rivolgevano a studi di contenzione fisica che coinvolgevano pazienti con età superiore ai 65 anni che avessero subito la contenzione in RSA o in reparti geriatrici.

Criteri di esclusione: Sono stati esclusi tutti gli studi di contenzione su pazienti psichiatrici, bambini, terapie intensive, tutti gli studi che non comprendessero pazienti geriatrici e tutti gli articoli che non parlassero di contenzione o contenzione fisica.

Sono stati reperiti 185 studi che avevano pertinenza con la ricerca dell' uso della contenzione fisica. Dei 185 studi totali trovati con le parole chiave, poi sono stati letti dodici studi in quanto si concentravano sulla ricerca dell'uso della contenzione in reparti geriatrici o case di riposo e successivamente presi ad esame solamente cinque studi, il rimanente degli articoli è stato scartato in quanto erano studi molto datati o con pochi campioni presi ad esame o con periodi di osservazione del campione preso ad esame molto basso o si riferivano a piccoli ospedali o strutture.

Per la ricerca degli interventi, utilizzando le parole chiave, sono stati trovati 154 studi relativi al paziente geriatrico, sono stati presi ad esame ventidue studi relativi alle alternative all'uso della contenzione fisica, dei ventidue letti poi sono stati presi ad esame solamente quattro studi, in quanto diversi studi erano di pubblicazioni

precedenti agli anni 2000, quindi fuori dai miei parametri di ricerca, alcune pubblicazioni invece proponevano alternative già presenti in altri studi, quindi in caso di similitudine ho preso lo studio con maggiore campionamento e con data di pubblicazione più recente.

Nel seguente lavoro di tesi, sono stati inclusi 5 articoli per valutare l'uso della contenzione, di cui, uno era un questionario e quattro erano studi trasversali multicentrici. Per gli interventi sono stati presi ad esame quattro studi, due sono studi trasversali e gli altri due sono revisione di letteratura.

2.4 Risultati della ricerca.

Ci sono delle situazioni che inducano l'infermiere all'uso su sua discrezionalità?

Secondo il nuovo Codice Deontologico Art.35 , in situazioni di normalità, l'infermiere non può decidere di usare la contenzione su un paziente previa valutazione del medico. In situazioni di emergenza, dove vi sono stati di necessità che tutelino la salute del paziente o di chi gli sta attorno, o dei presidi ad esso applicati o adiacenti, l'infermiere ha la possibilità di contenere il paziente in attesa della valutazione del medico. Le situazioni di emergenza o necessità, vengono definite come situazioni che non possono essere risolte tramite interventi preventivi o sostitutivi alla contenzione che presenta una situazione pericolosa per il paziente, per gli altri o l'equipe sanitaria.

L'uso della contenzione nel paziente geriatrico è garantito dalla prescrizione medica?

I risultati della ricerca sono basati su cinque studi presenti nella Tabella 1. A seguire un commento sugli articoli.

Il primo studio preso ad esame prende un campione di pazienti con età superiore agli 80 anni che sono stati contenuti con la motivazione di rischio di caduta. La contenzione è stata applicata sul 93% dei 545 pazienti presi ad esame durante un periodo di un mese nelle case di cura nel Distretto 1 di Bassano del Grappa. La contenzione maggiormente utilizzata era la sponda del letto con il 90%. (2)

Proseguendo con gli studi, il successivo, di Silvia Thomann (4) è uno studio trasversale multicentrico condotto in Svizzera e Austria tra il 2016 e il 2018. Uno studio di quasi

trentamila pazienti in un arco di tempo di un mese, dove mette in mostra un basso utilizzo della contenzione, 8.7 % sul totale di tutti i pazienti. Le motivazioni sono sempre le stesse, per evitare il rischio di caduta o per pazienti confusi, solo il 60% la contenzione è stata trascritto sul diario infermieristico. L'articolo non spiega come il team infermieristico abbia raggiunto questo risultato.

Il seguente studio è di tipo osservazionale cross-sectional di E. Zanetti (8). Mette in relazione reparti ordinari ospedalieri, geriatria, medicina, ortopedia con le RSA. Nei reparti abbiamo una contenzione attorno al 15% mentre nelle RSA 68,7%. Il motivo era quasi sempre il rischio di caduta e la contenzione più usata era la sponda del letto nel 70% dei casi.

Lo studio successivo è un'indagine condotta tramite questionari per il personale sanitario solamente nell'Ausl di Parma. Nel 20% dei casi era l'infermiere che applicava la contenzione e nel 56% OSS. Il 99% di tutta il campione sanitario ha ammesso di aver usato almeno una volta nella carriera la contenzione e come mezzo più utilizzato la sponda 90%. Inoltre solo 70% delle volte c'era prescrizione medica e il 20% degli infermieri ammette di prendere le decisioni parlando con i propri colleghi infermieri. (10)

Il seguente studio di Jens Abraham, mette in relazione sia l'uso della contenzione sia interventi per prevenire l'uso, è l'unico studio che ha condotto questo esame. Si svolge su 120 case di riposo in Germania. Divide due gruppi di persone definite come geriatriche, dove in uno applica degli interventi relazionali e di supporto e nell'altro non vengono applicate strategie relazionali per prevenire l'uso della contenzione. Secondo il suo studio la contenzione iniziale dei due gruppi all'inizio della sua indagine, si aggira al 17% nel primo gruppo e 19% nel secondo. Dopo un anno che i due gruppi vengono analizzati, si osserva che il primo gruppo raggiunge il 14,6 % e il gruppo senza interventi 18 %. Le motivazioni per cui si ricorreva all'uso della contenzione non viene spiegato nello studio, in quanto si focalizzava a mettere in relazione gli interventi proposti e la loro efficacia.

Lo studio non vuole affermare che i suoi interventi siano funzionali, ma suggerisce che anche senza contenzione si possono ottenere buoni risultati.

Quali sono gli interventi che possono essere utilizzati per prevenire l'uso della contenzione fisica?

In letteratura, si definiscono alternative tutte quelle procedure, tecniche, dispositivi, soluzioni o piani assistenziali che vengono utilizzati al posto della contenzione fisica e che riducono la necessità di contenere il paziente. (63)

In letteratura abbiamo tantissimi esempi di interventi di prevenzione o sostitutivi alla contenzione. Qui sotto viene riportata una tabella dove vengono inseriti gli interventi principali divisi per luogo e tipo di intervento secondo questi articoli. (56-57-60-62-63)

Luogo dell'intervento	Tipo Di Intervento
Team infermieristico	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento del personale ● Migliorare la formazione e la consapevolezza riguardo la contenzione ● Posizionare i pazienti più a rischio, il più vicino possibile alla guardiola ● Far trascorrere meno tempo possibile il paziente a letto durante le ore diurne ● Coinvolgere il paziente in diverse attività per stancarlo e coinvolgerlo ● Valutare il comportamento, le situazioni che possono causare modifiche nei comportamenti dei pazienti. ● Creare una routine e mantenerla costante nel tempo ● Limitare il tempo del paziente a letto solo per il tempo necessario ● Approccio empatico ● Non aggredire verbalmente il paziente se non capisce quello che si viene detto. ● Creare un programma di attività fisica
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorire la corretta illuminazione della stanza ● Eliminare fattori di disturbo, quali sveglie, orologi

	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorire un ambiente silenzioso ● Posizionare l'arredo della stanza in modo che non sia di intralcio al paziente ● Pavimento antiscivolo ● Chiudere le uscite della struttura a chiave ● Rendere accessibili altre aree sicure dove il paziente può deambulare in sicurezza ● Cuscini sul pavimento ● Musicoterapia ● Applicare adesivi o immagini sulle pareti o oggetti per favorire l'autonomia del paziente ● Creare stanze apposite e sicure dove il paziente può deambulare in sicurezza
Relazione	<ul style="list-style-type: none"> ● Migliorare il rapporto tra infermiere e paziente ● Tecniche di De-escalation per prevenire aspetto violento ● Non lasciare da soli i pazienti e lasciarli in compagnia ● Incoraggiare la relazione per tranquillizzare e creare un rapporto sia con gli operatori che con gli altri pazienti ● Coinvolgere la presenza dei familiari ● Gruppi relazionali
Igiene	<ul style="list-style-type: none"> ● Eseguire igiene appena possibile, soprattutto la notte, diminuisce il rischio di agitazione e confusione ● Non stringere troppo forte il panno, crea stress e agitazione
Terapia	<ul style="list-style-type: none"> ● Somministrare la terapia in maniera costante ● Valutare la possibilità di terapia al bisogno
Attività quotidiane	<ul style="list-style-type: none"> ● Far deambulare i pazienti con assistenza ● Musicoterapia ● Lettura ● Attività ricreative anche con gli altri pazienti
Letto	<ul style="list-style-type: none"> ● Usare materassi idonei e comodi, preferibilmente concavi

	<ul style="list-style-type: none"> ● Usare i cuscini per posturare e dare sicurezza al paziente ● Non tirare le sponde del letto ● Posizionare cuscini o materiale morbido adiacente al letto per limitare il rischio caduta ● Nei soggetti con alto rischio di caduta è preferibile mettere il letto o il materasso direttamente a terra o il più basso possibile. ● Bloccare le ruote del letto. ● Mettere a disposizione il trapezio per favorire l'autonomia nei movimenti a letto. ● Bloccare le ruote del letto.
Sedia	<ul style="list-style-type: none"> ● Preferire sedia concave e profonde ● Sedie a dondolo

Gli studi vengono allegati nella Tabella 2.

Lo studio di Ralph M. ha preso ad esame 6 studi randomizzati controllati, condotti su sei diverse unità di geriatria, che presentavano tutti quanti interventi di tipo educativo e gestionale da parte del team infermieristico. Nello studio vengono prese ad esame le decisioni degli infermieri riguardo l'uso della contenzione e alternative relazionali e strategie di distrazione dei pazienti. E' emerso che, gli infermieri anche se sapendo di essere sotto osservazione, preferissero utilizzare la contenzione anche in situazioni in cui probabilmente si sarebbe potuto intervenire con un intervento relazionale. Lo studio conclude che non c'è una grande differenza nell'usare strategie relazionali per prevenire l'uso della contenzione rispetto al non intervenire con interventi relazionali e utilizzare come prima risorsa la contenzione.. (62)

Lo studio di Raveesh B.N. condotto su revisioni di letteratura condotti su RSA, afferma che bisognerebbe formare in maniera migliore gli infermieri sotto l'aspetto relazionale e strategie per coinvolgere maggiormente i pazienti e i famigliari per cercare di tranquillizzare il paziente, in modo che siano in grado di gestire meglio le situazioni senza ricorrere in maniera precoce alla contenzione. Altro intervento proposto dall'articolo è quello di far parlare e gestire un paziente agitato con il personale sanitario più adulto e con più anni di esperienza, in modo da conferire maggiore

sicurezza e serenità al paziente. Secondo il suo studio, applicando le varie strategie relazionali, educative e di de-escalataion, si potrebbe evitare di contenere il paziente. (57)

Lo studio (64) prende ad esame due diversi tipi di linee guida e interventi in materia di contenzione fisica. Il gruppo che prevedeva interventi educazionali mirati ed un assistenza basata più sulla relazione otteneva risultati migliori rispetto al gruppo che non applicava interventi. Lo studio non afferma che sia la soluzione migliore al problema, ma che sicuramente è da considerare una valida alternativa. (64).

Infine l'ultimo studio, prende ad esame diversi studi provenienti da Paesi differenti in case di riposo per anziani, con un arco di osservazione tra i quattro e i dodici mesi. La sua conclusione analizzando tutti quegli studi è che i risultati vanno presi con cautela. Si può affermare che nei gruppi che applicano interventi relazionali e tecniche di de-escalation o dove vi è un coinvolgimento maggiore dei famigliari, si ottiene una riduzione sia sui pazienti contenuti sia sulla durata della contenzione. L' autore stesso, afferma di prendere con cautela questi dati, in quanto non sempre gli interventi proposti sono applicabili e dipendono da variabili come disponibilità dei famigliari e numero di infermieri presenti in turno in quel momento. L'uso di altri dispositivi come ad esempio sistemi di allarme, o bloccare le porte, vengono scartati perché secondo l'autore non sono affidabili o poco sicuri o scomodi per il paziente. (63)

2.5 Discussione dei Dati

I dati inseriti nel presente elaborato, allegati nella Tabella 1, hanno messo in mostra, anche se con diversi limiti, l'efficacia nell'uso di alternative alla contenzione. C'è da precisare e valutare che non tutti gli studi hanno seguito e valutato gli interventi proposti per poi applicarli nella pratica per valutarne il loro reale potenziale, ma in linea di massima si sono espressi in maniera positiva, affermando che sicuramente, rispetto alla contenzione, rappresentano un miglioramento assistenziale. Quindi, è possibile affermare che, secondo la letteratura, ci sono molteplici procedure o piani assistenziali che si possono applicare per prevenire o evitare di ricorrere alla contenzione fisica.

L'uso della contenzione fisica, anche se conosciamo bene le implicazioni legali e quando vada utilizzata, tutti i suoi effetti negativi sulla persona che la subisce e tutte le possibili alternative che potremmo utilizzare, secondo la letteratura e i dati riportati in Tabella 1, la contenzione fisica è utilizzata ampiamente dagli infermieri e non solo. La contenzione rappresenta spesso una procedura utilizzata per prevenire il rischio di caduta o per il controllo dell'agitazione, motivazioni che non sono giustificate, in quanto la letteratura afferma che tendono ad aumentare il rischio di caduta, agitazione e predispongono il paziente ad essere contenuto più spesso. I dati forniti sull'uso della contenzione dalla letteratura variano in base a contesto e al luogo dello studio, variando dal 8,5% al 69% e saliamo fino al 98% se consideriamo l'uso della sponda del letto, anche se la sponda del letto non viene riconosciuta da tutti gli studi, ma citata solo da alcuni. Con questi dati alla mano, si può dedurre che la contenzione non venga utilizzata come ultima risorsa, ma che venga adoperata come principale soluzione nella gestione del paziente, tralasciando tutta quella serie di alternative che avrebbero potuto prevenire la contenzione. Probabilmente in ambito di contenzione, vi è una scarsa formazione infermieristica, visto che la maggior parte degli studi in esame mette in mostra di come gli infermieri non utilizzano tecniche alternative perché non ne sono a conoscenza. Im ambito professionale, in teoria, siamo a conoscenza di quello che ci viene detto dall' Art.35 del Codice Deontologico, dall' Art.32 della costituzione e dalle varie implicazioni legali, eppure, nella pratica, non si riesce ad applicare i corretti insegnamenti.

2.6 Applicazioni nella pratica

La contenzione fisica rimane ancora oggi un tema molto discusso sia in termini legali ed etici per le implicazioni che ne derivano per la limitazione della libertà personale, sia in termini di efficacia clinica. La maggior parte degli studi, infatti, evidenzia l'inefficacia della contenzione soprattutto per la prevenzione/ gestione delle cadute tra le principali motivazioni che inducono al successivo ricorso della contenzione fisica. La formazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi associati all'uso della contenzione è la prima strategia efficace per limitarne l'uso. Dovrebbero quindi essere affrontati temi come:

- l'impatto della contenzione fisica;

- i diritti e l'autonomia degli anziani;
- i miti e i pregiudizi legati all'uso della contenzione fisica;
- aspetti etici e legali della contenzione fisica;
- esiti avversi e problemi comportamentali specifici (cause e gestione) tra cui
- l'agitazione, il vagare, il rischio di caduta, i problemi di postura e i metodi alternativi alla contenzione.

Per quanto sopra si vuole citare la linea guida per la pratica infermieristica Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints del 2012 (sviluppata dalla Registered Nursing Association of Ontario) che propone il tema della sicurezza attraverso alternative alla contenzione.

Si compone di 12 raccomandazioni (di cui 8 specifiche per la pratica clinica, 1 per la Formazione e 3 relative alle organizzazioni e alle politiche sanitarie), per la prevenzione della contenzione, con particolare riferimento alla contenzione fisica/meccanica nei diversi ambiti assistenziali: acuti, long term care e domiciliare

In sintesi, le raccomandazioni centrano l'attenzione rispetto:

la valutazione delle persone a rischio,

la pianificazione assistenziale individuale,

la collaborazione multidisciplinare,

l'implementazione dei metodi alternativi alla contenzione proposti dalla ricerca corrente l'utilizzo dei mezzi di contenzione come ultima risorsa

Le raccomandazioni educative riguardano i requisiti educativi e le strategie formative per l'introduzione, l'implementazione e la sostenibilità della linea guida.

Le raccomandazioni organizzative si riferiscono alle condizioni necessarie in un ambiente lavorativo affinché tutto trovi applicabilità nella pratica clinica. (Allegato 2)

La pianificazione assistenziale, condivisa con il team e con i familiari è considerata strategica per la riduzione della contenzione e deve trovare revisione a seguito dei cambiamenti osservati nel paziente monitorando i fattori di rischio comportamentali al fine di mettere in atto in primis, le strategie alternative alla contenzione.

Il consenso informato dovrebbe essere ottenuto dalla persona assistita o da chi ne ha la tutela giuridica. La contenzione dovrebbe essere applicata assicurando la maggiore libertà e la migliore qualità di vita possibile utilizzando i mezzi meno restrittivi. Durante il periodo di contenzione è raccomandato un monitoraggio costante sulle

condizioni della persona e degli effetti collaterali/complicanze , che dev'essere sempre documentato.

In tutto ciò va sempre considerata la possibilità di sospendere e/o rimuovere la contenzione con il coinvolgimento del paziente stesso, appena si evince una situazione più sicura.

Tuttavia, in base ai risultati di alcuni studi, la formazione rappresenta un elemento necessario ma non sufficiente, da solo, a creare una cultura restraint free.

CONCLUSIONI

Ci sono diversi limiti in questo studio, ad esempio, nessuno studio fornisce un'alternativa definitiva al problema, ne valuta in maniera precisa la loro applicazione sulla clinica di tutti i giorni, ma forniscono una risposta generale, che si può sicuramente tenere valida ma che comunque rimane generica. Non è nemmeno chiaro se gli interventi relazionali o educativi siano efficaci, in quanto alcuni autori traggono una conclusione positiva e altri una conclusione negativa. Sicuramente tutti affermano che sia importante trovare una soluzione alternativa alla contenzione in quanto ritenuta una procedura non valida. Quindi attualmente non si può affermare con certezza che ci sia un intervento sostitutivo alla contenzione ma sicuramente si possono provare ugualmente prima di contenere il paziente. Gli studi mettono in evidenza che gli interventi riducono l'uso della contenzione, ma i valori ottenuti dagli studi sono bassi e ritenuti non significativi nella prevenzione all'uso della contenzione.

Nonostante si ritenga che la contenzione sia una procedura utilizzabile ed inevitabile in determinate situazioni, rimane il fatto che la maggior parte delle volte rappresenta invece la prima scelta dell'infermiere, soprattutto con la motivazione di prevenire il rischio caduta che di conseguenza si è visto che aumenta solamente il rischio, quindi l'effetto contrario, mentre delle volte lo si fa per scarsa conoscenza, a volte per motivazioni poco credibili e altre volte ancora per propria decisione, descrivendo quindi un quadro di uso inappropriato della contenzione, mentre dovrebbe essere un'atto estremo utilizzato con attenzione ed in casi rari di reale bisogno.

Questi aspetti devono risultare da stimoli di riflessione nell'esercizio dell'attività infermieristica in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale;

“Eliminare la contenzione è battaglia di buon senso contro il non senso...”

Maila Mislej

Bibliografia

- 1- Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P: Superare la contenzione: Si può fare. I quaderni dell'infermiere. I.P.A.S.V.I. Brescia Luglio 2009
- 2- Zanetti E: The use of Physical restraints in older adults receiving home care: a cross-sectional study in an Italian district of norther Italy. Assistenza Infermieristica e Ricerca Aprile 2017
- 3- Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche, FNOPI, 2019
- 4- Tommaso S, Zwakhalen S , Richter D , Bauer S, Hahn S: Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross- sectional multi-centre study. International Journal of Nursing Studies Febbraio 2021
- 5- Kate Irving: Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. Giugno The Australian nursing journal 2004
- 6- Oscar J. de Vries: Differences in period prevalence of he use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. Settembre. The journal of Gerontology 2004
- 7- Minnick A.F: Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting. College of Nursing Chicago 1998
- 8- Zanetti E: L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza. Fnopi 2012.
- 9- Costantini S: L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani. Ordine dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri. 1996
- 10- Damini C: Report di sintesi – La contenzione degli anziani - 01/04/2013 Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento – Ausl Parma
- 11- Hamers Jan P. H.: Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. University of nursing Maastricht 2009
- 12- Gabriel E-Guerra: The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-selectional study. University of nursing of Las Palmas Febbraio 2017
- 13- Mongardi M. : Osservatorio Regionale sui Nursing Sensitive Outcomes Regione Emilia Romagna Gennaio 2014

- 14- Abraham J: Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. Institute of Health and Nurse Germany 2019
- 15- Palese A: Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design, Department of Medical Sciences Udine. Dicembre 2021
- 16- Goethals S: Nurses's decision-making in cases of physical restraint. A synthesis of qualitative evidence. Department of nursing of Ghent. Dicembre 2021
- 17- Capezuti E: Physical restraint use and falls in nursing home residents. University of nursing Pennsylvania. 1996
- 18- Capezuti E: The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. University of nursing Pennsylvania. 1998
- 19- Historical notes of Dr.Benjamin Rush 1777
- 20- Kantzas .Trattato medico.filosofico sull'alienazione mentale volume 1. 1985
- 21- Ciambrello Infermieristica clinica in salute mentale. CEA.2001
- 22- Conolly, Giovanni: The treatment of the insane without mechanical restraint. 1856
- 23- Morris C. Letter regarding physical restraint definition 2000 Federal Drug Administration.
- 24- Raboch J. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. Ottobre 2010
- 25- Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospital. A literature review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2009
- 26- Bleijlevens M. Physical restraints. Consensus of research definition using a modified Delphi technique. Department of Health Services And Research Maastricht. 2016
- 27- Raboch J. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization From Ten European Countries. Department of Psychiatry Prague.2010
- 28- Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospital. A literature review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2009

- 29- Chieze M. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. Department of Psychiatry Geneva.2019
- 30- Weissberg K.D: Physical restraint defined and examples. Physical therapy journal. 2018
- 31- Chou M.Y The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: A hospital-Based retrospective cohort study. Center of Geriatric and Gerontology Hospital. 2020
- 32- Sharif A. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. Nursing department of Iran.2021
- 33- Weiss E.M. Deadly restraint. A nationwide pattern of death. Hartford Courant 1998
- 34- Reay DT. Death in custody. Clin Lab Med 1998
- 35- Reay D.T. Effects of positional restraint on oxygen saturation and heart rate following exercise. King County Medical Examiner's office.1988
- 36- O'Halloran R.L. Restraint asphyxiation in excited delirium. Forensic Med Pathol 1994.
- 37- Howard J.D. Positional asphyxia. Emerg Med 1997
- 38- Rubin B.S. Asphyxiz deaths due to physical restraint a case series. Arch fam med 1993
- 39- Boglioli L. Child homicide caused by commotio cordis 1998.
- 40- Mann S.C. Lethal catatonia AM J Psychiatric 1986.
- 41- Bennet J. Physical, chemical and aspiration injuries of the lung. Cecil book of medicine 20th edition 1996
- 42- Lown B. Role of psychologic stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes. AM J cardiology 1977.
- 43- Kirby. D. Behavioral arousal enhances inducibility and rate of ventricular tachycardia. AM J Physiological 1991
- 44- Grossman P. Cardiac vagal control and dynamic response to psychological stress among patients with coronary artery disease. Research Laboratory Brooklin. 1996
- 45- Hick J.L. Metabolic acidosis in restraint-associated cardiac arrest: a case series. Emerg Med 1996.

- 46- Poels P.J. Rhabdomyolysis: a review of the literature. Institute of Neurology Nijmegen. 1993
- 47- Brown J.A. Exercises induced upper extremity rhabdomyolysis and myoglobulinuria in shipboard military personnel. *Mil Med* 1994.
- 48- Fernandez-Real J.M. Hyponatremia and benzodiazepines result in rhabdomyolysis. *Ann Pharmacother* 1994.
- 49- McCall W.V. Fatal pulmonary embolism in the catatonic syndrome, two case reports and literature review. Department of Psychiatry and Behavioral Medicine of Wake Forest University 1995
- 50- McCall W.V. Fatal pulmonary embolism in the catatonic syndrome, two case reports and literature review. Department of Psychiatry and Behavioral Medicine of Wake Forest University. 1995
- 51- Mohr W.K. Post restraint sequelae five years out: concerns and policy implications. Paper presented at the Annual American Psychiatric Association Meeting. May 9, 2001
- 52- Chou M.Y. The adverse effects of physical restraint use among older adult patients admitted to the internal medicine wards: A hospital-based retrospective cohort study. Center of Geriatric and Gerontology Hospital 2020
- 53- Carla P, Stefania Z. La contenzione fisica e le persone anziane: Conoscenze atteggiamenti e sentimenti degli infermieri e le modalità d'uso. Ottobre 2007.
- 54- Mohler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints In long term geriatric care. Herdecke University of nurse Germany. 2012
- 55- Bevinhalli N. Alternative to use of restraint: A path toward humanistic care.
- 56- Hellwig K. Alternatives to restraints; What patients and caregivers should know. *Home health care nurse* 2000.
- 57- Frank C. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Farm Physician* 1996
- 58- Cester A. Gumirato G. I percorsi della Contenzione, dal caos al metodo.
- 59- Restrictive Practices Guidance Environmental Restraint. Australia NDIS quality and safeguard 2020.

- 60- Mohler R. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. University of Nursing Germany 2014
- 61- Abraham J. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. Institute of Health and Nurse Germany 2019
- 62- Abraham J. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized control trial. Institute of Health and Nurse Germany 2019
- 63- Wagner L.M. Promoting Safety: Alternative Approaches to Use of Restraints del 2012 , Registered Nursing Association of Ontario. 2012

ALLEGATI

Allegato 1: Sintesi della letteratura considerata

Autore	Titolo pubblicazione	Anno	Tipo di studio	Sintesi
Ermellina Zanetti	The use of Physical restraints in older adults receiving home care: a cross-sectional study in an Italian district of norther Italy.	2017	Studio trasversale	Il 93% dei pazienti è stato contenuto durante la degenza, la prevalenza delle persone contenute è di sesso femminile.
Silvia Thomann	Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. International Journal of Nursing Studies.	2021	Studio trasversale.	E' uno studio condotto nell'arco di 30 giorni su pazienti in vari ambiti ospedalieri. Mette in evidenza che il principale motivo della contenzione è il rischio caduta.
Ermellina Zanetti	L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle	2012	Studio osservazionale	Mette in relazione l'uso della contenzione negli ospedali con le

	residenze sanitarie assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza. Ermellina Zanetti 2012.			RSA, evidenziando che è maggiormente utilizzata nelle RSA.
Dott.ssa Cristiana Damini	Report di sintesi – La contenzione degli anziani - 01/04/2013 Ufficio Promozione Qualità e Accreditamento – Ausl Parma	2013	Report tramite questionario.	Fornisce un quadro generale dell' Ausl di Parma, in quanto il questionario non era obbligatorio.
Jens Abraham	Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial.	2019	Studio controllato randomizzato a grappolo.	Mette in relazione due gruppi e applica degli interventi diversi dalla contenzione per valutare se si riduce l'uso. L'uso è ridotto leggermente.

Autore	Titolo pubblicazione	Anno	Tipologia di studio	Riassunto
Ralph Mohler	Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints In long term geriatric care.	2009	Revisione di letteratura.	Prende ad esame sei studi randomizzati di controllo. I risultati non sono sufficienti per affermare che le alternative siano migliori della contenzione.
Bevinhal li Nanjege woda	Alternative to use of restraint: A path toward humanistic care.	2017	Revisione di letteratura	Lo studio suggerisce la necessità di trovare un'alternativa alla contenzione, ma non afferma che i metodi trovati possano essere utilizzati in maniera sostitutiva, ma consiglia il loro utilizzo.
Jens Abrham	Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older	2022	Revisione di letteratura	Lo studio mette in relazione due gruppi, uno con interventi diversi

	people in general hospital settings.			dalla contenzione. I risultati sono leggermente migliori nel gruppo senza contenzione, ma l'autore suggerisce che bisogna ricercare meglio.
Jens Abrham	Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial.	2019	Studio controllato randomizzato o a grappolo.	Lo studio propone di seguire un gruppo di pazienti dove vengono applicati una serie di interventi. Il gruppo senza contenzione ottiene risultati migliori e una degenza minore.

Allegato 2 – Raccomandazioni per la promozione di misure alternative alla contenzione (RNAO, 2012)

	Raccomandazioni	Livello delle evidenze
1	Gli infermieri ² stabiliscono un rapporto terapeutico con la persona assistita che è a rischio di danno per sé o/e per gli altri per prevenire l'uso di sistemi di contenzione	IV
2	Gli infermieri dovrebbero valutare la persona assistita alla presa in carico e periodicamente per identificare eventuali fattori di rischio che possono comportare l'uso di sistemi di contenzione	Ib
3	Gli infermieri dovrebbero utilizzare il giudizio clinico e strumenti di valutazione validati per identificare le persone assistite a rischio di essere contenute	Ib
4	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale e la persona assistita / famiglia / sostituto nelle decisioni (SDM), dovrebbero creare un piano di assistenza individualizzato che si concentri su approcci alternativi all'uso della contenzione	Ib
5	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero costantemente monitorare e rivalutare il piano di assistenza del cliente sulla base di osservazioni e/o condizioni espresse dalla persona assistita e/o dalla famiglia e/o dall'SDM	IV
6	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero attuare strategie multifattoriali per prevenire l'uso di mezzi di contenzione per le persone assistite identificate a rischio	Ia
7	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero attuare le tecniche di riduzione e di gestione delle crisi e mobilitare adeguate risorse per promuovere la sicurezza e ridurre il rischio di lesioni per tutti, in presenza di un aumento dei comportamenti reattivi	Ib
8	Gli infermieri, in collaborazione con il team interprofessionale, dovrebbero impegnarsi in pratiche assistenziali che riducano al minimo qualsiasi rischio per la sicurezza della persona assistita e del benessere per tutta la durata del processo di contenzione	IV
9	L'assistenza alle persone a rischio di contenzione dovrebbe essere inclusa in tutti i piani di studi della formazione di base infermieristica e anche nei programmi di sviluppo professionale continuo [...]	Ib
10	Le organizzazioni sanitarie dovrebbero implementare la gestione del rischio (risk management) e le strategie di miglioramento della qualità per favorire una cultura che promuova approcci alternativi all'utilizzo di sistemi di contenzione a sostegno dei diritti delle persone assistite e della sicurezza personale [...]	Ib
11	Il modello di assistenza delle organizzazioni dovrebbe promuovere la collaborazione interprofessionale con la persona assistita/famiglia/SDM che supporta l'uso di metodi alternativi e previene l'uso dei sistemi di contenzione	III
12	Le linee guida di buone prassi infermieristiche possono essere implementate con successo solo dove ci sono pianificazione, risorse, supporto organizzativo ed amministrativo adeguati, nonché un sostegno appropriato [...]	IV