

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LEGISLAZIONE	3
CAPITOLO 2: LA STORIA E LE SENTENZE	5
CAPITOLO 3: EVOLUZIONE DELL'INFERMIERE	10
CAPITOLO 4: TIPI DI CONTENZIONE	12
4.1: LA CONTENZIONE MECCANICA E I RISCHI	13
4.2: LA CONTENZIONE FARMACOLOGICA E I RISCHI	17
4.3: CONTENZIONE AMBIENTALE E I RISCHI	19
4.4: LA DIFFERENZA FRA CONTENZIONE E AUSILIO	20
CAPITOLO 5: RUOLO DELL'INFERMIERE	22
CAPITOLO 6: ANALISI DEL CONTESTO	24
6.1: AMPIEZZA DEL FENOMENO	25
6.2: CAUSE E CONSEGUENZE	32
6.3: ALTERNATIVE	44
CAPITOLO 7: MATERIALE E METODI	50
CAPITOLO 8: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	52
BIBLIOGRAFIA	55
SITOGRAFIA	61
ALLEGATI	63

INTRODUZIONE

La Contenzione viene definita dal CMS (US Centers for Medicare and Medicaid Services) come “un qualsiasi metodo manuale o dispositivo fisico o meccanico, materiale o attrezzatura attaccato o adiacente al corpo del soggetto che non può essere rimosso facilmente e che limita la libertà di movimento del soggetto o il normale accesso al proprio corpo”.

Nella letteratura scientifica la contenzione è definita come un qualsiasi metodo utilizzato dallo staff per prevenire i conflitti e provare a diminuire o evitare i danni che potrebbero derivarne (Bowers, 2014). Un altro esempio è quello di Di Lorenzo che, nel suo articolo *Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in acute ward* aggiunse anche “la contenzione di polsi e caviglie, che permetta l’immobilizzazione del paziente a letto nella posizione supina, saltuariamente è necessaria così come l’applicazione di una fascia addominale, utilizzando fascette, cinghie, lenzuoli contenitivi e tavoli avvolgenti” (Di Lorenzo, 2014).

Un’altra definizione è quella del Royal College of Nursing (2008) che la definisce come la restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto.

La contenzione può essere fisica, chimica, ambientale o relazionale.

In questa tesi l’obiettivo prefissato è quello di descrivere il fenomeno comunemente definito sotto il nome di “contenzione”, andando a fare luce sulla storia e sul ruolo dell’infermiere, sulla legislazione in questo ambito e sulle evidenze scientifiche attualmente presenti per quanto riguarda l’ampiezza del fenomeno e le conseguenze di un loro scorretto impiego.

Ciò che andremo ad analizzare è il ruolo della figura dell’infermiere che, prima di importanti leggi quali la L. 12/02/1968, n.132 di Mariotti, la L. 13/05/1978, n.180 di Basaglia e il Decreto Ministeriale D.M. 14/09/1994, n.739, non era dotato della autonomia di cui invece può vantare oggi e questo si andò a riflettere anche sul modo in cui era percepito. Inizialmente, infatti, era visto come “sorvegliante” dei pazienti con

malattia mentale e spesso vi era un uso smodato dei presidi utilizzati per limitare la libertà di quest'ultimi, le contenzioni.

Inoltre, faremo una panoramica approfondita sulla legislazione che ha portato all'attuale modello di pensiero che è adottato dalle figure professionali in ambito sanitario: il modello della sicurezza. Questo modello, contrariamente a quello "terapeutico" vede la contenzione come indesiderabile ma necessaria ed è strettamente connesso al percorso intrapreso dalla ricerca scientifica per quanto riguarda le conseguenze negative della contenzione e la frequenza con la quale viene impiegata.

Infine, chiariremo anche le differenze fra i vari tipi di contenzione e fra contenzione ed ausilio riabilitativo, andando quindi a dimostrare che i casi non sono tutti uguali e che, a volte, dipende dalla prospettiva che viene assunta dai professionisti.

Oltre alla contenzione fisica, come accennato all'inizio di questa introduzione, ci sono altre categorie: la contenzione chimica, la contenzione ambientale e la contenzione relazionale.

La restrizione chimica descrive l'uso deliberato e/o casuale di farmaci per controllare il comportamento e/o limitare la libertà di movimento, ma che non è richiesto per trattare clinicamente una condizione identificata. Questi farmaci possono inoltre essere appositamente somministrati per sedare un paziente come mezzo di contenzione (Mott, 2005).

La restrizione ambientale invece consiste nell'apportare modifiche all'ambiente di vita del paziente, al fine di limitarne o controllarne i movimenti (un esempio è quello delle porte del reparto tenute chiuse a chiave, le sbarre sulle finestre e la limitazione di visite da parte dei familiari). (Mott, 2005)

Infine, la restrizione relazionale mette in campo l'ascolto e l'osservazione empatica del paziente. Si tratta di interventi di desensibilizzazione, de-escalation, praticati applicando tecniche di comunicazione, volte principalmente a ridurre e placare l'aggressività di alcuni pazienti (Scarpa, 2012).

Però conoscere la definizione non basta a comprendere un fenomeno così complesso; bisogna porre l'attenzione anche sulla sua evoluzione tra passato e futuro, nonché sul percorso intrapreso dalla legislazione.

CAPITOLO 1: LEGISLAZIONE

A livello costituzionale è regolamentata dagli articoli 13 e 32 della Costituzione Italiana. L'articolo 13 della Costituzione asserisce che “La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge”, mentre l'articolo 32 della Costituzione dichiara che “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”.

A livello legislativo è doveroso fare un passo indietro e osservare il percorso intrapreso a partire dalla nascita in ambito sanitario del modello Beveridge, economista e sociologo inglese nonché primo barone, in Inghilterra nel 1948. È un modello basato sull'universalità di accessibilità alle cure, sul finanziamento attraverso la fiscalità generale e sulla gratuità nell'erogazione delle prestazioni. In Italia questa concezione di sanità si avrà solo a partire dalla legge L. 23/12/1978, n.833 che diede luce al sistema sanitario italiano come lo conosciamo oggi. Per arrivare all'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, come accennato sopra, si susseguirono diverse leggi tra cui quella del 13/03/1958, n.296 che instaurò il ministero della sanità, organo che nacque dall'esigenza di dare piena attuazione al dettato dell'articolo 32 della Costituzione; un altro importante traguardo fu raggiunto dalla legge del 12/02/1968, n.132 conosciuta anche come legge Mariotti, allora ministro della sanità. Legge che pose le basi per la riforma dei manicomi e per il cambiamento nel modo di percepire la salute mentale. Qui i manicomi presero il nome di ospedali psichiatrici e nacquero i dispensari di igiene mentale e i centri di igiene mentale (ambulatori funzionanti solo alcune ore al giorno). Istituì anche il ricovero su base volontaria negli ospedali psichiatrici. Citando l'istituzione del ricovero volontario non si può evitare di estendere la discussione al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e all'accertamento sanitario obbligatorio (ASO). Ricordiamo che il TSO differisce dalla contenzione in quanto è presente una vera e propria disposizione di legge, dove un medico inoltra la richiesta ad un medico di struttura pubblica che a sua volta la inoltra al sindaco, che ha 48 ore per richiedere l'assenso del giudice tutelare, che poi ha 48 ore per dare conferma. È uno strumento cautelare rivolto

alla tutela della persona con malattia mentale in fase acuta (grande malessere psichico) in cui è necessario intervenire e la persona rifiuta il trattamento e/o l'accertamento (non dura più di 7 giorni). Citando l'articolo 54 del Codice Penale (C.P.) "non è punibile chi ha commesso un fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé stessi o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo". Nel caso del TSO il ricovero avviene in strutture ospedaliere come l'SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) o altri luoghi idonei.

Per arricchire questa panoramica legislativa andiamo ad approfondire una legge molto rilevante per quanto riguarda le tematiche di salute mentale: la legge n.180 del maggio 1978 anche conosciuta come legge Basaglia, psichiatra e neurologo italiano. Era divisa in articoli tra cui i più importanti erano: l'articolo 33 che regolamentava l'ASO e il TSO, l'articolo 34 che regolamentava il ricovero volontario, l'articolo 35 che si concentrava sui casi dove la persona bisognosa di TSO fosse già ricoverata in struttura di degenza e l'articolo 64 che di fatto sancì la chiusura e il superamento degli ospedali psichiatrici.

Questa legge va anche ad erigere i paletti che circoscrivono l'area di utilizzo delle contenzioni fisiche. In questa categoria rientrano: i bracciali di immobilizzazione per polsi e caviglie, le cintole pelviche, le spondine del letto e le cinture di sicurezza per il letto. Non sono considerate contenzione fisica la spondina che protegge metà letto e i bracciali che impediscono solo la flessione del braccio.

Per concludere è importante aprire un parentesi, cioè quella relativa al Codice Penale che ci permette di capire meglio il campo di applicazione delle contenzioni, o meglio, le conseguenze di un loro scorretto impiego. Infatti, l'articolo 605 del C.P. sottolinea che chiunque privi taluno della libertà è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni, mentre l'articolo 610 del C.P. afferma che "chiunque che, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa è punito con la reclusione fino a quattro anni". Questo serve come monito per chiunque voglia impiegare delle metodiche di questo tipo e in aggiunta ci obbligano ad avere una conoscenza più ampia del fenomeno.

CAPITOLO 2: LA STORIA E LE SENTENZE

Si rivela opportuno in questo momento aprire una vecchia questione irrisolta, tipica della legislazione psichiatrica, e cioè il modo in cui viene indicata e percepita la contenzione.

Nel 1987 l'omnibus budget reconciliation act (OBRA), conosciuto anche come legge sulla riforma delle case di cura, conìò una prima definizione estensiva di contenzione fisica: metodica manuale o fisica, strumento meccanico, materiale o altra attrezzatura applicata al corpo del paziente o nelle sue vicinanze, che non può essere rimossa facilmente dall'individuo e che ne limita la libertà dei movimenti ovvero la normale accessibilità al proprio corpo.

Alcuni anni dopo (1991), L.K. Evans definì i mezzi di contenzione fisici come quei dispositivi applicati al corpo, o nello spazio circostante la persona, per limitare la libertà dei movimenti volontari.

Queste prime definizioni hanno un limite, in quanto descrivono solo una delle dimensioni della contenzione: quella fisica.

Quale modo migliore di decostruire questa nostra percezione se non quello di investigare il possibile futuro della contenzione stessa?

L'evoluzione culturale a cui stiamo assistendo oggi è di tipo semantico, considerando che la parola scritta in protocolli e procedure non sarà più "contenzione", bensì "protezione".

"Prevenire, attenuare o bloccare atteggiamenti o comportamenti del paziente, quali irrequietezza, agitazione o aggressività, proteggere presidi terapeutici, permettere la somministrazione di farmaci, prevenire traumatismi da caduta, evitare il vagabondaggio, praticare l'alimentazione forzata dei malati che rifiutano attivamente il cibo. È la risposta del servizio ad un problema di gestione del paziente, inevitabile non per ragioni oggettive ma per ragioni soggettive interne al singolo servizio, come conseguenza dell'assenza di risorse in grado di offrire una modalità di intervento differente." Vi sono infatti luoghi ed esperienze dove l'autonomia del singolo si interseca con la loro vulnerabilità, il bisogno di cura e di sostegno, creando condizioni di asimmetria di potere e di subordinazione, che a loro volta evocano lo scacco, la sconfitta, la perdita dell'autonomia e della libertà" (Rossi, 2015).

Si tratta quindi di mezzi fisici, chimici o ambientali che, in qualche maniera, limitano la capacità di movimenti volontari dell'individuo (De Vreese, 2001). È palese, quindi, il grande cambiamento che è avvenuto a distanza di pochi anni per quanto riguarda le definizioni di contenzione.

Questa evoluzione di pensiero è attribuibile senza dubbio al cambio di prospettiva messo in atto da personalità influenti nei vari paesi del mondo.

John Conolly, psichiatra inglese direttore dell'ospedale psichiatrico di Hanwell a Londra, permise, nel 1850, l'abolizione dei tradizionali mezzi di contenzione attraverso il sistema "no restraints". Nel suo libro "The treatment of the insane without mechanical restraints" (1856) affermò "Se si permette che mani e piedi vengano legati, come prassi di ordinaria amministrazione nell'istituto, a discrezione dei sorveglianti, in breve si risconterà nei pazienti un totale processo di regressione e si darà l'avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia" (Conolly, 2013).

Oltre al panorama inglese però è imperativo porre attenzione all'Italia.

Ad inizio del ventesimo secolo in Italia, durante il primo congresso della società freniatrica italiana, si rese chiara la necessità di eliminare tutti i mezzi di contenzione dalla pratica manicomiale.

"Essi possono, e quindi devono, essere sostituiti dalla sorveglianza continuata di personale idoneo ed in numero sufficiente e dall'impiego di opportuni calmanti".

Quindi, di fatto, si aprirono le porte ad un modo diverso di intendere la contenzione oltre a quello "fisico", aggiungendo la dimensione relazionale e quella farmacologica.

Qualche decennio dopo, durante una visita a Gorizia, Franco Basaglia, da cui prende il nome la legge n.180 del 1978, affermò con ardore: "No, io non firmo il registro della contenzione". Quel "no" fu la prima disobbedienza che portò poi a fruizione la legge n.180 sopracitata, nonché l'abolizione dei manicomi, ponendo l'Italia all'avanguardia per quanto riguarda questa tematica (Cipriano, 2015).

Negli anni post legge n.180 l'ottimismo di Basaglia si ridimensionò e, dopo essersi guardato intorno e aver preso atto dei grandi ostacoli rimasti da superare, dichiarò: "abbiamo chiuso i manicomi, va bè, ma tanto, fatta la legge, in Italia si trova l'inganno,

perché c'è un altro manicomio che è più manicomio di quelli che noi altri siamo riusciti a chiudere che si chiama medicina, che si chiama ospedale”.

Questi sforzi hanno però portato i loro frutti, permettendo un'evoluzione ulteriore nelle definizioni moderne di contenzione.

Una delle concezioni più adottate attualmente la vede come una particolare tipologia di limitazione delle libertà applicata alle persone che sono (o stanno per essere) soggette a cure sanitarie, finalizzate a proteggere la persona stessa o gli altri da danni che potrebbero altrimenti derivare da comportamenti indotti dalla malattia (Massa, 2015).

Per individuare in modo più efficiente il percorso intrapreso dalla legislazione nell'ambito di queste restrizioni tutelari, possiamo citare alcune sentenze avvenute negli ultimi anni.

La prima sentenza che andremo a sintetizzare è quella relativa al caso Di Giuseppe Casu. “La morte di Giuseppe Casu era un evento prevenibile e prevedibile, causato da una contenzione troppo prolungata”. Queste furono le conclusioni dei periti del tribunale di Cagliari sul caso del signore di Quartu morto il 22 Giugno 2006 dopo un TSO in Psichiatria al Santissima Trinità.

Casu a seguito del TSO era molto agitato e secondo i medici in preda a crisi difficili da gestire che lo rendevano violento e pericoloso, per sé e per i medici. Per questo fu legato al letto. Da quanto si legge nella perizia “nel caso del paziente Casu, non ricorre quasi mai il requisito dell'attualità del pericolo di vita che avrebbe motivato una contenzione, e non risulta in letteratura che mai nessuno sia morto per delirio o allucinazioni”

La contenzione fu prescritta in modo lecito, ma poi portata avanti in modo non conforme a quanto prescritto dalla scienza medica, considerando che non vennero richieste consulenze specialistiche né vennero effettuati controlli chimici strumentali e di laboratorio idonei. La contenzione fisica e quella farmacologica (aldoperidolo) si sono dimostrate le uniche risposte che i professionisti sanitari sono stati in grado di dare in quel momento delicato.

La sentenza della cassazione del 20/06/2018 N.50497, a sua volta, afferma in modo netto che la contenzione non è una pratica di carattere sanitario, non è un'attività medica e non ha finalità terapeutica. Perciò non può essere trascritta sotto forma di protocollo o essere

oggetto di linee guida che ne indichino l'utilizzo (Giampaolo Scarselli, consigliere Opi Fi-Pt).

Questa sentenza riguarda il caso di Franco Mastrogiovanni, un signore sottoposto a TSO in toscana che è poi deceduto durante il suddetto trattamento, dove i giudici hanno ritenuto che il personale sanitario, a partire dai medici e gli infermieri, avesse utilizzato in modo improprio e senza adeguata motivazione i mezzi di restrizione fisica, dove peraltro si sottolineò anche la mancata rivalutazione dell'assistito.

La difesa dei professionisti sanitari si basava su una tradizione della psichiatria quasi novecentesca che vedeva la contenzione come atto terapeutico volto a risolvere la condizione di agitazione del paziente. I vari gradi di giudizio misero però in luce che, in verità, erano i mezzi contenitivi stessi a causare agitazione e che, inoltre, il loro impiego fu protratto ben oltre i limiti previsti (80 ore), causando numerose abrasioni e profonde escoriazioni, verso le quali non venne attuata alcuna misura preventiva. Ha aggravato la situazione anche il fatto che ai familiari non fu permesso di visitare l'assistito durante il periodo di ricovero nella struttura.

La mancata annotazione in cartella clinica delle rivalutazioni (mai avvenute) e la piena consapevolezza dei medici di aver applicato le misure restrittive in assenza dei requisiti di necessità, si concretizzò nell'aver privato il signor Mastrogiovanni della sua libertà.

Per quanto riguarda gli infermieri, la corte esclude che il loro comportamento fosse scriminato dall'adempimento del dovere, in quanto tale previsione non è riferibile a contesti come quello sanitario dove, ricordiamo, gli infermieri sono dotati di autonomia professionale, bensì agli ambienti militari, caratterizzati dall'insindacabilità degli ordini. La prescrizione di una contenzione non può quindi configurarsi come "ordine gerarchico" e l'infermiere come unico dovere ha quello di doversi sottrarre a tali disposizioni, se dalla sua autonoma valutazione professionale ne risulta che non sussistano i presupposti per seguire tali direttive.

"l'uso della contenzione rappresenta una violazione dei diritti fondamentali della persona". Questa è la posizione di Opi Firenze Pistoia a seguito della suddetta sentenza sull'uso/abuso dei mezzi di contenzione in Rsa, che è in linea con quanto affermato dal documento del comitato nazionale di bioetica sulle contenzioni del 23 aprile 2015.

“il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere alla contenzione non toglie forza alla regola della non contenzione e non modifica i fondamenti del discorso” afferma Giampaolo Scarselli, che prosegue dichiarando come sia vitale definire limiti rigorosi alla contenzione e come il ricorso a tali mezzi deve rappresentare l’estrema ratio; ma non solo. Quando si sceglie di appoggiarsi ai metodi contenitivi si devono sempre impiegare le metodiche più appropriate per ogni caso e quelle meno invasive. Occorre investire nella cultura della non contenzione a tutti i livelli per superare resistenze diffuse dovute a cultura, organizzazione dei servizi e atteggiamento degli operatori. Inoltre, Scarselli precisa che, per quanto riguarda le persone affette da demenza e/o disturbi del comportamento, occorre implementare modelli di assistenza appropriati, sia a domicilio che in altre strutture, cercando il più possibile di considerare la contenzione come disumana e degradante.

“Auspichiamo che la regione toscana promuova l’abbandono dei mezzi di contenzione nelle Rsa ed elabori buone pratiche assistenziali per la gestione del delirium e dei disturbi del comportamento che non prevedono ricorso a mezzi di contenzione” conclude Scarselli.

Per concludere questa parentesi sulla storia della contenzione citiamo anche “La contenzione meccanica è.....terapeutica. tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario” di Luigi Gariglio, pubblicato nel 2021. “Recentemente, una sentenza della Corte europea dei diritti dell’uomo ha riconosciuto per la prima volta una violazione dell’articolo 3 della Convenzione per la salvaguardia dei Diritti dell’Uomo e delle Libertà fondamentali in un caso di contenzione di un paziente schizofrenico accaduto in un ospedale psichiatrico in Danimarca. L’art. 3 è intitolato «Proibizione della tortura» e recita: «Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti»”.

CAPITOLO 3: EVOLUZIONE DELL'INFERMIERE

L'infermiere psichiatrico nasce nell'800 insieme al manicomio. A livello legislativo venne istituita ufficialmente con il Regio Decreto 16/08/1909, n.615. Non avevano alcuna preparazione specifica, e non erano dotati dell'autonomia di cui godono oggi perciò erano costretti ad accettare l'erronea percezione presentata dal medico riguardo i pazienti malati di mente, e cioè che andavano trattati come "incomprensibili e pericolosi". Le loro funzioni principali erano: di custodia, di sorveglianza e di repressione. Erano loro a dover contenere l'aggressività dei malati e applicare le contenzioni; solo una minima parte di loro riusciva a mantenere la sensibilità necessaria ad assistere questo tipo di assistiti. La figura dell'infermiere psichiatrico fu per lungo tempo scarsamente considerata e vista come "sorvegliante dei matti", tuttavia riuscì ad evolversi così come il concetto di malattia mentale. Per quanto riguarda il Regio Decreto del 1909 sopracitato vi erano 2 articoli definivano il ruolo dell'infermiere psichiatrico: l'articolo 23 e l'articolo 24. L'art. 23 del Regio Decreto asseriva che "gli infermieri devono essere dotati di sana e robusta costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica, aver serbato buona condotta morale e civile, saper leggere e scrivere e aver compiuto 21 anni se maschi e 18 anni se femmine", l'art. 24 del Regio Decreto invece affermava che "spetta al direttore del manicomio istituire corsi speciali teorico-pratici per l'istruzione. È autorizzato a rilasciare attestati di idoneità".

La vecchia concezione di malattia mentale venne però disintegrata a partire dalla legge n.132 del 1968 che cambiò le carte in tavola, andando a porre maggiore attenzione all'aspetto terapeutico rispetto a quello di sorveglianza; introdusse di fatto il concetto di multidisciplinarietà assistenziale.

Dopo la chiusura dei manicomi con la n.180 del 1978, l'infermiere psichiatrico venne riqualificato ad infermiere professionale. Questo avvenne con la legge L. 3/06/1980, n.243.

Ricordiamo che poi la figura infermieristica trovò la vera e propria autonomia professionale con la legge n.739 del 1994.

Oltre alla n.739 del '94 anche il codice deontologico pone l'accento sull'evoluzione della figura infermieristica che, come vedremo nel capitolo legato al ruolo dell'infermiere,

afferma chiaramente che la contenzione degli assistiti va evitata quando possibile e che l'infermiere deve sempre basarsi sulle proprie valutazioni svolte tramite le proprie competenze e campo di applicazione della professione.

CAPITOLO 4: TIPI DI CONTENZIONE

Esistono, come abbiamo chiarito più volte nel corso di questo elaborato, varie definizioni di “contenzione”; in linea generale per “contenzione” si intende quell’atto che, attraverso l’uso di mezzi fisici o farmacologici limita i movimenti volontari di tutto o di una parte del corpo della persona assistita. Andando ad approfondire le possiamo dividere in quattro tipologie: la contenzione fisica, la contenzione meccanica, la contenzione ambientale e quella farmacologica.

La contenzione fisica prevede l’imposizione di una limitazione del movimento, che avviene spesso utilizzando la forza. Parliamo di membri dell’equipe assistenziale che bloccano la persona, impedendole di andarsene (Royal College of Nursing, 2008).

La contenzione meccanica è definita come qualsiasi azione che va ad impedire il movimento volontario avvalendosi di un qualsiasi oggetto o mezzo fissato al corpo della persona o adiacente ad esso, e cioè applicato al letto o alla carrozzina (Bleijlevens, 2016).

Per quanto riguarda invece la contenzione ambientale si tratta di isolare l’individuo o di manipolare l’ambiente circostante affinché siano limitate le capacità dell’assistito di lasciare un determinato spazio (WHO (World Health Organization), 2017).

Infine, la contenzione farmacologica consiste nel somministrare un farmaco che ha come finalità quella di limitare il movimento o controllare il comportamento di un individuo. Implica l’utilizzo di farmaci quali sedativi e farmaci psicotropi (benzodiazepine, antipsicotici e anestetici dissociativi). La contenzione farmacologica è spesso impiegata come “alternativa alla contenzione meccanica” ma bisogna sempre tenere conto del fatto che non è considerabile come un sostituto accettabile (WHO, 2017).

4.1: LA CONTENZIONE MECCANICA E I RISCHI

Quando parliamo di contenzione meccanica è doveroso andare ad illustrare i presidi che vengono impiegati. Li possiamo classificare in base alla loro sede di applicazione:

- Segmenti corporei (polsiere, cavigliere, cuscini anatomici, cintola pelvica) (foto 1; foto 2; foto 3)
- Letto (spondine integrali su entrambi i lati, cinture di sicurezza) (foto 4; foto 5)
- Sedia (corpetto o cintura)
- Carrozzina (tavolino oclusivo non removibile o fascia corpo)



Foto 1. Polsiere (Mapis.it)

Come possiamo giustificare l'inserimento di questi specifici presidi nella categoria "contenzione"?



Foto 2. Cavigliera (Ausilium.it)

Nel suo elaborato del 1998 Fryback giunge ad una conclusione chiara in merito alla contenzione meccanica: per capire se un presidio è utilizzato come “contenzione” basta semplicemente porsi due domande. Le due domande sono: “il presidio limita il movimento?” e “l’individuo ha difficoltà a rimuovere il presidio?”.



Foto 3. Cintola pelvica (Kinemed.it)

Se la risposta è “sì” ad entrambe le domande il presidio è utilizzato come “contenzione”.



Foto 4. Spondina del letto (Ossonline.it)

Anche i “Centers for medicare and medicaid services” nel 2009 dichiararono che si parla di mezzi contenitivi quando la persona ha difficoltà a rimuovere i suddetti presidi, facendoci quindi capire che il confine tra ausilio e contenzione non è così netto.



Foto 5. Cintura di sicurezza (Ausilium.it)

Tra le evidenze raccolte negli ultimi anni non si è riscontrata alcuna riduzione del numero di cadute o riduzione dell’agitazione psicomotoria che potesse essere collegata all’utilizzo dei presidi contenitivi (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

È stato dimostrato, invece, che la contenzione meccanica è correlata ad alcuni esiti spiacevoli tra cui: traumi meccanici (strangolamento, abrasioni, fratture e distorsioni a livello articolare) e esiti secondari tra cui lesioni da pressione, infezioni nosocomiali, trombosi venosa profonda e sindromi della sfera psicosociale come ad esempio depressione e stress (RNAO, 2012; Ministero della salute raccomandazione N.13, 2011)

Gli esiti associati alla contenzione meccanica possono essere divisi in due gruppi (Evans, 2002):

- danni diretti (lacerazioni, abrasioni, lesioni ischemiche, morte per asfissia dovuta alla pressione dei presidi restrittivi)

- danni indiretti (lesioni da pressione, infezioni, cadute)

Le diagnosi più frequentemente associate all'impiego delle restrizioni meccaniche risultano essere: le psicosi affettive, le psicosi organiche e i disturbi da abuso di sostanze (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

4.2: LA CONTENZIONE FARMACOLOGICA E I RISCHI

Parlando invece di restrizione farmacologica ci sono delle chiare indicazioni che ci permettono di definire quando parliamo di contenzione. L'uso di un farmaco si configura come contenzione quando sono presenti una o più delle seguenti condizioni:

- è assente un'indicazione terapeutica precisa e dichiarata in cartella
- è prescritto un dosaggio eccessivo o per un tempo eccessivamente lungo
- è assente un adeguato monitoraggio
- è assente la valutazione dei fattori scatenanti

Per minimizzare i rischi è fondamentale praticare la “ricognizione farmacologica” che consiste nell'integrare nella terapia quotidiana quei farmaci che, con dosaggi minori, riescono a modulare lo stato psicomotorio dell'assistito (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

Ricordiamo che i disturbi del comportamento, come per esempio l'agitazione psicomotoria e il delirium, sono spesso correlati all'uso delle contenzioni (come andremo poi a vedere più nel dettaglio nei capitoli successivi) e quindi sono meritevoli di attenzione anche in questo elaborato. L'agitazione psicomotoria è a genesi multifattoriale: patologie medico-chirurgiche in fase acuta, disturbi di comportamento in ambito di demenza, intossicazione o astinenza da sostanze e patologie psichiatriche in fase di scompenso. Inoltre, va sempre tenuto a mente che molti dei farmaci utilizzati nei setting ospedalieri presentano un rischio aumentato di scatenare disturbi del comportamento, in particolar modo quei farmaci con azione anticolinergica.

Il delirium, invece, è un disturbo neuropsichiatrico caratterizzato dall'alterazione di più funzioni cognitive (esecutive e di attenzione) che ha un decorso fluttuante (tipicamente il paziente alterna fasi di lucidità a fasi di confusione, che spesso subentrano di notte)

Le cause sono molteplici (patologie in fase acuta, interventi chirurgici e farmaci anticolinergici) ed è una condizione di difficile identificazione, nonché spesso causa del ricorso ai mezzi contenitivi. Inoltre, come molti studi hanno riportato (Witlox, 2010; Davis, 2012; Inouye, 2014), è in grado di accelerare la velocità di progressione del

declino cognitivo e di favorirne la comparsa anche nei soggetti in cui non è presente alcuna forma di demenza quindi, anche nell'ambito delle contenzioni, è sicuramente un fenomeno che va indagato approfonditamente.

4.3: CONTENZIONE AMBIENTALE E I RISCHI

La contenzione ambientale è uno dei tipi di contenzione meno invasivi, che va a limitare il libero accesso degli assistiti a zone all'interno della stanza o di tutta la struttura.

Si ottiene semplicemente chiudendo a chiave le porte, applicando delle barriere o dei lucchetti, manipolando l'ambiente circostante oppure isolando l'assistito.

Questo, ovviamente può avere delle conseguenze quali: depressione, perdita di autostima, perdita di fiducia e disturbo post traumatico da stress (Bergk, 2011).

4.4: LA DIFFERENZA FRA CONTENZIONE E AUSILIO

I presidi possono essere considerati sia “contenzione” che “ausilio riabilitativo” e la distinzione tra i due dipende dalla finalità con la quale essi sono applicati. Il Decreto Ministeriale D.M. 27/08/1999, n.332 e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri D.P.C.M. 12/01/2017, n.502 definiscono la linea che divide questi due concetti, andando anche a porre sotto la nostra attenzione alcuni esempi. Tra gli esempi presentati c'è quello del tavolino della carrozzina che, se usato per dare sostegno al corpo della persona, non costituisce “misura contenitiva”. La stessa cosa vale per le bretelle utilizzate per far mantenere alla persona una posizione corretta, che quindi finiscono per non essere considerabili “contenzione”; addirittura vale anche per gli oggetti utili allo svolgimento delle attività funzionali; infatti, tornando all'esempio del tavolino, se la finalità di quest'ultimo fosse legata esclusivamente a sorreggere un oggetto funzionale allora non potremmo parlare comunque di “contenzione”.

Gli ausili si suddividono in: complessi e semplici. Gli ausili complessi richiedono una valutazione specialistica e sono legati a particolari patologie o alterazione dell'apparato muscolo-scheletrico che richiedono specifici interventi atti a migliorare la capacità residua dell'assistito. Quelli semplici, invece, sono impiegati nei casi in cui non ci troviamo davanti a particolari alterazioni, ma che necessitano comunque di mezzi utili a mantenere un adeguato svolgimento delle attività quotidiane.

Anche le spondine possono essere utilizzate come esempio per chiarire la distinzione tra ausilio e contenzione. Sono considerate contenzione quando parliamo di sponde integrali, e cioè quando contrastano la volontà della persona di alzarsi dal letto, in quanto in teoria servirebbero ad impedire che la persona riesca ad uscire dal letto. Le nuove evidenze scientifiche, però, smentiscono la sua efficacia in quanto, secondo la Registered Nurses Association of Ontario (2012) comportano un aumentato rischio di caduta considerando che non sono così difficili da scavalcare. Sono impiegate come “ausilio” quando favoriscono la movimentazione della persona durante le cure igieniche e altre attività di assistenza. Le sponde integrali non sono considerabili ausilio neanche se venissero usate con quello scopo in quanto finirebbero comunque per limitare la libertà di movimento della persona. L'unica eccezione è quando si sposta il letto o la barella su cui si trova

l'assistito; in quel caso è, anzi, consigliato alzarle poiché la persona va sempre spostata in sicurezza.

Quindi in linea definitiva parliamo di contenzione quando l'obiettivo è limitare la libertà della persona, mentre parliamo di ausilio riabilitativo quando sono impiegati gli stessi mezzi ma con uno scopo diverso, e cioè aumentare le capacità funzionali dell'assistito (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

CAPITOLO 5: RUOLO DELL'INFERMIERE

Per poter utilizzare i presidi contenitivi è necessaria la prescrizione medica, l'assistito va ricontrollato ogni 15 minuti da un infermiere e ogni 2 ore dal personale medico e va rivalutato poi il loro impiego se apparentemente non sussistono più le condizioni che li rendevano necessari.

In aggiunta i presidi non dovrebbero essere applicati per un tempo superiore alle 12 ore consecutive, ma se ne sussiste il bisogno si può arrivare a 24 ore. Le 24 ore possono essere superate solo attraverso indicazione del medico di reparto che va controfirmata dal responsabile/direttore dell'unità operativa. Ogni 2 ore la persona va liberata dalla contenzione per almeno 10 minuti (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

I controlli effettuati vanno messi per iscritto in cartella clinica. I presidi contenitivi impiegati devono essere certificati dall'unione europea e il medico deve inserire in cartella il motivo, la durata e il tipo di contenzione anche tenendo conto dei vari effetti collaterali che possono comportare tra cui: lesioni da decubito, abrasioni, ematomi, cianosi, arrossamento, aumento dell'osteoporosi e sensazioni di umiliazione e paura.

È proprio per poter evitare questi spiacevoli esiti che la figura dell'infermiere deve tenere conto in modo particolare del Codice Deontologico infermieristico. Tra gli articoli che spiccano maggiormente ci sono: l'articolo 35 e l'articolo 33. L'articolo 35 afferma che "l'infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe 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 persistono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita". L'articolo 33 invece dichiara che "l'infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza

della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico”.

CAPITOLO 6: ANALISI DEL CONTESTO

La Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani ha svolto, nel corso del 2016 e del 2017 un'indagine conoscitiva sull'utilizzo della contenzione fisica in Italia, focalizzandosi sul tema del rispetto della dignità e dei diritti della persona. Nel corso della discussione in Commissione sono intervenuti giuristi, accademici, psichiatri, personale sanitario e rappresentanti delle associazioni che si occupano di salute mentale con l'obiettivo di individuare forme di maggior tutela per le persone che accedono alle strutture più esposte alla pratica della contenzione fisica, vale a dire essenzialmente i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e le strutture di lungodegenza geriatrica.

Ne risultò che la contenzione meccanica ha un utilizzo largamente diffuso nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), ma anche nelle RSA, nei servizi di neuropsichiatria infantile, nei reparti di medicina, geriatria e pronto soccorso, nonché nelle case di cura private.

La contenzione continua a rimanere una pratica diffusa nel quasi assoluto silenzio di politica e comunità professionali. Spesso i casi in cui viene impiegata passano inosservati, tranne in alcuni eventi drammatici, tra cui la morte di Giuseppe Casu, che nel 2006 rimase legato ad un letto per 7 giorni, e quello di Francesco Mastrogiovanni che rimase contenuto per 87 ore, e dove la sua agonia venne documentata per intero dalle telecamere di sorveglianza. Questi furono i casi emblematici che indicarono il bisogno di una scrupolosa raccolta dati (Regione Emilia Romagna, *Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale*, 2021).

6.1: AMPIEZZA DEL FENOMENO

I dati si rivelano molto eterogenei tra i vari contesti assistenziali dovendo tenere conto delle differenze organizzative, culturali e legate al tipo di contenzione utilizzate. La letteratura scientifica va ad evidenziare dati di prevalenza (percentuale di persone sottoposte a contenzione almeno una volta) che si pongono tra il 3% (Ljunggren, 1997) e l'83% (Irving, 2004; Feng, 2009) nelle residenze sanitarie, mentre negli ospedali si pone tra il 4% e il 68% (De Vries, 2004) (grafico 1). Uno studio effettuato in Germania nel 2013 negli ospedali per acuti indicò una prevalenza che oscillava tra il 6,2% e il 16,6%. La variabilità che si riscontra tra i molteplici studi è dovuta principalmente al tipo di contenzione che prende in considerazione; alcune ricerche, infatti, vanno ad includere o ad escludere alcuni tipi di presidi (Krüger, 2013).

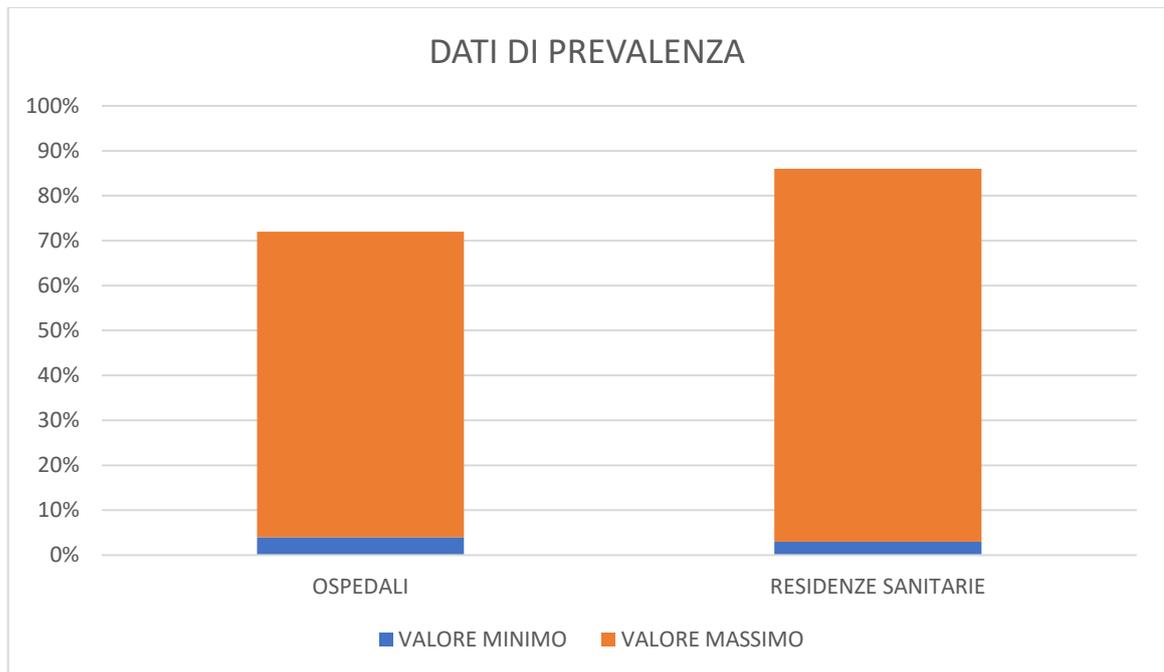


grafico 1. Dati di prevalenza (percentuale di persone sottoposte a contenzione almeno una volta) dove il valore massimo e il valore minimo nella categoria ospedale sono presi dallo studio di De Vries del 2004 mentre nella categoria residenze sanitarie i valori sono presi rispettivamente dagli studi di Ljunggren del 1997 e quello di Irving del 2004

Analizzando il quadro generale viene fuori che la contenzione meccanica è più frequentemente utilizzata nei reparti di medicina rispetto a quelli chirurgici (Irving, 2004), ed è anche più impiegata nei reparti intensivi rispetto a quelli non intensivi.

Per quanto riguarda, invece, la durata di questi provvedimenti restrittivi si è osservato che, nei setting ospedalieri, quando si arriva alla decisione di utilizzarli si finisce per estenderne l'applicazione a tutta la durata della degenza. Nel suo elaborato del 2004 Irving affermò, attraverso i dati raccolti, che il tempo nelle quali sono impiegate le contenzioni varia tra 1 e 104 giorni, con un periodo medio di 17,6 giorni e una mediana di 4,5 giorni. (Irving, 2004)

Lo studio del 2004 di De Vries, diversamente, sottolinea che il 69% degli assistiti risulta oggetto di provvedimenti contenitivi per circa 10 ore al giorno, questo sia per gli ospedali che per le residenzialità. (De Vries, 2004)

È stata rilevata, però, una significativa variabilità tra i presidi ospedalieri e le residenzialità; negli ospedali la percentuale di individui contenuti per 24 ore al giorno risulta ammontare al 33% contro il 4% (grafico 2) estrapolato dai dati relativi alle residenzialità.

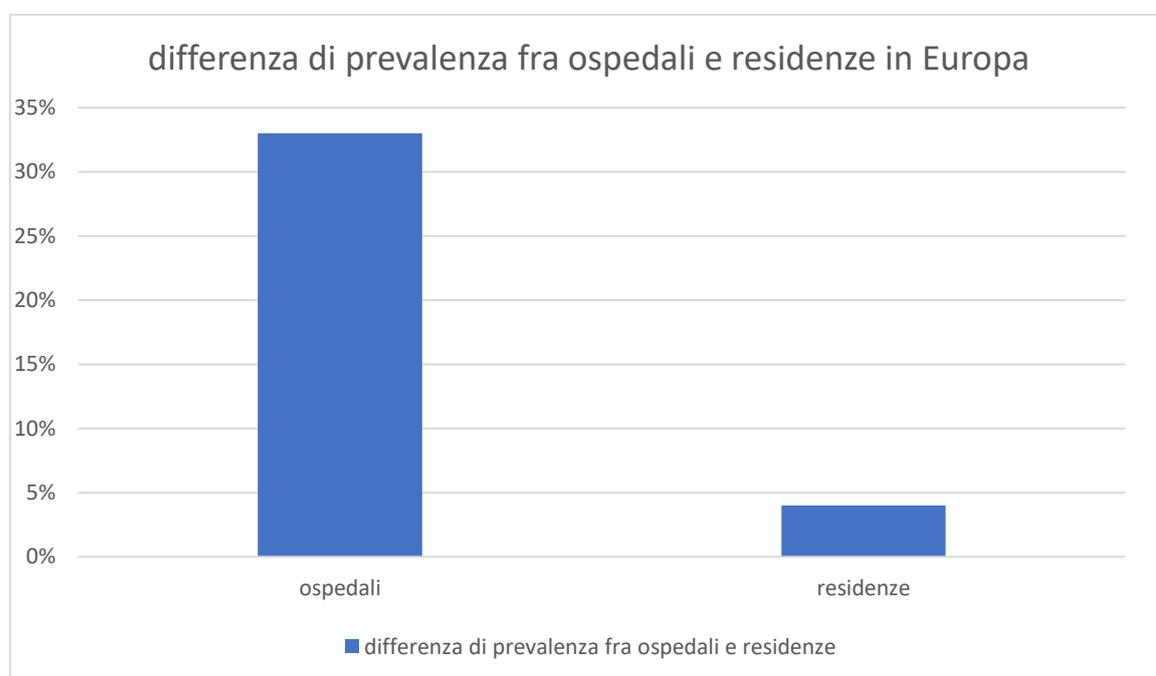


grafico 2. Dati di prevalenza in europa (percentuale di individui contenuti almeno 24 ore al giorno) presi dallo studio del 2004 di De Vries

Zanetti nel 2012 andò a porre l'accento su questi dati dimostrando quindi che, di fatto, le contenzioni sono utilizzate con modalità ordinaria e non come interventi di urgenza, come ci si auspicherebbe.

Lo studio in questione è denominato *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza* (Zanetti, 2012). Furono coinvolti 39 presidi ospedalieri (per un totale di 2808 pazienti provenienti da reparti quali chirurgia, geriatria, medicina, ortopedia e rianimazione) e 70 RSA. Le città in cui fu condotto erano: Milano, Monza e Brianza, Lodi, Brescia e Aosta. Nel periodo di rilevazione risultarono sottoposti a contenzione fisica il 15,8% dei degenti nelle unità operative ospedaliere e il 68,7% dei residenti in RSA. La prevenzione delle cadute era indicata nel 70% dei casi come la motivazione di prescrizione della contenzione. Le spondine del letto sono risultate essere il mezzo contenitivo più utilizzato (75,2% in ospedale e 60% in RSA).

Negli ospedali che hanno partecipato all'indagine, alla data della rilevazione i pazienti sottoposti a contenzione fisica erano complessivamente 445 (il 15,8% del totale dei pazienti ricoverati, vedi Tabella 1), con un'età mediana di 82 anni. In generale la prevalenza di contenzione più alta si è riscontrata nelle unità di geriatria (31,8%), seguite da quelle di terapia intensiva (27,9%), medicina (20,5%) e ortopedia (15,5%); nei reparti di chirurgia era contenuto il 6,2% dei ricoverati. Nella Provincia di Aosta, dove nessuno dei 41 degenti in unità di geriatria era sottoposto a contenzione, la prevalenza totale dei pazienti contenuti era pari al 2,1%, mentre la prevalenza maggiore si è rilevata nella Provincia di Lodi (35,7%). La prevalenza di contenzione varia significativamente in funzione della provincia e della tipologia di unità. In particolare, nella Provincia di Aosta la prevalenza risulta minore, nella Provincia di Monza si osservano prevalenze non significativamente diverse, mentre in quelle di Milano e Brescia si hanno prevalenze simili tra loro e significativamente maggiori rispetto ad Aosta. La Provincia di Lodi è quella con prevalenza significativamente più alta. Nelle RSA gli ospiti contenuti alla data di rilevazione erano 4.599, pari al 68,7% del totale, con un'età mediana di 86 anni. L'età mediana dei residenti contenuti era più elevata nei nuclei ordinari: 86 anni vs 84 anni nei nuclei Alzheimer. La Provincia di Aosta si conferma la realtà con la prevalenza di contenzione più bassa (58,6%) anche per gli ospiti delle RSA; in questo caso la prevalenza più alta si è riscontrata nella Provincia di Monza (82,4%). Se si considerano le 2 tipologie

di nucleo si osserva una minore prevalenza di residenti contenuti nei nuclei Alzheimer, anche se la differenza non è significativa: 63,3% vs 69,2% nei nuclei ordinari (Tabella 2). La principale motivazione addotta per giustificare il ricorso alla contenzione fisica era la prevenzione delle cadute, indicata da sola o associata ad altre ragioni rispettivamente per il 70% e per il 74,8% dei degenti contenuti in ospedali e RSA. Oltre che allo scopo di ridurre il rischio di cadute, negli ospedali si conteneva per controllare agitazione e aggressività, per evitare autolesionismo e allontanamento volontario, per proteggere i presidi medicali (grafico 3); nelle RSA le motivazioni più frequenti includevano la prevenzione dello scivolamento, il controllo posturale e la gestione dell'agitazione (grafico 3).

Il mezzo di contenzione più utilizzato, prevalentemente per evitare le cadute (nel 96% dei casi in ospedale e nel 95,1% dei casi in RSA), erano le spondine al letto, che rappresentavano il 75,2% dei mezzi di contenzione applicati negli ospedali e il 60% nelle RSA. In 30 unità operative (pari al 23,6% del campione, di cui 12 di medicina, 9 di ortopedia, 8 di chirurgia e 1 di geriatria) e in 13 nuclei (12 nuclei ordinari e 1 nucleo Alzheimer) le spondine erano l'unico dispositivo impiegato per la contenzione. Negli ospedali le polsiere, usate nel 72,2% dei casi per proteggere i presidi, corrispondevano al 13,7% dei mezzi di contenzione utilizzati, mentre nelle RSA si faceva ricorso a cinture pelviche o addominali e a tavolini per carrozzina rispettivamente nel 12,2%, 9,7% e 7,9% delle situazioni. Per l'84% dei pazienti ricoverati in ospedale e il 50,7% degli ospiti di RSA veniva applicato un solo mezzo di contenzione, nella maggior parte dei casi spondine bilaterali. Due dispositivi erano utilizzati per il 15,7% dei degenti in ospedale (spondine bilaterali e polsiere nel 41,4% dei casi, spondine bilaterali e cintura addominale nel 20%) e per il 38,2% dei residenti in RSA (spondine più altro mezzo). Per un solo paziente ospedaliero si è riscontrato l'uso di 3 mezzi di contenzione, mentre nelle RSA 3 o 4 mezzi di contenzione erano applicati rispettivamente nel 9,9% e nell'1,2% dei casi. La contenzione era permanente, ossia applicata ogni giorno, per il 79,3% e il 98,1% dei degenti contenuti rispettivamente in ospedali e RSA. Negli ospedali la contenzione era occasionale nell'11,8% dei casi, limitata a situazioni di emergenza nel 6,2% dei casi; circa la metà dei mezzi di contenzione (48,9%) risultava applicata per 18-24 ore al giorno. Nelle RSA i mezzi di contenzione erano utilizzati nel 64,1% dei casi per 6-12 ore al giorno

e nel 22,1% per 12-18 ore. Per 250 ospiti (5,4%) lo stesso mezzo di contenzione era applicato per 18-24 ore al giorno.

Tabella 1. Prevalenza dei pazienti contenuti negli ospedali in relazione a provincia e tipo di unità operativa

	Chirurgia			Geriatría			Medicina			Ortopedia			Terapia Intensiva			TOTALE		
	Pazienti presenti		Pazienti contenuti	Pazienti presenti		Pazienti contenuti	Pazienti presenti		Pazienti contenuti	Pazienti presenti		Pazienti contenuti	Pazienti presenti		Pazienti contenuti	Pazienti presenti		Pazienti contenuti
	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%
Milano	397	17	4,3	27	16	59,3	562	96	17,1	246	57	23,2	77	25	32,5	1.309	211	16,1
Lodi	14	7	50,0	-	-	-	39	11	28,2	15	6	40,0	2	1	50,0	70	25	35,7
Monza	146	8	5,5	-	-	-	152	30	19,7	114	1	0,9	5	1	20,0	417	40	9,6
Brescia	255	20	7,8	17	11	64,7	343	97	28,3	208	28	13,5	47	10	21,3	870	166	19,1
Aosta	29	0	0,0	41	0	0,0	45	0	0,0	22	2	9,1	5	1	20,0	142	3	2,1
TOTALE	841	52	6,2	85	27	31,8	1.141	234	20,5	605	94	15,5	136	38	27,9	2.808	445	15,8

tabella 1. Prevalenza dei pazienti contenuti negli ospedali in relazione a provincia e tipo di unità operativa estrapolata dallo studio di Zanetti del 2012

Tabella 2. Prevalenza degli ospiti contenuti nelle RSA in relazione a provincia e tipo di nucleo

	Nuclei ordinari			Nuclei Alzheimer			TOTALE		
	Ospiti presenti	Ospiti contenuti		Ospiti presenti	Ospiti contenuti		Ospiti presenti	Ospiti contenuti	
	N	N	%	N	N	%	N	N	%
Milano	3.681	2.491	67,7	290	183	63,1	3.971	2.674	67,3
Lodi	522	414	79,3	18	6	33,3	540	420	77,8
Monza	162	132	81,5	20	18	90,0	182	150	82,4
Brescia	1.095	817	74,6	121	80	66,1	1.216	897	73,8
Aosta	764	450	58,9	17	8	47,1	781	458	58,6
TOTALE	6.224	4.304	69,2	466	295	63,3	6.690	4.599	68,7

tabella 2. Prevalenza degli ospiti contenuti nelle RSA in relazione a provincia e tipo di nucleo estrapolata dallo studio di Zanetti del 2012

La prescrizione scritta della contenzione era effettuata sempre nel 57,4% delle unità e nel 96,5% dei nuclei, saltuariamente nel 33,9% delle unità e nel 3,5% dei nuclei. A prescrivere la contenzione era quasi sempre il medico: in 91 unità su 116 dove la prescrizione era sistematica o saltuaria e in 296 nuclei su 301 dove la prescrizione era sistematica; in 22 unità (17,3%) e 48 nuclei (15,3%) la prescrizione era una decisione condivisa da medico e infermiere. Nel 58% delle unità e nel 94,2% dei nuclei la prescrizione veniva riportata nei documenti clinici del paziente: in cartella clinica (82% delle unità e 62% dei nuclei), cartella infermieristica (14% e 18%) o in documenti ad hoc (4% e 20%). Si è ipotizzato che la presenza di protocolli o procedure, della valutazione infermieristica o della prescrizione scritta si potesse associare a una maggiore attenzione al problema della contenzione e a un suo uso più limitato. Utilizzando il modello logistico

multivariato, per le unità ospedaliere si è osservato che in relazione ai 3 fattori che lo definivano (presenza di un protocollo, presenza di una valutazione infermieristica, presenza di una prescrizione scritta della contenzione), l'assenza di tali fattori o la presenza di uno solo di essi era associata a un maggiore ricorso alla contenzione fisica: 26,4% rispetto a 12,2% se presenti 2 fattori e 13,6% se presenti 3 fattori.

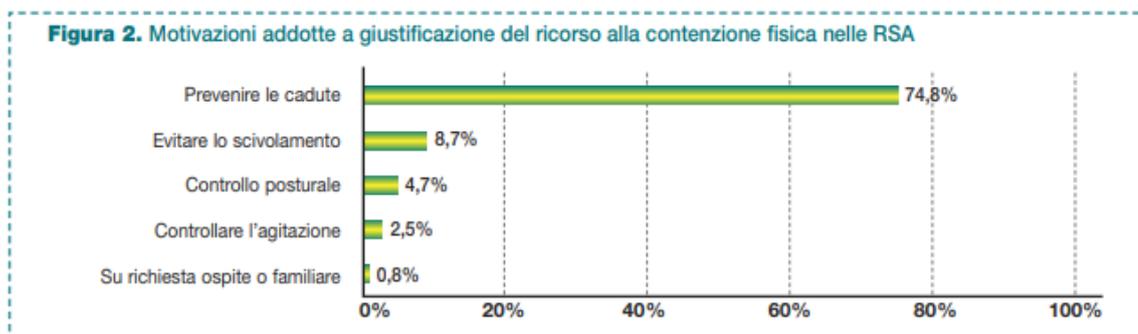


grafico 3. Grafici che mostrano le motivazioni addotte a giustificazione del ricorso alla contenzione fisica in ospedali ed RSA rispettivamente (presi dallo studio di Zanetti del 2012)

In conclusione, lo studio è riuscito a mettere in luce la reale dimensione del fenomeno delle contenzioni sia nell'ambito ospedaliero che delle RSA. Data la numerosità del campione e la concordanza con altri studi non si può che considerare questo articolo scientifico come una fotografia realistica e rappresentativa dell'uso dei mezzi restrittivi. La presente indagine, documentando che la prevenzione delle cadute è la principale causa di impiego della contenzione in entrambi i setting assistenziali, seguita dalla agitazione psicomotoria, indica che la possibile strada da seguire per limitarne l'impiego è l'implementazione di interventi più appropriati per diminuire il rischio di caduta e

controllare l'agitazione. I limiti dello studio risiedono nell'adesione volontaria delle strutture e nel fatto che la rilevazione è basata sul "self report" piuttosto che sull'osservazione diretta dei ricercatori. I risultati relativi alla contenzione fisica potrebbero pertanto essere addirittura sottostimati. Il comitato scientifico che ha promosso lo studio si propone di elaborare e diffondere un documento in cui riassumere e illustrare gli interventi alternativi adottati per evitare l'utilizzo delle contenzioni, che sono prive di qualsiasi evidenza di efficacia e non sono esenti da complicanze.

6.2: CAUSE E CONSEGUENZE

Gli studi che sono inclusi in questo “tuffo” nel vasto mare delle evidenze scientifiche vanno anche a rispondere a due quesiti fondamentali: quali sono le principali motivazioni che spingono i professionisti a considerare l'utilizzo dei provvedimenti contenitivi? Portano a conseguenze negative quando impiegati in modo scorretto?

A dare una risposta a questo quesito ci pensa uno studio del 2011 di Möhler che propone una lista di eventi associati all'utilizzo delle restrizioni. Vengono impiegati per prevenire cadute, per prevenire la rimozione di terapia e per garantire la sicurezza della persona assistita che si trova in uno stato di agitazione psicomotoria; questo inevitabilmente ci rivela che gli assistiti con maggiore probabilità di imbattersi nella contenzione sono proprio quelli con queste caratteristiche di instabilità psicomotoria (De Vries, 2004; O'Flatharta, 2014; Möhler, 2011).

Purtroppo, però, altri studi vanno a mettere in correlazione causale proprio l'utilizzo della contenzione meccanica con il verificarsi degli eventi sopraelencati (cadute, rimozione di terapia e peggioramento dell'instabilità psicomotoria), nonché con un aumento della mortalità (Evans, 2002; Healey, 2008; Rakhmatullina, 2013).

Tenendo sempre conto degli studi visti finora ci sono 2 dati che saltano subito all'occhio, e cioè che le misure restrittive sono maggiormente applicate sopra gli 80 anni per quanto riguarda i maschi italiani e tra i 21 e i 30 anni per quanto riguarda i maschi stranieri, facendo quindi risultare evidente l'associazione tra il ricorso alla contenzione e l'esistenza di una barriera linguistica.

Nel 2014 fu condotto uno studio sugli esiti legati all'assistenza infermieristica da parte del servizio di assistenza ospedaliera (Studio regionale sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche, 2016). Questo studio aveva come obiettivo quello di sensibilizzare la popolazione riguardo tematiche di promozione della salute. Lo studio indagò 3 esiti principali: lesioni da decubito, cadute e ricorso alla contenzione; Questa ricerca coinvolse 65 unità operative e 14 aziende sanitarie.

I dati estrapolati vanno a palesare una situazione chiara; ben il 40,2% dei pazienti presi in considerazione tra 5 reparti (11345 pazienti) sono stati sottoposti alla contenzione almeno una volta. Per essere precisi ecco i numeri per ogni unità operativa: il 33,3% in

ortopedia, il 50,8% in lungodegenza, il 58,2% in geriatria, il 29,7% in medicina generale e il 47,7% in rianimazione.

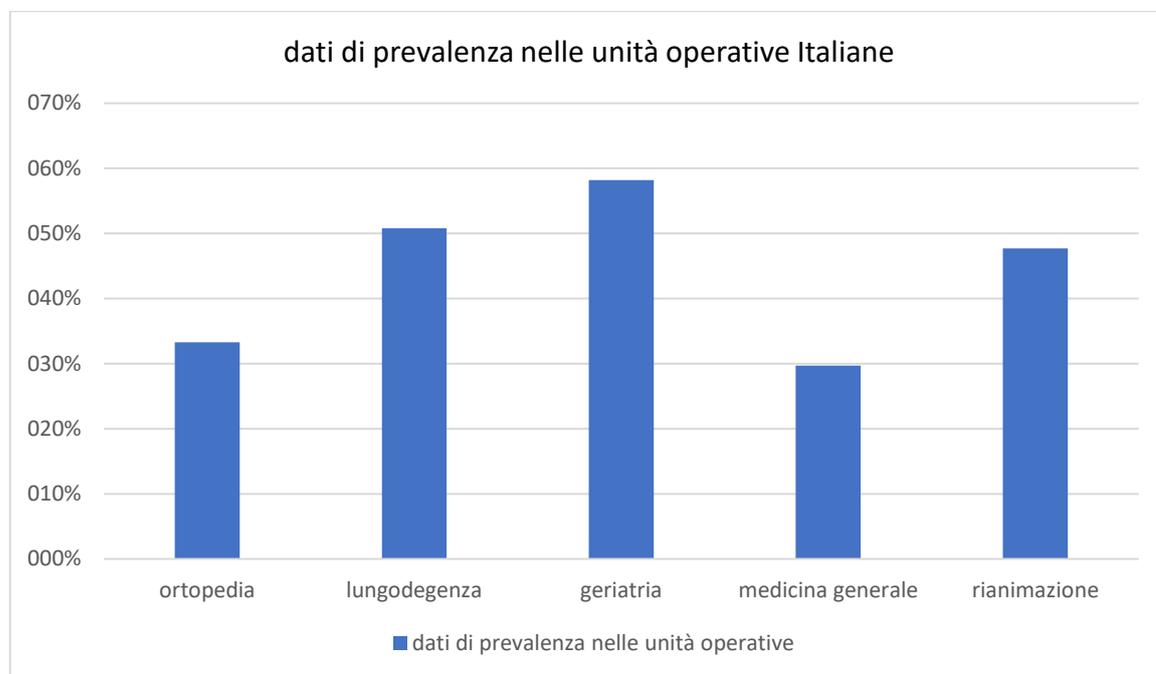


grafico 4. Dati di prevalenza nelle unità operative Italiane preso dallo studio regionale sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche, 2016

Ma non mise in luce solo queste verità; rese noti anche i fattori di rischio associati all'utilizzo della contenzione, che sono: età dei pazienti maggiore di 70 anni, pazienti in stato di agitazione psicomotoria, punteggio nella scala Braden al di sotto di 16, pazienti non deambulanti autonomamente, caduta avvenuta fino ad un anno prima e assunzione di politerapia.

Invece tra i fattori protettivi sono stati individuati: politiche organizzative gradite dai professionisti, infermieri che hanno svolto il percorso universitario e ore infermiere-persona gestite in maniera soddisfacente per entrambe le parti. Il metodo contenitivo più applicato è risultato essere la spondina integrale, mentre le polsiere e le cinture pelviche si aggiudicano rispettivamente il secondo e il terzo posto.

Andando a sviscerare ulteriormente lo studio del 2004 di De Vries *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of european hospitals and nursing homes* vengono fuori molti dati interessanti.

Questo studio cross-sectional prospettico fu condotto su 17 reparti geriatrici ospedalieri e su 6 residenze sanitarie in ben 9 paesi europei tra cui Germania, Austria, Olanda, Svizzera, Francia, Finlandia, Danimarca, Belgio e Repubblica Ceca. Tutti i pazienti inclusi avevano almeno 70 anni ed erano 5894 in totale. Le spondine integrali furono tagliate fuori dalla raccolta dati in quanto in molti paesi europei non è considerata “contenzione”, quindi non era adeguatamente monitorabile. La percentuale di persone sulle quali si fece ricorso alla contenzione oscillava tra lo 0% e il 22%. Come riportato precedentemente in questo capitolo vi era una differenza di prevalenza (grafico 5) della contenzione tra ospedali e residenzialità (4% contro il 7%), fu però registrata anche una sostanziale differenza fra i vari paesi.

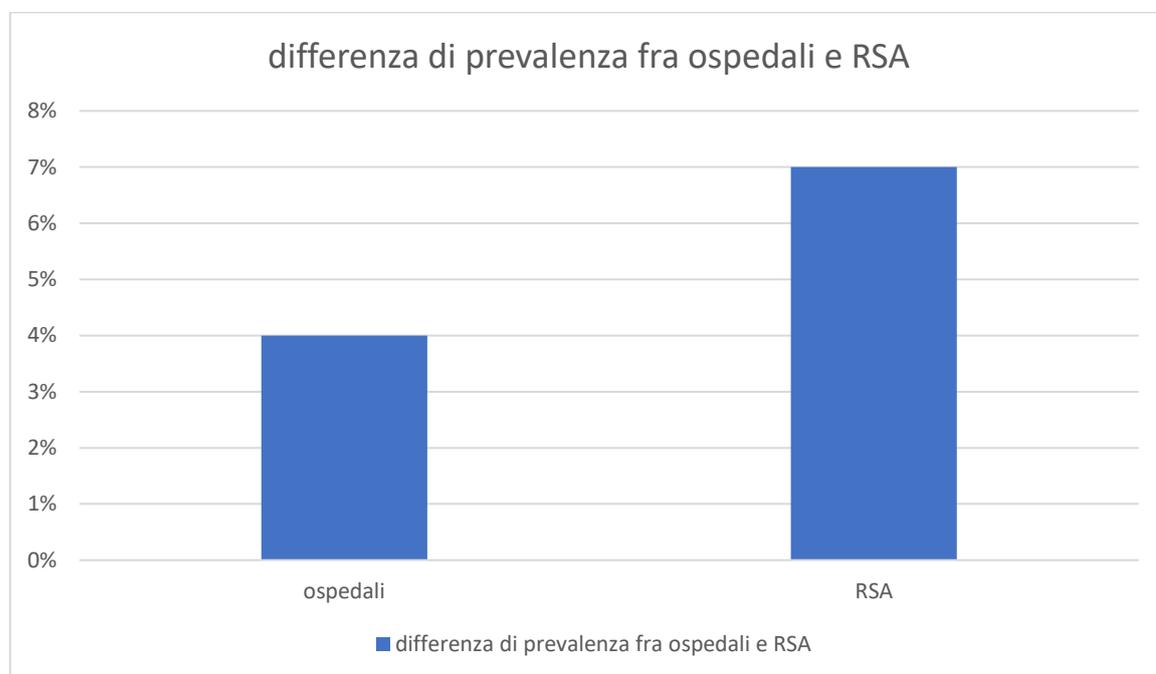


grafico 5. Differenza di prevalenza (percentuale di persone sottoposte a contenzione) fra ospedali ed RSA presa dallo studio di De Vries del 2004

In Austria e Danimarca l'utilizzo della restrizione meccanica nei reparti geriatrici era molto vicino allo 0% mentre in Belgio si attestava intorno al 13%. Nelle residenze invece l'utilizzo di questi presidi ammontava al 2% in Finlandia e al 16% in Francia. Il presidio maggiormente utilizzato risultava essere la cintura utilizzata per legare alla sedia (60%) mentre al secondo troviamo la cintura utilizzata per legare al letto. Nel 67% dei pazienti la contenzione era indicata per l'alto rischio di caduta, nel 12% degli assistiti invece era impiegata a causa della presente agitazione psicomotoria. Il 69% dei pazienti era sottoposto ai presidi contenitivi per un massimo di 10 ore al giorno, e venne registrata

anche una sostanziale differenza tra i reparti geriatrici, dove il 33% era contenuto per 24 ore o più, e le residenze, dove la percentuale era del 4%. Il 75% dei pazienti che erano stati oggetto di contenzione almeno una volta assumevano anche farmaci psicoattivi. La maggioranza dei pazienti sottoposti alla contenzione aveva una diagnosi di demenza (87%), mentre il 15% aveva una diagnosi di delirium (14% negli ospedali e 1% nelle residenze). Il 4% dei pazienti non aveva nessun deficit cognitivo noto. Alcuni paesi tra cui Germania, Austria, Olanda e Svizzera hanno segnalato la presenza di legislazione restrittiva riguardo l'uso della contenzione. Questi dati sottolineano una palese differenza nella prevalenza temporale dell'uso delle contenzioni sia per quanto riguarda ospedali e residenze che tra i vari paesi europei. Tra le ragioni che potrebbero spiegare queste differenze c'è la presenza o assenza di legislazione che limita l'utilizzo della contenzione. È stata anche dimostrata una riduzione delle cadute a seguito della diminuzione nell'impiego di presidi contenitivi nonché un miglioramento nelle condizioni psicologiche degli individui. La differenza nella prevalenza del tempo di utilizzo della contenzione fra ospedali e residenze è giustificabile dal maggiore numero di pazienti con acuzie della sfera cognitiva presenti in ospedale. Lo studio conclude affermando l'importanza di trovare delle alternative alla restrizione fisica per assicurare la sicurezza degli assistiti (De Vries, 2004).

Paesi	Numero di pazienti osservati	Numero di reparti geriatrici ospedalieri coinvolti nello studio	Percentuale di persone sottoposte a contenzione in reparto geriatrico	Numero di residenzialità coinvolte nello studio	Percentuale di persone sottoposte a contenzione nelle residenzialità	Presenza di legislazione limitante l'uso della contenzione
Austria	740	2	0%	1	6%	Sì
Beglio	652	3	7-22%	0		No
Repubblica Ceca	99	1	3%	0		No
Danimarca	183	1	0%	0		Sì
Finlandia	162	0		1	2%	No
Francia	778	1	7%	2	11-19%	No
Germania	1147	5	0-2%	0		Sì
Svizzera	2008	2	0-3%	2	4%	Sì/No *
Olanda	125	2	2-12%	0		Sì

Tabella 3. Differenze tra i vari paesi e tra residenze e reparti geriatrici per quanto riguarda la frequenza di utilizzo della contenzione estrapolato dallo studio di De Vries del 2004

*dipende dalla regione

Un altro studio da prendere in considerazione è quello del 2012 intitolato *The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review* di Sze T.W. che sottolinea come la contenzione fisica sia utilizzata come misura principale per quanto riguarda la prevenzione delle cadute ma che, come suggeriscono vari studi, possono portare allo sviluppo di complicanze quali perdita di funzionalità del movimento, delirium e lesioni da pressione; sebbene siano preferibili le alternative alla contenzione essa è ancora ampiamente impiegata sia negli ospedali per acuti che nelle residenze sanitarie. L'obiettivo era quello di valutare l'efficacia della contenzione nel ridurre la prevalenza delle cadute negli ospedali e nelle residenze. I partecipanti potevano essere sia maschi che femmine sopra i 18 anni. I risultati dimostrarono l'inefficacia della contenzione nella riduzione delle cadute e sottolinearono come il loro utilizzo non debba essere parte di un protocollo bensì come sia vitale tenere conto delle situazioni individuali dei pazienti, considerando l'integrità cutanea del paziente e il suo grado di autonomia (Sze, 2012).

Un altro articolo da analizzare in questo elaborato è *Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study* di Cornelia Heinze, Theo Dassen e Ulrike Grittner (2012). L'obiettivo era quello di investigare i fattori legati all'uso della contenzione e esplorare il ruolo dell'infermiere per quanto riguarda la gestione della contenzione negli ospedali e nelle residenze tedesche. La prevalenza riscontrata nell'utilizzo di restrizione meccanica si attestava tra il 3 e il 9% negli ospedali e tra il 3 e il 26% nelle residenze (grafico 6). Tra i pazienti in abito ospedaliero la restrizione era maggiormente applicata nelle donne, negli anziani, nei pazienti con scarsa autosufficienza, nei pazienti con politerapia, nei pazienti con pregressa caduta avvenuta fino a due settimane prima, pazienti con problematiche di incontinenza urinaria e pazienti con disturbi psicomotori. Nelle residenze i pazienti che andarono incontro alla contenzione erano sensibilmente più giovani e più indipendenti. Il numero di infermieri non ha modificato in modo significativo la prevalenza dell'uso della contenzione negli ospedali così come nelle residenze, stando ai dati raccolti con modalità "triplo cieco" (Heinze, 2012)

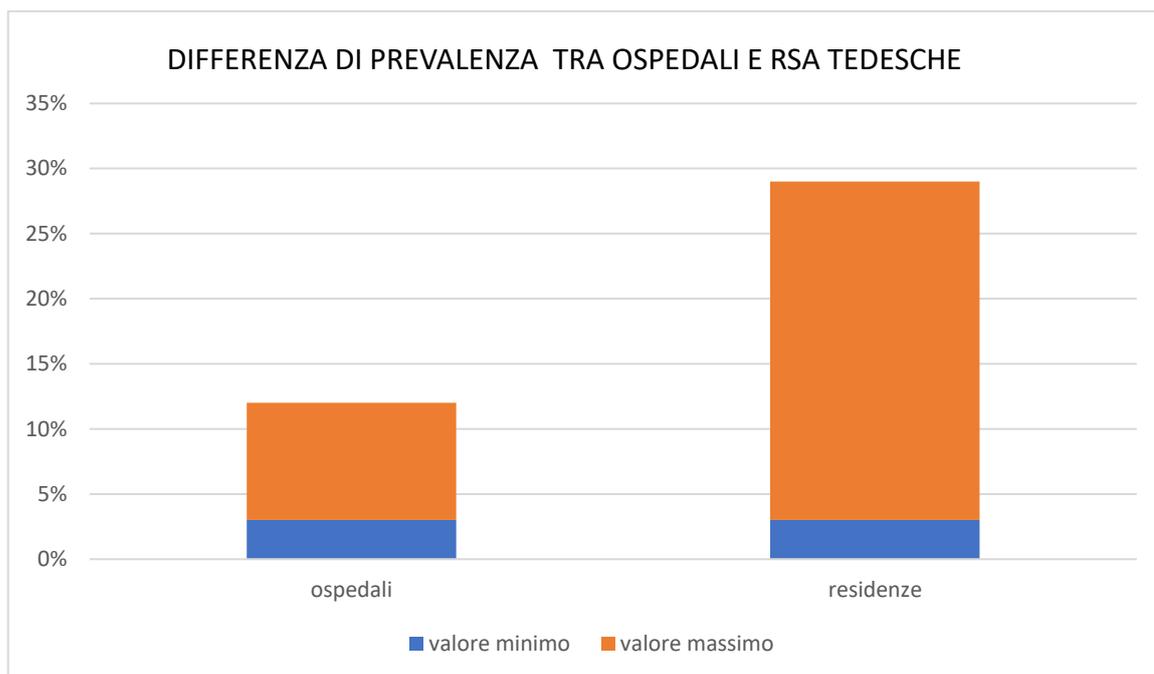


Grafico 6. Differenza di prevalenza tra ospedali e residenze sanitarie con le rispettive oscillazioni registrate nel corso dello studio del 2012 di Cornelia Heinze

Tra i vari articoli scientifici che sono stati presi in considerazione uno che va discusso è quello del 2011 di Huabin Luo intitolato *Physical restraints use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia*. Si tratta di uno studio comparativo che ha come obiettivo quello di stimare la differenza nella frequenza delle cadute nei pazienti sottoposti a varie tipologie di contenzioni, andando a dividerli in pazienti con demenza e pazienti senza demenza. Fu condotto in 1174 residenzialità americane e in totale i pazienti coinvolti erano 13507. Di quei 13507 quelli con diagnosi di demenza erano 6576. Gli obiettivi erano 2, valutare la prevalenza di vari tipi di contenzione e valutare l'associazione tra questi mezzi e il rischio di caduta. I risultati prodotti da questa ricerca rivelarono che i pazienti con demenza erano più frequentemente sottoposti a immobilizzazione del tronco rispetto a quelli che non ne erano affetti (5,6% vs 2,1%), ed erano anche più frequentemente posti su delle sedie per evitare che si alzassero (4,6% vs 2%). Globalmente era più probabile che i pazienti con demenza venissero contenuti fisicamente rispetto a quelli senza demenza (9,9% vs 3,9%) (grafico 7). Per quanto riguarda le spondine del letto i pazienti con demenza si sono dimostrati meno soggetti sia all'utilizzo di spondine integrali (13,1% vs 14,5%) sia a quelle di metà letto (23,5% vs 25,9%); globalmente la differenza tra persone con demenza e persone senza, per quanto riguarda l'utilizzo delle spondine era del 3,4% (35% vs 38,4%). In totale

l'utilizzo della restrizione fisica ammontava al 6,9% mentre le spondine si attestavano sul 36,8%. I dati chiarirono che le persone con demenza andarono meno incontro all'uso delle spondine integrali ma erano più soggetti alla contenzione fisica in generale e, come ci si poteva aspettare, furono maggiormente oggetto di cadute accidentali (36% vs 26%) (grafico 8) con una percentuale di frattura simile (2,0% vs 1,8%). Nei pazienti con demenza l'utilizzo di presidi di immobilizzazione del tronco fu correlato ad un aumentato rischio di caduta. Tra i residenti con demenza l'impiego di presidi che immobilizzavano il tronco si dimostrò essere anche associato ad un aumentato rischio di frattura ossea. Lo studio concluse affermando che nelle residenze sanitarie americane la contenzione è ancora ampiamente utilizzata e che l'immobilizzazione del tronco è associabile ad un aumentato rischio di caduta e frattura ossea tra i pazienti con demenza (Luo, 2011).

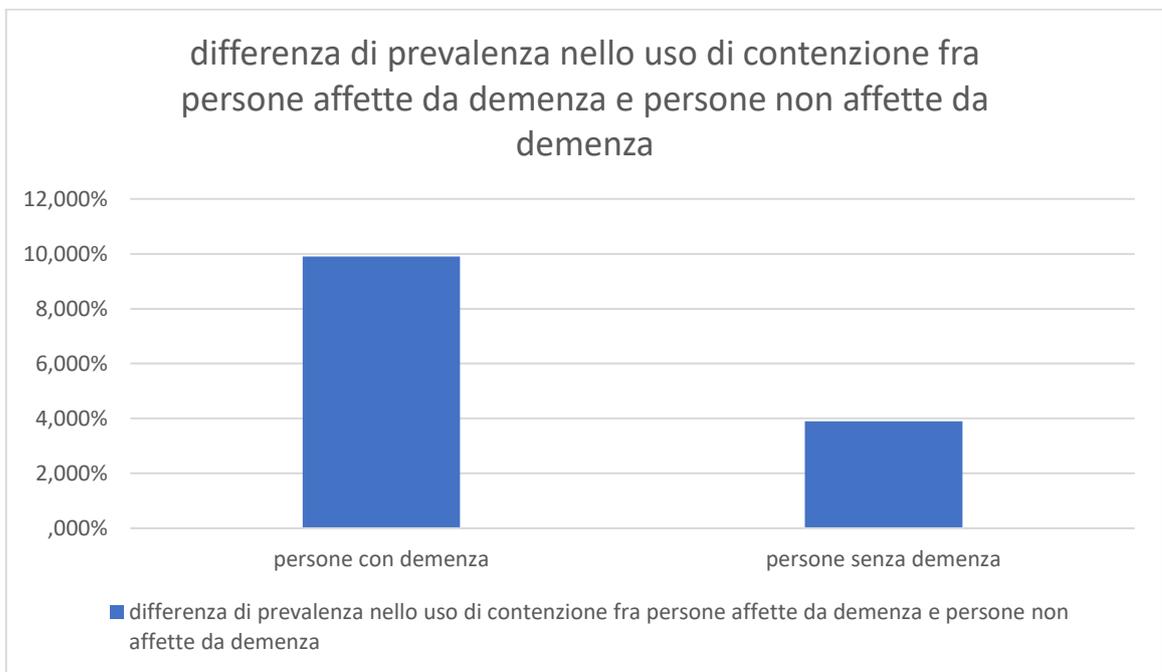


grafico 7. Differenze di prevalenza nell'uso di contenzione fra persone affette da demenza e persone non affette da demenza

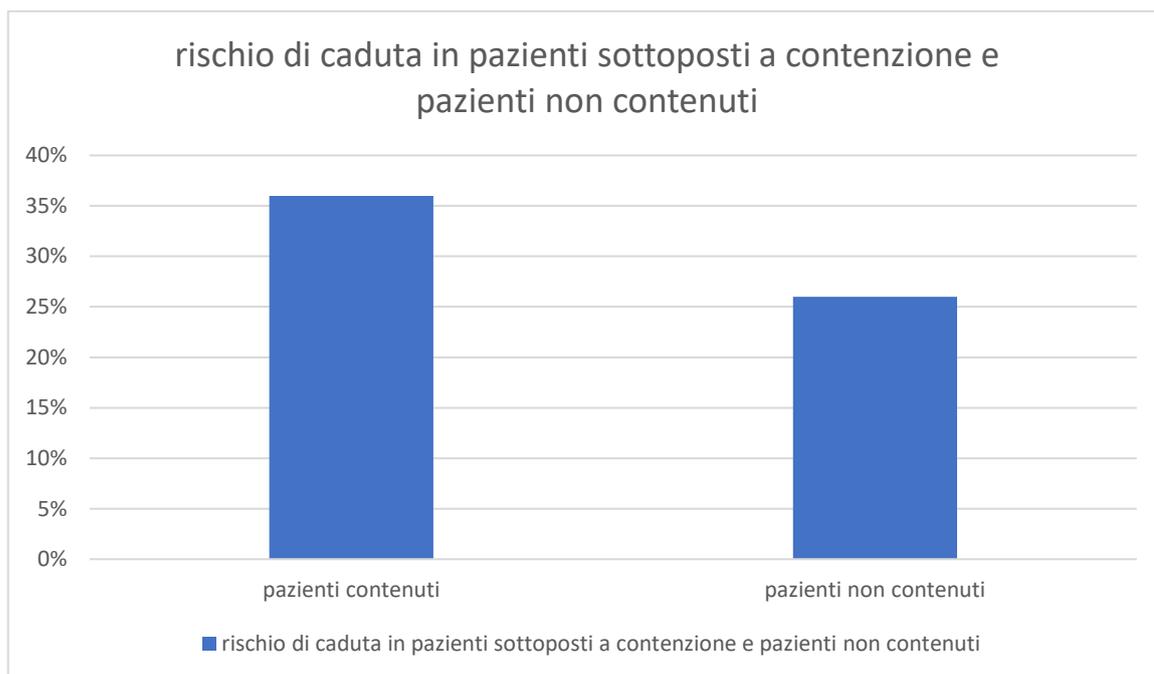


grafico 8. Differenza nel rischio di caduta fra pazienti contenuti e pazienti non contenuti

Tra gli altri studi un altro che ci aiuta a delineare il quadro generale delle contenzioni è quello pubblicato nel 2005 da Valerie T. Cotter denominato *Restraint free care in older adults with dementia*. Nella sua introduzione affermava come la contenzione fisica fosse già nota per la sua correlazione con eventi quali morte, lesioni accidentali e complicanze iatrogene ma, nonostante ciò, continuava ad essere ampiamente utilizzata in America. La JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) iniziò a tenere traccia dei vari eventi sentinella (morte e lesioni principalmente) collegati alla contenzione a partire dal 1995. I dati raccolti dimostrarono che dal 1995 al 2004 le persone che morirono o riportarono lesioni gravi a causa delle contenzioni (escluse le spondine del letto) ammontavano a ben 346 (237 morti e 73 lesioni) tra il 1995 e il 2001 (grafico 9). Lo studio giunse alla conclusione che la contenzione fisica fosse da evitare negli adulti affetti da demenza e dimostrò che i mezzi restrittivi causavano distress psicologico, declino funzionale, aumentato rischio di caduta, lesioni gravi e morte in alcuni casi (Cotter, 2005).

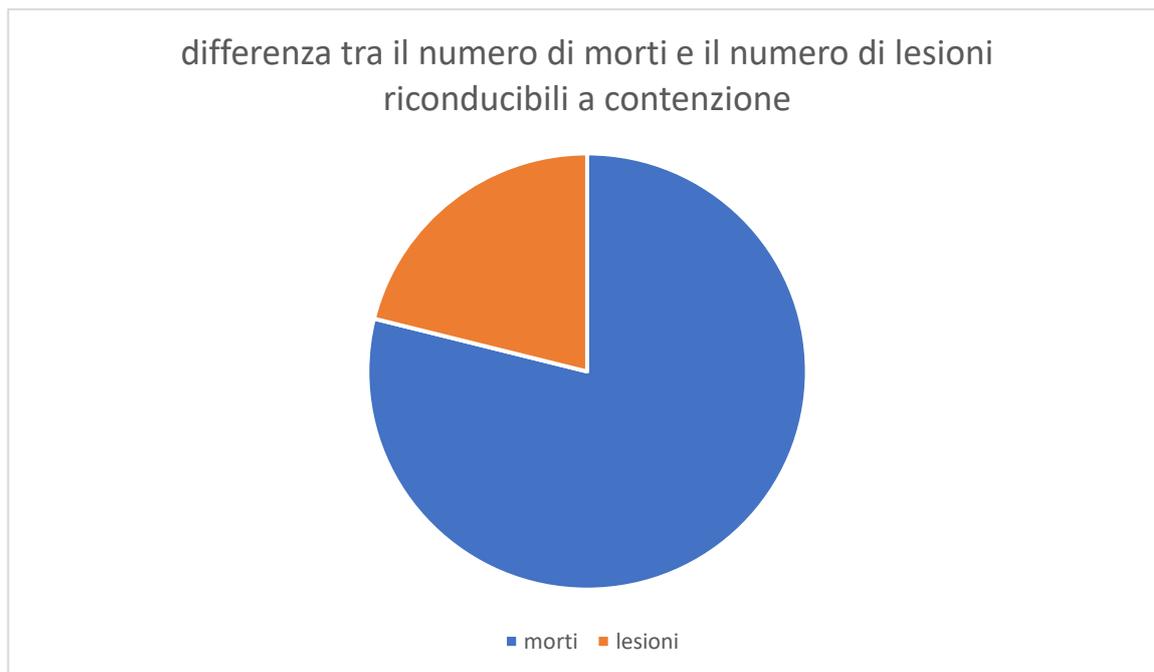


Grafico 9. Differenza fra il numero di morti e il numero di lesioni entrambi riconducibili a utilizzo di contenzione (tra il 1995 e il 2004)

Tornando alla letteratura un altro articolo degno di nota *Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore* di Mamun (2005). Uno degli indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria è l'utilizzo appropriato delle contenzioni, poiché tendono ad essere associati ad esiti spiacevoli come lesioni da pressione, incontinenza e immobilità. Lo scopo dello studio era di indagare come vengono gestite le contenzioni a Singapore, analizzando quali erano le condizioni che portavano al loro impiego e le complicanze che ne derivavano. Furono coinvolte 3 residenze e tutte le persone prese in considerazione avevano più di 65 anni. Dei 390 residenti, 91 furono sottoposti a contenzione (grafico 10). Fu documentato che 20 residenti furono contenuti per prevenire il dislocamento del sondino naso-gastrico, 17 per prevenire cadute e 8 per agitazione psicomotoria. Con 21 dei residenti vennero eseguiti dei tentativi di rimozione delle contenzioni. Vennero anche applicate alcune tecniche alternative di ascolto attivo per prevenire l'uso dei presidi contenitivi per 31 dei residenti. In conclusione, lo studio registrò un elevato utilizzo della restrizione fisica e affermò che l'attuale gestione della contenzione a Singapore andrebbe rivista aggiungendo nuovi protocolli visto che, come afferma questo articolo, la contenzione è associata a vari esiti negativi tra cui perdita funzionale e lesioni (Mamun, 2005).

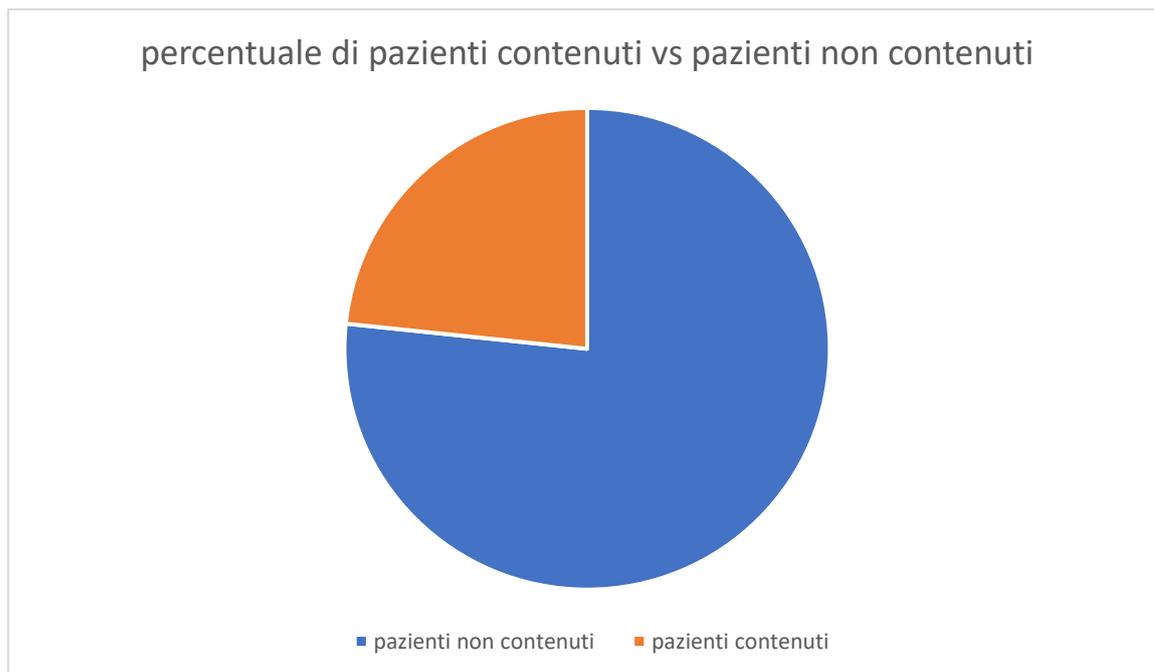


Grafico 10. Differenza percentuale fra pazienti contenuti (23%) e pazienti non contenuti (77%)

Oltre a questo, anche *Physical restraints in mental health nursing: a concept analysis* (Ye J., 2019) gioca un ruolo fondamentale nel delineare l'efficacia della contenzione. Erickson nel 1949 definì la contenzione come quel mezzo per sedare il paziente in preda ad uno stato di agitazione psicomotoria, andando a chiarirne gli effetti psicologici (in cui la contenzione ha giocato un ruolo negativo). Rosen e Di giacomo nel 1978 conclusero che la presenza di sintomi psicotici, comportamento violento e agitazione era un chiaro fattore di applicazione della contenzione, che però a loro volta andavano a peggiorare questa condizione. Lo studio afferma che l'uso della contenzione è strettamente correlato al sistema di valori intrinseco del singolo infermiere e, perciò, sensibilizzando i professionisti su questa tematica è sicuramente possibile modificare i numeri associati al suo ampio utilizzo nella pratica clinica. Pone ovviamente l'accento anche sull'inefficacia della contenzione argomentando che conduce ad un peggioramento nella condizione di disagio psicomotoria e a lesioni fisiche (Ye, 2019)

In aggiunta anche altri articoli hanno portato alla luce la correlazione tra esiti negativi per gli assistiti e la contenzione tra cui l'articolo di Wang J. del 2022 e quello di Laurin del 2004. Affermano che la contenzione fisica porta ad esiti quali declino, funzionale, depressione, perdita di autostima, perdita di mobilità, infezioni nosocomiali e sentimenti di rabbia nonché morte accidentale (Wang, 2022; Laurin, 2004).

Una tematica che sicuramente merita approfondimento nel mondo della contenzione è quella relativa alla componente farmacologica. Nello specifico *Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients* di Burry L. (2018) va a chiarire l'efficacia effettiva degli antipsicotici per quanto riguarda il trattamento del delirium, che di fatto è una delle cause del ricorso alla contenzione fisica e farmacologica. Furono inclusi 9 trial clinici in questa revisione e in totale furono coinvolti 727 pazienti. I risultati riscontrati fecero giungere alla conclusione che non vi è una maggiore efficacia nel trattamento del delirium se si usano antipsicotici se comparato ai gruppi di controllo (in cui non fu somministrato il farmaco). Oltre a non aver riscontrato una differenza fra il gruppo a cui furono somministrati antipsicotici e il gruppo di controllo, venne anche documentato che non vi è una reale differenza tra gli antipsicotici tipici e quelli atipici. La conclusione dell'autore ci porta ad affermare che gli antipsicotici non sono efficaci nell'alterare la durata del delirium, la durata di degenza o la qualità della vita. Dai dati che sono stati registrati, quindi, si deduce che gli antipsicotici non riducono la gravità del delirium né tanto meno risolvono la sintomatologia ad essa correlata (Burry, 2018).

Sempre riguardo ai farmaci c'è anche la revisione sistematica *Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation* del 2017 di Vieta E. Diversi esperti in agitazione psicomotoria si riunirono a Barcellona nell'aprile 2016 per osservare questo fenomeno da molteplici punti di vista. Il protocollo che venne sviluppato fu revisionato da tutti i membri coinvolti prima di essere presentato alla "Catalan society of psychiatry and mental health", alla "Spanish society of biological psychiatry" e alla "Spanish network centre for reaserch in mental health". Il protocollo che fu prodotto mise in tavola una appropriata selezione di farmaci da utilizzare (per via orale o intramuscolo) e anche delle linee guida riguardanti la contenzione farmacologica. Le linee guida indicano i farmaci da utilizzare e affermano l'importanza di informare il paziente sugli effetti dei farmaci per favorire la sua autodeterminazione. Quando possibile si deve sempre optare per la monoterapia. Per quanto riguarda la agitazione psicomotoria i farmaci di prima linea sono gli antipsicotici (se ci sono sintomi psicotici) oppure benzodiazepine (se non sono presenti sintomi psicotici). Va tenuto a mente che molti farmaci antipsicotici non sono indicati per l'agitazione psicomotoria in sé ma, piuttosto, per le condizioni psichiatriche sottostanti, infatti, se usati impropriamente causano un peggioramento della condizione dell'individuo. Per questo bisogna sempre fare

attenzione nei casi in cui la diagnosi differenziale sia ancora in corso o nei casi dove il paziente abbia uno stato di coscienza alterato. Comunque sia le linee guida affermano che i farmaci di prima linea, sia che sia nota la causa dell'agitazione sia che non lo sia, devono essere gli antipsicotici. La restrizione fisica e anche quella farmacologica sono percepite nelle linee guida spagnole come l'ultima spiaggia. Lo studio conclude affermando che la contenzione fisica va considerata solo quando tutte le altre opzioni hanno fallito (Vieta, 2017).

6.3: ALTERNATIVE

Un articolo interessante per quanto riguarda le alternative alla contenzione è quello pubblicato nel 2020 intitolato *Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: a scoping review* (Costa, 2020). Questa revisione ebbe luogo tra dicembre 2019 e gennaio 2020 e prese in considerazione diversi studi presenti in varie piattaforme (Medline, Cochrane, Cinhal). Metà di questi studi furono condotti nel Nord Europa (Norvegia, Danimarca, Finlandia, Germania) e molti altri ebbero luogo in America e in Canada. Tra le alternative alla restrizione meccanica la de-escalation verbale risultò essere l'approccio preferibile da ben 5 articoli e, secondo una revisione sistematica condotta su 38 articoli, fu rilevata una associazione tra questa metodica e il diminuito rischio di ricorso alla contenzione fisica o ricorso alla violenza (Patel, 2018). Seguendo la stessa linea di pensiero un'altra revisione sistematica asserì che la de-escalation verbale era collegata ad un diminuito rischio di atti coercitivi e pose l'accento sulla formazione del personale (Hirsch, 2019). Come se non bastasse una altra revisione (Vakiparta, 2019) sottolineò come l'istruzione dello staff portasse ad una riduzione nel tempo di utilizzo della contenzione. Un modello alternativo che venne preso in considerazione è la scala "Broset Violence Checklist" (BVC, allegato 1) che misurava il rischio di comportamenti aggressivi e di conseguenza doveva essere in grado di aiutare a prevenire l'utilizzo di mezzi restrittivi. Nel trial clinico di Hvidhjelm (2016) venne valutato l'impatto di questa scala in 15 ospedali danesi (2030 partecipanti in totale) e risultò che la BVC ridusse il rischio di violenza del 45%; nonostante ciò, fu il trial clinico randomizzato di Hirsch e Steinert (2019) a dimostrare che l'uso di questa scala era anche correlato ad un diminuito utilizzo della contenzione fisica (una diminuzione del 27%) nel gruppo dove fu applicata (mentre il gruppo di controllo andò incontro ad un incremento del 10%). Oltre alla BVC un'altra scala di cui è possibile avvalersi è la "DASA" (Dynamic appraisal of situational aggression, allegato 2) e sembrerebbe essere anch'essa correlata ad un diminuito tasso di violenza, ma solo quando accompagnata da altre tecniche quali de-escalation verbale o cambi nel trattamento terapeutico (Kaunomaki, 2017). Due articoli (Nuremberg, 2015; Rampling, 2016) mostrarono che l'inclusione di pazienti con patologie psichiatriche acute in programmi di terapia psicosociale di pet therapy era collegato ad un miglioramento del

loro comportamento sia a breve termine che a lungo termine, dimostrando un miglioramento nella qualità di vita degli assistiti. La letteratura scientifica ci suggerisce la presenza di una correlazione fra l'overload sensoriale e l'agitazione psicomotoria, che spesso porta alla contenzione. Quattro studi identificarono diversi programmi di modulazione sensoriale come valido approccio nel caso di distress psicomotorio. Di questi 4 lo studio di Andersen (2017) condotto su 2 unità operative psichiatriche danesi dimostrò una relazione tra le attività sensoriali proposte ed una diminuzione nel ricorso alla contenzione. Si trattava di attività ricreative, musica rilassante, approccio del silenzio e lezioni sull'auto-regolazione emotiva. Il ricorso alla contenzione diminuì del 38%. In linea generale la letteratura presente in questo ambito di tecniche alternative afferma che la modulazione sensoriale è legata a doppio filo ad un ambiente di cura migliore. Si raccomanda un adeguato controllo del microclima delle stanze e una riduzione degli stimoli esterni quali temperatura, luce e rumore. Un'altra categoria presa in considerazione da questo elaborato è l'organizzazione interna degli ospedali, in particolare le politiche legate alle visite dei parenti. Schneeberger condusse nel 2012 uno studio retrospettivo in 21 reparti psichiatrici tedeschi (di cui 16 chiusi al momento dello studio) il cui obiettivo era valutare l'impatto della "open door policy" sull'insorgere di comportamenti aggressivi. In totale furono coinvolti 314330 pazienti di cui solo 68135 erano nel gruppo con la open door policy. Questa metodologia organizzativa fece riscontrare una significativa riduzione nel ricorso alla restrizione meccanica (Schneeberger, 2012).

Tra gli studi più accreditati per quanto riguarda questa tematica abbiamo anche *Reducing physical restraints in nursing homes: a report from Maria wolf and Sanitas* del 2016 (Muñiz, 2016). In questo studio si andò a documentare la prevalenza di utilizzo della contenzione al punto iniziale e successivamente all'introduzione di un programma centrato sul benessere della persona (volto a diminuire l'utilizzo di questa misura tutelare). Questo studio coinvolse 41 residenze sanitarie in Spagna tra il 2011 e il 2014. L'età media era di 83,4 anni e il 63,5% era affetto da demenza. La frequenza di persone sottoposte ad almeno una forma di contenzione era del 18,1%, che poi si è ridotto fino al 1,6% (grafico 11) dopo l'applicazione di metodologie quali: istruzione del personale, consultazioni per supportare il personale e alterazioni su più livelli per quanto riguarda la componente organizzativa. Venne introdotto un coordinatore che si occupava di gestire il

personale per quanto riguarda la gestione della contenzione e sia medici che infermieri riceverono un'istruzione aggiuntiva. I moduli di questo programma educativo erano: conoscenze di base delle demenze, problematiche di alimentazione nei soggetti con demenza, riduzione e conseguente eliminazione della restrizione meccanica in questa tipologia di pazienti e infine prevenzione delle cadute evitando di ricorrere alla contenzione. Nello specifico nei pazienti affetti da demenza si registrò un calo nell'impiego di contenzione dal 29,1% al 2,2%. Per quanto riguarda i 1755 pazienti che fecero parte di entrambe le valutazioni (la prima raccolta dati e la seconda dopo il cambiamento organizzativo) si riscontrò una riduzione della prevalenza dal 15,6% al 2,5% in totale e dal 26% al 3% se consideriamo solo i pazienti con demenza. Ci fu una riduzione nel numero di pazienti che andò incontro ad almeno una caduta tra la prima e la seconda osservazione, che era statisticamente significativa solo in quei pazienti subentrati dopo l'applicazione delle misure organizzative, che passò dal 12,9% al 10,3%. Globalmente la percentuale di cadute senza esiti gravi rimase invariata (6,8%) mentre le cadute a cui seguirono lesioni gravi passò dal 5,1% al 4,3%. Nei pazienti valutati sia nel primo che nel secondo momento di misurazione si registrò un calo dal 11,3% al 8,6%. Durante la prima osservazione l'utilizzo della contenzione fu associato ad un Bmi (body mass index) sotto 23, a maggiore autosufficienza e a minore capacità cognitiva. Lo studio conclude dichiarando che le contenzioni hanno effetti negativi permanenti nei pazienti anziani e/o affetti da demenza e che si rivela ostico eliminare l'utilizzo di queste metodiche cercando anche di salvaguardare i costi; è comunque necessario fare questi passi verso la riduzione dell'utilizzo di questi mezzi anche per migliorare la componente psicologica ed emotiva di questi pazienti. Questo elaborato dimostra come una migliore educazione sulle varie componenti di patologie legate all'invecchiamento, quali la demenza, riesca ad incidere sulla riduzione dell'applicazione delle contenzioni. La riduzione dei presidi contenitivi non fu correlata ad un aumento nell'uso di farmaci psicotropi, anzi fu riscontrata una riduzione generale nell'impiego di questi farmaci, specialmente nei pazienti con demenza. Venne sottolineato anche il "circolo vizioso" della contenzione che debilita il paziente sia fisicamente che psicologicamente aumentando il rischio di caduta e, quindi, giustificando una ulteriore applicazione della contenzione stessa.

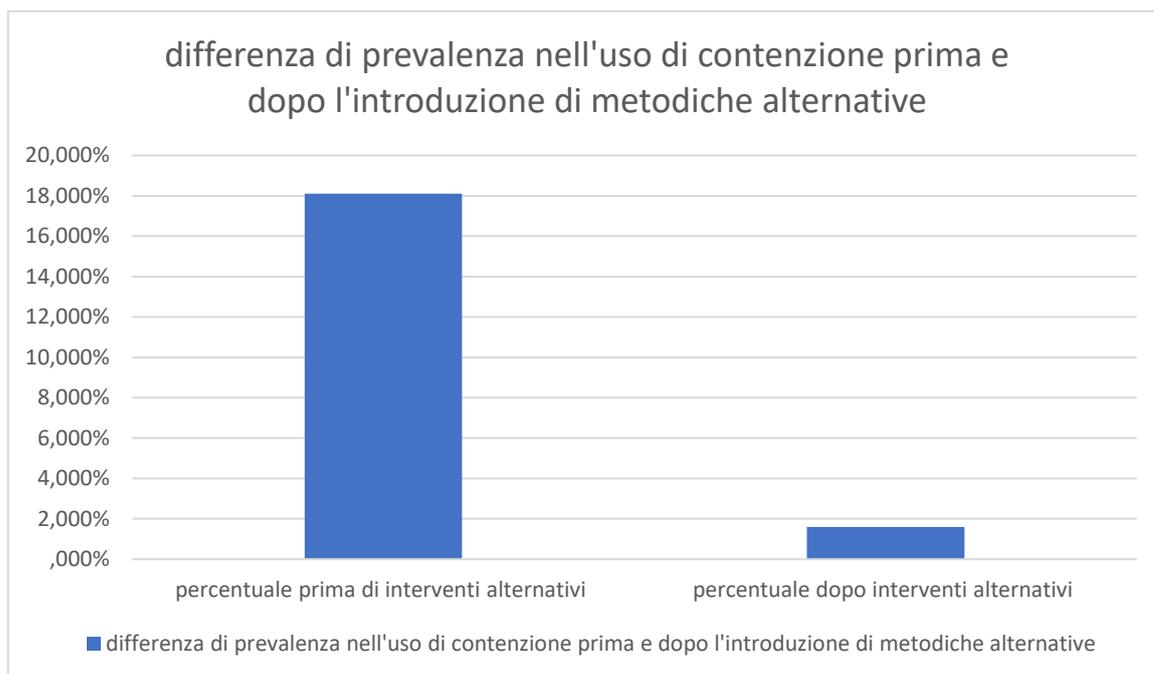


grafico 11. Differenza di prevalenza nell'uso di contenzione prima e dopo l'introduzione di metodiche alternative quali: istruzione del personale, consultazioni per supportare il personale e alterazioni su più livelli per quanto riguarda la componente organizzativa.

Sempre rimanendo nel mondo delle alternative alla contenzione un altro articolo valido è quello intitolato *Avoidance of Physical restraint use among older adults: a review of clinical effectiveness and guidelines* (Lachance,2019). Le domande che si pose questo elaborato furono essenzialmente 3: qual è l'effettiva efficacia delle contenzioni nell'ambito degli anziani ricoverati in ospedale? Qual è invece il beneficio ottenuto evitandole? Quali sono le linee guida validate in merito? In questa revisione gli esiti di interesse erano principalmente il numero di cadute correlate all'uso della contenzione e il numero di lesioni e/o fratture associate all'utilizzo di quest'ultima. Gli studi clinici oggetto di indagine furono: lo studio sperimentale randomizzato di Enns chiamato *A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized patients* (Enns, 2014) e quello di Kwok non randomizzato intitolato *Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay* (Kwok, 2012). In entrambi questi trial clinici i pazienti furono divisi in 2 gruppi: uno dove fu applicato l'intervento volto a ridurre la frequenza di utilizzo della contenzione e il secondo gruppo, quello di controllo, che rimase nella condizione standard per quanto riguarda l'applicazione delle restrizioni meccaniche. Il primo studio andò a documentare le cadute a cui andavano incontro i pazienti mentre il secondo andò a valutare diversi aspetti tra cui: tempo di degenza, mobilità post-intervento, punteggio scala ADL (Activity of Daily

Living), cadute e mortalità legate alla contenzione. Entrambi gli studi conclusero che non vi era una significativa riduzione nella frequenza delle cadute dopo l'implementazione del programma di intervento alternativo alla contenzione, stessa cosa per i tassi di mortalità riscontrati. Però, per quanto riguarda la durata di degenza, la mobilità e il punteggio ADL venne registrato un miglioramento nel gruppo di intervento. L'intervento nello studio di Enns consisteva nell'istruire il personale infermieristico e nell'implementazione di un leader tra gli infermieri, che si occupava della gestione e dell'applicazione dei mezzi contenitivi. Nello studio di Kwok invece l'intervento era essenzialmente costituito da un programma il cui obiettivo era ridurre l'uso della contenzione ed era basato su sessioni formative per il personale. Lo studio infine afferma che le evidenze raccolte da questi elaborati dimostrano come le alternative proposte abbiano portato un miglioramento nella qualità di vita.

Per chiudere il cerchio delle alternative un altro studio rilevante è *Influence of nursing staff attitudes and characteristics of coercive measures in acute mental health services: a systematic review*, che è una revisione sistematica pubblicata nel 2020 e redatta da Paul Doedens. Le 3 verità che l'elaborato utilizza come introduzione sono: il comportamento aggressivo è un problema significativo nel regno dell'assistenza psichiatrica, le misure coercitive sono potenzialmente pericolose e non sono presenti delle revisioni esaustive per quanto riguarda le caratteristiche del personale infermieristico coinvolto nella pratica della contenzione e il modo in cui essi vivono questo evento. Lo studio afferma, avvalendosi di altri studi (Frueh, 2005; Rakhmatullina, 2013) che le misure coercitive non hanno valenza terapeutica e possono risultare in distress acuto e lesioni fisiche. Questa rivelazione portò quindi a rendere l'evitamento di questa pratica il fulcro delle attività di prevenzione, e quindi furono intraprese ulteriori ricerche. Le domande che riassumo lo scopo di questo studio sono: qual è l'atteggiamento degli infermieri per quanto riguarda la contenzione? Quali sono le caratteristiche individuali e di equipe associate ad una maggiore prevalenza di uso della contenzione? Gli infermieri furono suddivisi in diversi gruppi sulla base delle singole caratteristiche (genere, età e personalità). I 2 temi maggiormente osservati sono: la discrepanza tra il paradigma terapeutico e quello di sicurezza e il bisogno percepito dagli infermieri di alternative alla contenzione. Visto che gli studi presi in esame non avevano limiti riguardo l'anno di pubblicazione uscì fuori che con il passare degli anni gli infermieri in linea generale passarono dalla mentalità che

vedeva la contenzione come efficace misura tutelare alla visione, ben diversa, che ritiene la contenzione come necessaria ma portatrice di conseguenze anche gravi per il paziente. Seppure la visione della contenzione come “evitabile quando possibile” fosse maggiormente presente negli studi dopo il 2010, era comunque già riscontrabile in alcuni articoli come quello di Di Fabio del 1981 o quello di Lendemeijer del 1997. Questo shift nella percezione della contenzione portò inevitabilmente al desiderio di alternative meno intrusive. Per quanto riguarda la correlazione dei tratti di personalità dello staff con l’uso di presidi contenitivi lo studio si dimostrò inconcludente in quanto il concetto stesso di “atteggiamento” si rivelò ostico da interpretare e misurare. In conclusione, venne determinato che è il paradigma adottato dagli infermieri (terapeutico o di sicurezza) nei confronti della contenzione va a determinare la frequenza con la quale essa è impiegata; ovviamente sono risultati essere gli infermieri con paradigma terapeutico (cioè coloro che vedono la contenzione come efficace su tutta la linea) ad impiegarla maggiormente. Questo ci dimostra che riuscire a cambiare la mentalità dei professionisti istruendoli e dando loro le giuste competenze può diminuire l’uso della contenzione (Doedens, 2020).

CAPITOLO 7: MATERIALE E METODI

La ricerca delle evidenze scientifiche prese in considerazione in questo elaborato è stata svolta servendosi di diverse banche dati tra cui: Pubmed, Google Scholar, Cochrane Library e ILISI

Per costruire le stringhe di ricerca è stata utilizzata la metodologia PIO

P	PROBLEMA/POPOLAZIONE	Pazienti ricoverati in ospedali e RSA
I	INTERVENTO	Scorretto Impiego di mezzi contenitivi
O	OUTCOME	Esiti negativi dell'impiego di contenzione
M	METODO	Revisione della letteratura
Q	QUESITO	La contenzione nei pazienti ricoverati in Ospedale e RSA porta a conseguenze negative se applicata in modo improprio?

Tabella 4. Quesito di ricerca

Parole chiave utilizzate

Banca dati	Parole chiave	Limiti anno di pubblicazione	Risultati
Pubmed	Restraints AND Nursing Homes AND hospitals	Ultimi 20 anni, free full text	42
Pubmed	Restraints AND Alternatives	Ultimi 20 anni, free full text	393
Pubmed	Physical Restraints	ultimi 20 anni, free full text	3641
Google Scholar	Physical Restraints	ultimi 20 anni, free full text	18000
Cochrane	Physical Restraints	ultimi 20 anni, free full text	5
ILISI	Contenzione Fisica	Ultimi 20 anni, free full text	303

Tabella 5. Banche dati

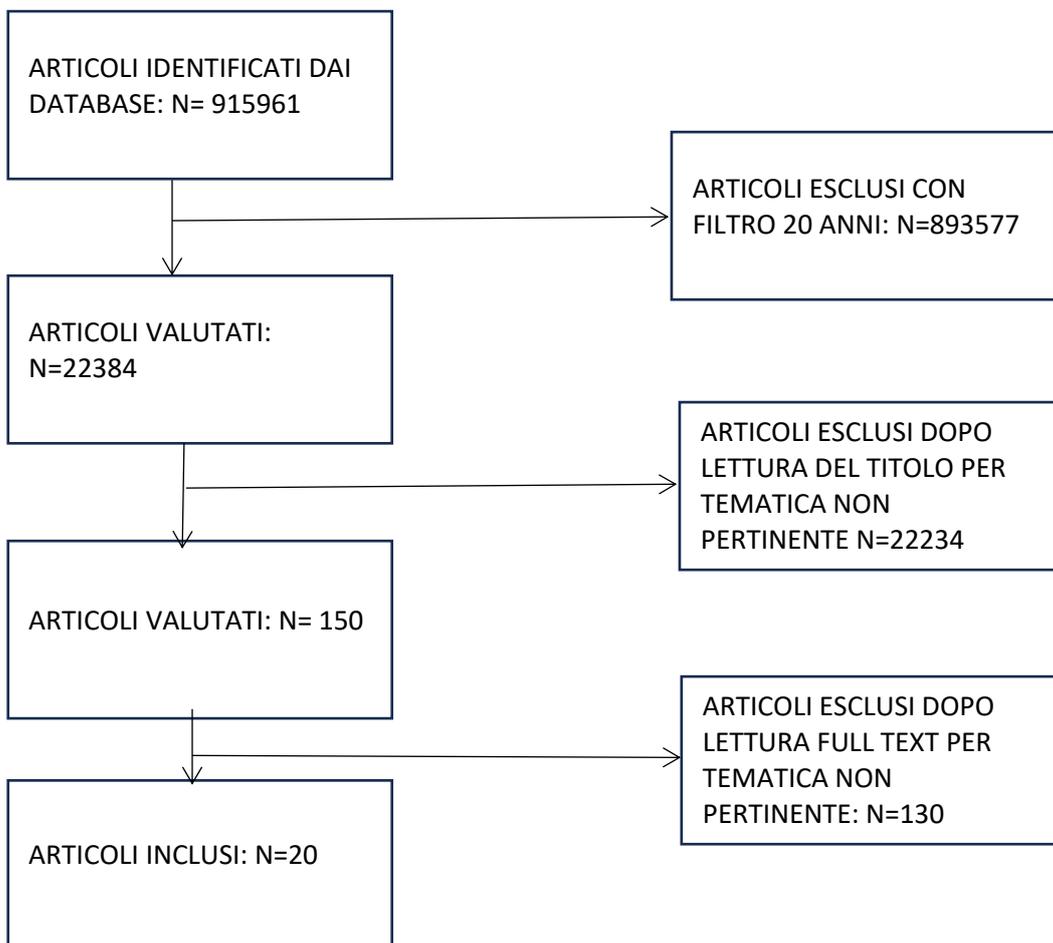
Inglese	Italiano
Restraints	Contenzione
Physical Restraints	Contenzione Fisica
Alternatives	Alternative
Nursing homes	Residenze sanitarie
Hospitals	Ospedali

Tabella 6. Traduzione parole chiave

FONTE	Trovati	Non Pertinenti	Inclusi
Pubmed	42	28	14
Google Scholar	>	5	5
Cochrane	5	4	1
ILISI	303	303	0

Tabella 7. Fonti utilizzate

Qui è riportato il diagramma di selezione degli articoli ricercati



CAPITOLO 8: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

DISCUSSIONE

La contenzione è senza ombra di dubbio un fenomeno complesso e arduo da descrivere, che richiede ancora oggi ulteriori approfondimenti. In questo elaborato abbiamo intrapreso un viaggio nel mondo della legislazione legata a questa pratica e ciò ci ha portato a comprendere una verità indiscutibile. La frequenza con la quale vengono applicate le contenzioni è legata indissolubilmente alla percezione concettuale che gli infermieri e gli altri professionisti hanno di quest'ultima. Gli studi che abbiamo preso in esame, infatti, hanno delineato i 2 modelli concettuali principali: quello terapeutico e quello di sicurezza. Quello terapeutico era il modello vecchio dove la contenzione era vista come efficace in ogni caso, mentre quello di sicurezza è più recente e vede la contenzione come spiacevole ma necessaria in quanto non ci sono ancora alternative adeguate. In realtà è proprio questo cambiamento che ha portato alla ricerca di alternative valide, e tra esse le più interessanti si sono rivelate la “de-escalation verbale”, la “open door policy” e i corsi di formazione del personale con l'aggiunta di una figura preposta alla gestione della contenzione nell'unità operativa. La contenzione si è dimostrata una pratica che subisce variazioni a seconda del luogo che andiamo ad osservare e del tipo di setting preso in considerazione. La frequenza con la quale è impiegata si è rivelata essere associata alle conoscenze e competenze dell'equipe sanitaria. In questo elaborato abbiamo anche riscontrato delle differenze tra i pazienti affetti da demenza e i pazienti che non lo sono ponendo l'accento sulla scoperta che le persone affette da demenza vanno incontro più frequentemente ad esiti negativi quali cadute e fratture. Ciò è riconducibile alla facilità con la quale queste persone vanno incontro a scompenso psicologico se avviene anche solo una piccola variazione nella routine quotidiana. Oltre a questo, abbiamo individuato una differenza fra ospedali e residenze sanitarie: negli ospedali in linea generale sono più frequentemente coinvolte donne, anziani e persone non autosufficienti, mentre nelle residenze si è riscontrato un aumentato utilizzo della contenzione in pazienti più giovani e indipendenti. Abbiamo anche visto come la legislazione sulla contenzione può portare con sé risultati diversi per quanto riguarda la frequenza di utilizzo della contenzione fra un paese e l'altro e come la presenza di una barriera linguistica possa influire negativamente sui suoi tassi di applicazione. Alcuni

studi hanno anche dimostrato che in linea generale negli ospedali la contenzione è applicata per un tempo maggiore rispetto alle residenze e i reparti dove la prevalenza era più alta erano quelli di medicina e quelli intensivi. Tra le motivazioni che portano a considerare l'uso della contenzione senza dubbio vi è: la prevenzione delle cadute, la prevenzione della rimozione di terapia e la tutela dei pazienti che soffrono di agitazione psicomotoria. Molti studi, però, rivelano che sono i mezzi contenitivi stessi la causa degli esiti che si vogliono evitare e quindi oltre a non risolvere il problema a volte ne sono anche la causa. Tra le diagnosi più associate al ricorso alla contenzione ci sono: la psicosi affettiva, le psicosi organiche e i disturbi da abuso di sostanze. Tra i fattori di rischio correlati al loro impiego troviamo invece: età maggiore di 70 anni, punteggio scala Braden inferiore a 16, paziente non deambulante autonomamente, caduta avvenuta fino ad un anno prima e assunzione di politerapia. I mezzi contenitivi più utilizzati sono: le spondine integrali, le polsiere e le cintole pelviche. Abbiamo ampiamente dimostrato che, come viene anche esplicito dal Codice Deontologico infermieristico, la contenzione non ha valenza terapeutica e può causare distress sia psicologico che fisico; deve essere attuata solo come alternativa eccezionale e temporanea. Come dichiarato da Luigi Gariglio nel 2012 "La contenzione meccanica, in particolare quella esercitata al di fuori della extrema ratio in risposta a situazioni contingenti eccezionali e per definizione di breve durata è considerata una pratica eticamente del tutto inaccettabile".

CONCLUSIONE

Possiamo concludere affermando di aver raggiunto l'obiettivo prefissato, avendo dimostrato che ad oggi le contenzioni vengono ampiamente utilizzate su scala globale e che le cause che portano al loro impiego non vengono sempre risolte da questa suddetta metodologia ma che, anzi, vanno spesso a peggiorare queste condizioni. In alcuni casi, è meglio appoggiarsi alle alternative proposte dalla letteratura scientifica che, seppure non siano sempre in grado di risolvere le cause che hanno portato ad applicare la contenzione, portano spesso ad un miglioramento nella qualità di vita. Dunque, l'utilizzo di mezzi di contenzione meccanica o altre forme di coercizione dovrebbero essere adottati solo in situazioni eccezionali, quando non vi sono alternative adeguate. Inoltre, quando sono impiegate queste metodiche vi è la necessità di farlo nei modi e nelle tempistiche più appropriate e in questo il protagonista è l'infermiere, che non deve tacitamente eseguire gli ordini del medico ma può proporre delle alternative tenendo sempre a mente la sua

autonomia professionale che più volte è sottolineata dal Codice Deontologico infermieristico e dal Decreto Ministeriale D.M. 14/09/1994, n.739. Infine, dobbiamo riconoscere che il ricorso ai mezzi di contenzione deve essere proporzionato allo stato di agitazione psicomotoria degli assistiti tenendo conto dei casi individuali e possiamo affermare che un'adeguata formazione del personale infermieristico per quanto riguarda questo ambito è in grado di condurci verso un minore ricorso alla contenzione.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Andersen, C.; Kolmos, A.; Andersen, K.; Sippel, V.; Stenager, E. Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: A case control study. *Nord. J. Psychiatry* **2017**
- 2- Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E., & Steinert, T. (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric services*, *62*(11), 1310-1317.
- 3- Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., Hamers, J. P., & International Physical Restraint Workgroup. (2016). Physical restraints: consensus of a research definition using a modified delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*(11), 2307-2310.
- 4- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T., & Alexander, J. (2007). International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, *44*(3), 357–364.
- 5- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *21*(6), 499-508.
- 6- Burry, L., Mehta, S., Perreault, M. M., Luxenberg, J. S., Siddiqi, N., Hutton, B., ... & Rose, L. (2018). Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- 7- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2009). CMS financial report. Retrieved from <https://www.cms.gov/ResearchStatistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CFOReport/>
- 8- Cipriano, P. (2015). Il manicomio chimico. *Cronache di uno psichiatra riluttante*. Milano: Elèuthera.
- 9- Conolly, J. (2013). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. Cambridge University Press.
- 10- Cotter, V. T. (2005). Restraint free care in older adults with dementia. *The Keio journal of medicine*, *54*(2), 80-84.

- 11- Davis DH, Muniz Terrera G, Keage H, et al. (2012) Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain* 2012; 135:2809-16.
- 12- De Vreese, L. P., Neri, M., Fioravanti, M., Belloi, L., & Zanetti, O. (2001). Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(8), 794-809.
- 13- de Vries, O. J., Ligthart, G. J., & Nikolaus, T. (2004). Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(9), M922-M923.
- 14- Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V., & Ferri, P. (2014). Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 10, 94.
- 15- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 446-459.
- 16- Enns, E., Rhemtulla, R., Ewa, V., Fruetel, K., & Holroyd-Leduc, J. M. (2014). A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(3), 541-545.
- 17- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of advanced nursing*, 40(6), 616-625.
- 18- EVANS, L. K., & STRUMPF, N. E. (1991). ABOUT RESTRAINTS FOR THE ELDERLY: Find out whether they really offer protection... how they're viewed by patients... and more. *Nursing2023*, 21(1), 24-26.
- 19- Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J. N., ... & Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 24(10), 1110-1118.

- 20- Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 2791.
- 21- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., ... Hiers, T. G. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123–1133
- 22- Fryback, J. (1998). Counting, using and reducing physical restraints. *Wisconsin Department of Health and Family Services* (http://www.dhfs.state.wi.us/rl_ds1/NHs/NH98-003.htm).[Google Scholar].
- 23- Gariglio, L. (2021). «La contenzione meccanica... è terapeutica» Tecniche discorsive di neutralizzazione in un ospedale psichiatrico giudiziario. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 14(1), 49-70.
- 24- Healey, F. (2007). Bedrails—reviewing the evidence. *National Patient Safety Agency. London*.
- 25- Healey, F., Oliver, D., Milne, A., & Connelly, J. B. (2008). The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies. *Age and ageing*, 37(4), 368-378.
- 26- Heinze, C., Dassen, T., & Grittner, U. (2012). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 1033-1040.
- 27- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(19), 336.
- 28- Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R., & Bue Bjorner, J. (2016). Aggression in psychiatric wards: effect of the use of a structured risk assessment. *Issues in mental health nursing*, 37(12), 960-967.
- 29- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The lancet*, 383(9920), 911-922.
- 30- Irving, K. (2004). Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 21(4), 23-27.

- 31- Kaunomäki, J., Jokela, M., Kontio, R., Laiho, T., Sailas, E., & Lindberg, N. (2017). Interventions following a high violence risk assessment score: a naturalistic study on a Finnish psychiatric admission ward. *BMC health services research*, 17, 1-8.
- 32- Krüger, C., Mayer, H., Haastert, B., & Meyer, G. (2013). Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1599-1606.
- 33- Kwok, T., Bai, X., Chui, M. Y., Lai, C. K., Ho, D. W., Ho, F. K., & Woo, J. (2012). Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(7), 645-650.
- 34- Lachance, C., & Wright, M. D. (2019). Avoidance of physical restraint use among hospitalized older adults: a review of clinical effectiveness and guidelines.
- 35- Laurin, D., Voyer, P., Verreault, R., & Durand, P. J. (2004). Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC nursing*, 3, 1-7.
- 36- Ljunggren, G., Phillips, C. D., & Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and ageing*, 26(suppl_2), 43-47.
- 37- Luo, H., Lin, M., & Castle, N. (2011). Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 26(1), 44-50.
- 38- Mamun, K., & Lim, J. (2005). Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 34(2), 158-162.
- 39- Ministero della Salute, DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE ex Ufficio III, Raccomandazione n. 13 novembre 2011, RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE.
- 40- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- 41- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P., ... & Olazarán, J. (2016). Reducing physical restraints in nursing homes: a report from Maria Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 633-639.

- 42- Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on the rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, *11*(3), 95-101.
- 43- Nurenberg, J. R., Schleifer, S. J., Shaffer, T. M., Yellin, M., Desai, P. J., Amin, R., ... & Montalvo, C. (2015). Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: Equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. *Psychiatric services*, *66*(1), 80-86.
- 44- Ó Flatharta, T., Haugh, J., Robinson, S. M., & O'Keeffe, S. T. (2014). Prevalence and predictors of bedrail use in an acute hospital. *Age and ageing*, *43*(6), 801-805.
- 45- Patel, M. X., Sethi, F. N., Barnes, T. R., Dix, R., Dratcu, L., Fox, B., ... & Woods, L. (2018). Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: de-escalation and rapid tranquillisation. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, *14*(2), 89-132.
- 46- Rakhmatullina, M., Taub, A., & Jacob, T. (2013). Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: a review of literature. *Psychiatric Quarterly*, *84*, 499-512.
- 47- Rampling, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, *34*, 17-28.
- 48- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario
- 49- RNAO, 2012. Clinical Best Practice Guidelines. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints.
- 50- Rosen H, Digiacomio JN. The role of physical restraint in the treatment of psychiatric illness. *J Clin Psychiatry* 1978;39:228e32.
- 51- Rossi, S. (2015). Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona. *180-ARCHIVIO CRITICO DELLA SALUTE MENTALE*.
- 52- Royal College of Nursing, 2008, "Let's talk about restraint" Rights, risks and responsibility
- 53- Scarpa, N. (2012). La contenzione fisica. *Quesiti clinico-assistenziali*.

- 54- Schneeberger, A.R.; Kowalinski, E.; Frohlich, D.; Schröder, K.; von Felten, S.; Zinkler, M.; Beine, K.H.; Heinz, A.; Borgwardt, S.; Lang, U.E.; et al. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *J. Psychiatr. Res.* **2017**, *95*, 1
- 55- Sze, T. W., Leng, C. Y., & Lin, S. K. S. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, *10*(5), 307-351.
- 56- Väkiparta, L., Suominen, T., Paavilainen, E., & Kylmä, J. (2019). Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, *33*(4), 765-778.
- 57- Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., ... & Martínez-Arán, A. (2017). Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC psychiatry*, *17*(1), 1-11.
- 58- Wang, J., Liu, W., Li, X., Li, L., Tong, J., Zhao, Q., & Xiao, M. (2022). Effects and implementation of a minimized physical restraint program for older adults in nursing homes: A pilot study. *Frontiers in Public Health*, *10*, 959016.
- 59- Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P., & Van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *Jama*, *304*(4), 443-451.
- 60- World Health Organization; 201. Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva. (WHO/MSD/MHP/17.9). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 61- Ye, J., Wang, C., Xiao, A., Xia, Z., Yu, L., Lin, J., ... & Zhang, Y. (2019). Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, *6*(3), 343-348.
- 62- Zanetti, E., Castaldo, A., Miceli, R., Magri, M., Mariani, L., Gazzola, M., ... & Muttillio, G. (2012). L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. *L'infermiere*, *49*(2).

SITOGRAFIA

- 1- <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>
- 2- <https://www.nurse24.it/infermiere/la-contenzione.html>
- 3- https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=16198
- 4- https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=67779
- 5- https://www.opicomo.it/documenti/cozzi_slides3_10_10_2012.pdf
- 6- <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/nuovo-codice-deontologico-infermieri-questione-contenzione.html>
- 7- <http://www.news-forumsalutementale.it/la-morte-di-giuseppe-casu-si-poteva-prevenire-lo-dice-una-perizia-del-tribunale/>
- 8- <https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO CONTENZIONE COMMISSIONE DIRITTI UMANI SENATO.pdf>
- 9- <https://www.mapis.it/prodotto/polsiera-di-contenzione-polso-con-anello-metallico/>

- 10- https://www.ausilium.it/p-10977-biomatrix-contenzione-caviglia?lgw_code=9969-BMT-9136&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwhL6pBhDjARIsAGx8D59CboelMxLuDt-oN5pbYueztERCwi7kOjPqloijAyFBjF-BWSpjb9oaAr0NEALw_wcB
- 11- <https://kinemed.it/products/salvafix-std-contenzione-addominale-con-presenza-pelvica-cucita-mis-m>
- 12- <https://www.ossoline.it/2020/05/17/sponde-di-contenzione-quando-vanno-applicate/>
- 13- <https://www.ausilium.it/p-10982-biomatrix-cintura-toracica-inquinale>
- 14- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/Il%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf
- 15- <http://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>
- 16- <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/legge-basaglia-chiusura-manicomi.html>

ALLEGATI

Interpretation of scoring:
Score = 0 The risk of violence is small.
Score = 1-2 The risk of violence is moderate. Preventive measures should be taken.
Score = >2 The risk of violence is very high. Preventive measures should be taken. In addition, plans should be developed to manage the potential violence.

Operationalisation of behaviours/items:

Confused	Appears obviously confused and disoriented. May be unaware of the time, place or person.
Irritable	Easily annoyed or angered. Unable to tolerate the presence of others.
Boisterous	Behaviour is overtly "loud" or noisy. For example, slams doors, shouts out when talking, etc.
Verbally threatening	A verbal outburst which is more than just a raised voice; and where there is a definite intent to intimidate or threaten another person. For example, verbal attacks, abuse, name-calling, verbally neutral comments uttered in a snarling aggressive manner.
Physically threatening	Where there is a definite intent to physically threaten another person. For example, the taking of an aggressive stance; the grabbing of another person's clothing; the raising of an arm, leg, making of a fist or modeling of a head-butt directed at another.
Attacking objects	An attack directed at an object and not an individual. For example, the indiscriminate throwing of an object; banging or smashing windows; kicking, banging or head-butting an object, or the smashing of furniture.

	Monday / /			Tuesday / /			Wednesday / /			Thursday / /			Friday / /			Saturday / /			Sunday / /		
	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve	Night	Day	Eve
Confused																					
Irritable																					
Boisterous																					
Verbal threats																					
Physical threats																					
Attacking objects																					
SUM	/ /																				
INTERVENTIONS																					

0 = no interventions	INIT	DATE/TIME	SIGNATURE	INIT	DATE/TIME	SIGNATURE
1 = verbal de-escalation						
2 = diversional activity						
3 = ↓ stimulation						
4 = sensory modulation						

Allegato 1. Scala "Broset Violence Checklist"

DYNAMIC APPRAISAL OF SITUATIONAL AGGRESSION: INPATIENT VERSION

The following ratings are based on your knowledge and observations of the patient during the PREVIOUS 24 HOURS. Well known patients are scored a 1 for an increase in the behaviour described, the patient's usual behaviour while being non-violent is scored as 0.

	Mon (circle one)	Tue (circle one)	Wed (circle one)	Thu (circle one)	Fri (circle one)	Sat (circle one)	Sun (circle one)
Irritability – the patient is easily annoyed or angered. The patient is unable to tolerate the presence of others	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Impulsivity – the patient displays behavioural and affective instability (i.e. dramatic fluctuations in mood, or general demeanour, inability to remain composed and directed)	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Unwillingness to follow directions – the patient tends to become angry or aggressive when they are asked to adhere to treatment or to the ward's routine.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Sensitivity to perceived provocation – the patient tends to see other people's actions as deliberate and harmful; they may misinterpret other people's behaviour or respond with anger in a disproportionate manner to the extent of provocation	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Easily angered when requests are denied – the patient tends to be intolerant, or is easily angered when they make a request that is denied or when they are asked to wait	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Negative attitudes – the patient displays entrenched antisocial and negative attitudes and beliefs which may relate to violence and aggression	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Verbal threats – the patient displayed a verbal outburst, which is more than just aq raised voice, and where there is a definite intent to intimidate or threaten another person	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
Total							

Record of aggression – during the previous 24 hours has the patient behaved aggressively in any of the following ways? (please mark with a cross in the appropriate box)

	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat	Sun
Physical aggression against OBJECTS – slams door, throws objects down, kicks furniture, breaks objects, smashes windows, sets fires, or throws objects dangerously							
Verbal aggression against PATIENTS – shouts angrily, insults, curses viciously, uses foul language in anger, or makes clear threats of violence towards others							
Verbal aggression against STAFF – shouts angrily, curses viciously, uses foul language in anger, or makes clear threats of violence towards others							
Physical aggression against PATIENTS – makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes, strikes, kicks, pushes, pulls hair, or attacks others.							
Physical aggression again STAFF – makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes, strikes, kicks, pushes, pulls hair, or attacks others.							

Allegato 2. Scala "Dynamic Appraisal of Situational Aggression"