

## **INDICE**

### **ABSTRACT**

**INTRODUZIONE** pag. 1

### **CAPITOLO 1 – LA CONTENZIONE OGGI**

1.1 DEFINIZIONE, TIPOLOGIA E CLASSIFICAZIONE pag. 3

1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI pag. 6

1.3 ARTICOLO 35 CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI pag. 8

1.4 INDICAZIONI ALL'UTILIZZO CLINICO pag. 9

### **CAPITOLO 2 – GLI EFFETTI DELLA CONTENZIONE**

2.1 PROBLEMI BIOETICI DELLE CONTENZIONI pag. 12

2.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON DEMENZA pag. 14

2.3 GLI EFFETTI SULLA QUALITA' DEL VISSUTO DEL PAZIENTE pag. 17

2.4 EVENTUALI COMPLICANZE E PROBLEMATICHE pag. 20

### **CAPITOLO 3 – RICERCA E UTILIZZO DI SOLUZIONI ALTERNATIVE**

3.1 PREVENZIONE pag. 22

3.2 STRATEGIE AMBIENTALI pag. 25

3.3 STRATEGIE RELAZIONALI CON IL PAZIENTE pag. 27

3.4 EMPOWERMENT DEL PERSONALE SANITARIO pag. 29

### **CAPITOLO 4 – REVISIONE DELLA LETTERATURA**

4.1 OBIETTIVI pag. 31

4.2 PICOM pag. 31

4.3 MATERIALI E METODI pag. 32

4.4 ANALISI DEI RISULTATI pag. 34

4.5 DISCUSSIONE pag. 36

**CAPITOLO 5 – CONCLUSIONI** pag. 45

### **BIBLIOGRAFIA**

### **SITOGRAFIA**

### **RINGRAZIAMENTI**

## **ABSTRACT**

### **BACKGROUND:**

L'uso delle contenzioni è una pratica comune e di routine per garantire la sicurezza dei pazienti nella realtà di ospedali e di case di cure, non solo in Italia ma in tutto il mondo. Tuttavia, questa pratica è spesso messa in discussione a causa delle sue ripercussioni fisiche, psicologiche, morali, etiche e legali. Le limitate conoscenze delle alternative alla contenzione fisica evidenziano la necessità di interventi formativi finalizzati alla revisione delle motivazioni che spingono all'utilizzo della contenzione, all'applicazione di linee guida, al miglioramento delle competenze infermieristiche per ridurre il ricorso alla contenzione attraverso strategie alternative.

### **OBIETTIVO:**

L'obiettivo di questa revisione sistematica è l'individuazione di strategie alternative all'uso delle contenzioni che possono essere messe in atto da parte del personale infermieristico per poter diminuire il ricorso alle contenzioni nei pazienti affetti da demenza.

### **MATERIALI E METODI:**

La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione della banca dati di PubMed, CINAHL, Google Scholar e siti Internet. I risultati sono stati ottenuti attraverso la ricombinazione delle seguenti parole chiave con l'operatore booleano "AND": physical restraint, physical restraint AND nurs\*, physical restraint AND quality of life, physical restraint AND dementia, physical restraint AND alternative strategies. È stato impostato un filtro di ricerca che comprende gli articoli disponibili negli ultimi 15 anni e soggetti >65 anni.

### **RISULTATI:**

In questo lavoro di revisione della letteratura si è deciso di ricercare e valutare l'efficacia di strategie alternative all'uso delle contenzioni. La letteratura fornisce un ampio elenco di metodi alternativi alla contenzione che riguardano per la maggior parte delle strategie ambientali che possono essere messe in atto da parte del personale infermieristico. Alcuni interventi consigliati sono: rimuovere i rischi, ovvero rimuovere

gli oggetti e le attrezzature che potrebbero causare lesioni e mantenere l'ambiente ordinato, posizionare il campanello per la chiamata in modo che sia comodo, posizionare gli interruttori delle luci in punti facilmente raggiungibili, predisporre un sistema antiscivolo sul pavimento, facilitare l'uscita in aree esterne sicure, chiudere a chiave le porte d'uscita, assicurarsi che la persona assistita abbia gli occhiali e gli apparecchi acustici quando possibile, in modo che possa interpretare l'ambiente. Fornire un'adeguata illuminazione diurna e notturna, dotare ogni stanza ad es. di calendario, orologio, condizioni meteorologiche della giornata per promuovere l'orientamento spazio-temporale. Attivare la sorveglianza periodica e collocare i pazienti in un'area in cui possono essere osservati frequentemente (stanze vicino alle postazioni infermieristiche). Favorire la compagnia individuale e l'osservazione costante (famiglia, caregiver, amici, volontari). Ridurre gli stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi (rumore, illuminazione, temperatura della stanza).

Sono stati inoltre identificati degli accorgimenti che l'infermiere può eseguire per evitare cambiamenti di comportamento nei pazienti affetti da demenza come: aumentare l'assistenza, valutare e controllare le situazioni che possono causare problemi nel comportamento del paziente, non far trascorrere troppo tempo a letto, limitarlo solo al riposo se possibile pianificare la somministrazione degli analgesici per diminuire il dolore e per migliorare l'insonnia, aiutare i soggetti ad orientarsi e allontanare tutte le cause fisiologiche di disturbo cognitivo.

#### CONCLUSIONI:

Da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le alternative alla contenzione fisica si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'uso e/o la durata dei mezzi di contenzione fisica. Esse, inoltre, hanno contribuito a ridurre di conseguenza tutti i danni diretti e indiretti provocati dalle restrizioni. Le alternative alla contenzione fisica portano un aumento del benessere e del comfort, un benessere fisico e psichico del paziente.

## INTRODUZIONE

Il termine contenzione indica un insieme di pratiche e strumenti utilizzati per limitare le possibilità di movimento di una persona ed il normale accesso al proprio corpo. La contenzione fisica in ambito ospedaliero è una pratica assai più frequente di quanto si possa ipotizzare. Si stima un ricorso alla contenzione fisica negli ospedali in 15.8% dei pazienti mentre nelle RSA la percentuale aumenta mostruosamente arrivando ad essere praticata al 68.7% dei residenti. I motivi alla base dell'utilizzo rappresentano nei 70% dei casi la prevenzione delle cadute associate a loro volta ad altre motivazioni come: impedire danni o lesioni che alterino l'integrità psico-fisica del paziente o di altre persone, necessità di garantire trattamenti terapeutici intensivi in pazienti che ostacolano involontariamente la somministrazione della terapia o che manomettono i dispositivi sanitari e agitazione psico-motoria del soggetto.

La contenzione non si limita solamente all'ambito psichiatrico ma molto spesso i soggetti a cui viene praticata sono gli anziani affetti da decadimento cognitivo. La contenzione dell'anziano incapace di autogestirsi è pratica corrente nelle istituzioni di ricovero, negli ospedali e nelle famiglie. La contenzione fisica è spesso considerata come un mezzo di "protezione" per la persona fragile, un modo per prenderci cura di lei ed evitare che cada, ma spesso le persone che convivono con la demenza vivono nel qui ed ora, non ricordano che abbiamo spiegato loro che non devono alzarsi, non sanno il motivo per cui qualcuno li ha contenuti. Aumenta l'ansia, l'agitazione e spesso viene rilevato un aumento dei comportamenti speciali, che va a peggiorare il suo stato di salute mentale e fisica.

L'unica ragione che può giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente. Vi sono evidenze che indicano l'inefficacia della contenzione fisica come intervento per la prevenzione delle cadute; anzi, il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica aumenta il rischio di caduta. Infatti, limitare la libertà di movimento comporta un indebolimento muscolare e riduce la funzione fisica, entrambi fattori di rischio di caduta.

L'infermiere, nell'ipotesi di un evidente rischio di caduta, anziché ricorrere alla contenzione, quando è possibile, deve introdurre soluzioni alternative come le modificazioni ambientali: diminuire l'altezza dei letti, assicurare un'adeguata illuminazione, eliminare dislivelli nei pavimenti, posizionare strisce antiscivolo nelle

stanze, modificare i sanitari, utilizzare calzature adeguate, utilizzare mutande trocanteriche per prevenire una frattura del femore, ecc. Alcuni accorgimenti riducono l'aggressività dell'ospite e possono diminuire la necessità di contenzione: l'ambiente dovrebbe essere dipinto con colori neutri, i quadri dovrebbero riprodurre motivi allegri e non lugubri, bisognerebbe mantenere calda la temperatura degli ambienti ed una musica dolce e "calmante" di sottofondo, bisognerebbe ridurre al minimo la mancanza di privacy e la convivenza forzata.

# CAPITOLO I – LA CONTENZIONE OGGI

## 1.1 DEFINIZIONE, TIPOLOGIA E CLASSIFICAZIONE

Le definizioni di “contenzione” in letteratura sono molteplici; in generale si intende un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all’individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. In psichiatria con tale termine ci si riferisca più precisamente a una misura coercitiva che limita la libertà di movimento, e ciò vale anche in ambito giuridico e in quello bioetico.

Una definizione di “contenzione”, che associa tale termine sia alle misure coercitive che alla limitazione della libertà di movimento, è quella del CMS (*U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services*);” Per contenzioni fisiche si intendono 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”

In letteratura il termine “contenzione” indica qualsiasi metodo utilizzato dallo staff per prevenire i conflitti e tentare di ridurre o evitare i danni che potrebbero derivarne (*Bowers, 2014*). Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come la restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto.

Una definizione più ampia comprende la “contenzione di polsi e caviglie, che permetta l’immobilizzazione del paziente a letto nella posizione supina, saltuariamente è necessaria l’applicazione di una fascia addominale (*Di Lorenzo et al., 2014*), utilizzando fascette, cinghie, lenzuoli contenitivi e tavoli avvolgenti.

È possibile individuare cinque tipologie di contenzione:

**a) meccanica**, che si ottiene con presidi applicati alla persona o usati come barriera nell’ambiente capaci di ridurre o condizionare i movimenti. A loro volta tali strumenti si possono suddividere in mezzi di contenzione:

- per il letto come le fasce di sicurezza al letto, costituite da una fascia imbottita che circonda la vita del soggetto e si fissa al letto con cinghie, utilizzate per pazienti confusi o agitati che non sono in grado di alzarsi e deambulare autonomamente;

- per la sedia come il corsetto con bretelle, un corpetto con spallacci regolabili che si adattano alla sedia o alla carrozzina consentendo la posizione eretta del tronco, utilizzato in soggetti che tendono a sporgersi dalla carrozzina, cadendo in avanti;
- per segmenti corporei come cinghie per caviglie e/o polsi, in schiuma di poliuretano con regolazione a velcro delle cinghie di tenuta e di ancoraggio, limita il raggio d'azione del paziente e sono utilizzate principalmente per coloro che non accettano trattamenti medici o che si auto lesionano.
- per una postura obbligata come il tavolino per carrozzina, fissato alla carrozzina tramite rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli, impedisce di sporgersi in avanti e costituisce un utile piano d'appoggio per il soggetto che, nel tentativo di alzarsi, può incorrere nel pericolo di cadute.

**b) fisica o manuale**, che consiste nell'uso della forza fisica da parte del personale sanitario al fine di bloccare il paziente, senza utilizzo di strumenti. Ipotizzabile nell'ambito di un rapporto di diretto confronto con il paziente, per fargli superare una situazione di crisi ma riconoscendo la sua soggettività e i suoi bisogni pur esternati in maniera convulsa e violenta. In tali situazioni, è dunque un comportamento di violenza minima, finalizzato solo ad evitare che il paziente si possa fare del male: crea una comunicazione extra verbale che aiuta a permettere di superare la situazione critica.

**c) chimica o farmacologica**, si ottiene con somministrazione di farmaci, che modificano il comportamento limitando o annullando la capacità motoria e di interazione dell'individuo. Vengono utilizzati sedativi o psicofarmaci, in particolare i «neurolettici», sia tipici (di vecchia generazione), che atipici (più recenti e con minori effetti collaterali). Poiché tali farmaci, se assunti in dosi eccessive hanno notevoli effetti collaterali (sopore, confusione, agitazione), questa metodica è ammissibile solo quando l'iniziativa abbia natura di intervento sanitario e sia parte essenziale della terapia. Nella pratica è tuttavia poco chiaro quando la somministrazione di certi farmaci debba qualificarsi come contenzione chimica e quando costituisca metodo di cura. Quando un farmaco è prescritto semplicemente come reazione al comportamento del paziente e non come parte di un ragionevole programma di cura, possiamo parlare di contenzione chimica.

La contenzione chimica può essere utilizzata insieme o in luogo della contenzione fisica ed è ordinariamente preceduta dalla contenzione manuale o meccanica che rende possibile la somministrazione dei farmaci.

**d) ambientale**, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitarne o controllarne i movimenti. A titolo esemplificativo si può pensare alla limitazione delle uscite dal reparto di degenza in predeterminate fasce orarie, a tenere chiuse a chiave le porte di accesso al reparto, al divieto di uscire dal reparto soli o accompagnati che sia, alla limitazione dei contatti con l'esterno fino all'isolamento in apposite stanze di degenza. Si tratta di una pratica alquanto diffusa.

**e) psicologica**, il concetto di "contenzione psicologica" è più esteso e meno determinato del concetto di "contenzione ambientale". Secondo il Pennsylvania Code; "Le restrizioni psicologiche comprendono quei regimi o programmi terapeutici che comportano la negazione di privilegi e di partecipazione ad attività". Ritirare a un paziente degli oggetti, impedirgli di svolgere alcune attività o negargli la possibilità di avere interazioni sociali come conseguenza della sua non-compliance o di qualche forma di disaccordo con lo staff, sono tutte forme di contenzione psicologica; talvolta tali misure assumono la forma del ricatto: si dice al paziente che saranno mantenute fino a quando non si comporta "bene", ossia, più precisamente, fino a quando il paziente non ottempera alle indicazioni dello staff.

In conformità con il Royal College of Nursing inglese, la contenzione psicologica "può includere dire continuamente alla persona di non fare qualcosa o che quello che vuole fare non è permesso, o che è troppo pericoloso. Può comprendere il privare una persona di scelte di vita, ad esempio dicendole a che ora andare a letto o alzarsi. La contenzione psicologica può anche comprendere la privazione di attrezzature o beni che si ritengono necessari per fare ciò che si vuole fare, ad esempio, togliere gli ausili per la deambulazione, gli occhiali, gli indumenti da esterno o tenere la persona in tenuta da notte con l'intenzione di impedirgli di uscire"



## **1.2 RIFERIMENTI NORMATIVI E LINEE GUIDA**

Dalla chiusura dei manicomi operata con la legge 180/1978 sono spariti gli unici riferimenti normativi all'unica tipologia di contenzione regolamentata nel nostro ordinamento: la contenzione fisica o meccanica (limitata al settore psichiatrico). Nella sostanza la normativa manicomiale prevedeva la contenzione - come evento eccezionale da utilizzarsi solo dietro "autorizzazione scritta del direttore o del medico dell'istituto" con indicata la natura e la durata dei mezzi di "coercizione" (sinonimo di contenzione).

Attualmente nel nostro ordinamento non c'è nessuna disposizione di legge che, esplicitamente o implicitamente, autorizzi l'uso di mezzi di contenzione meccanica, la quale tuttavia rappresenta ancora oggi un evento frequente in diversi contesti: dal dipartimento di salute mentale, ai reparti ospedalieri e alle residenze sanitarie assistenziali per anziani. L'intervento di contenzione può rischiare di rappresentare un provvedimento operativo che non tiene conto sufficientemente delle sue implicazioni sul piano della responsabilità dell'operatore sanitario nei confronti dell'osservanza al rispetto della Costituzione, delle norme del Codice penale, del Codice civile e del Codice etico e deontologico in tema di violazione di libertà individuale, di consenso alle cure e di tutela della salute. Per tutto questo la formazione dell'operatore sanitario deve prevedere la conoscenza adeguata sui criteri di utilizzo della pratica della contenzione e sulle linee guida che la regolano, al fine di poter valutare in modo sufficientemente adeguato le situazioni che potrebbero legittimarne l'impiego. L'adeguata formazione del personale rappresenta una delle maggiori misure per ridurre l'uso della contenzione stessa.

La decisione di mettere in pratica la contenzione è un atto medico non terapeutico a cui dover ricorrere quando necessario e, la scelta del trattamento prevede, da parte di chi lo prescrive, l'assunzione di responsabilità penale, civile o disciplinare. Allo stesso tempo l'operatore sanitario responsabile dell'applicazione della contenzione risponderà dell'uso corretto dei dispositivi e del controllo dei pazienti contenuti, in relazione a quanto previsto dalle regole della buona pratica clinica. Sarà compito del professionista, spesso infermiere, dettagliare accuratamente l'accaduto e rivalutare insieme al medico il perdurare delle condizioni che abbiano giustificato il ricorso alla contenzione.

Nel silenzio della legge è stata la giurisprudenza a delineare i principi giuridici e le condizioni di liceità e di illiceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione. Secondo la Cassazione la contenzione non è un "atto medico" (in quanto non cura) ed essendo un presidio di restrizione della libertà personale ha una mera funzione cautelare.

La legittimità dell'uso dei mezzi contenitivi viene – dai Supremi giudici - giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del Codice penale che recita testualmente:

*“Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo”*

Il pericolo attuale deve essere riscontrato in modo “puntuale e dettagliato” e non è ammissibile una contenzione preventiva. “L'inevitabilità altrimenti del pericolo” deve essere valutata in relazione a strumenti alternativi alla contenzione e la “proporzionalità del fatto” è relativa all'applicazione di presidi contenitivi rapportati alla prevenzione e alle cautele che si intendono adottare.

L'articolo 13 della Costituzione Italiana cita: “La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato delle autorità giudiziarie nei soli casi e modi previsti dalla legge”.

### 1.3 CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

Nel nuovo Codice Deontologico degli infermieri, pubblicato nel 2019, si dedica alle contenzioni l'articolo 35, che cita:

*“L’Infermiere riconosce che la contenzione non è 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 permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.”*

Il recentissimo codice deontologico della Fnopi risulta in linea con le dritte date dalla Cassazione riguardante i principi e i comportamenti relativi allo stretto confine della liceità dei mezzi di contenzione fisica/meccanica. Non entra nel merito della contenzione manuale, di quella farmacologica (nel codice del 1999 vi era un riferimento) e di quella ambientale. Un articolo che conferisce autonomia e un ruolo chiaro dell’infermiere a riguardo del paziente.

## 1.4 INDICAZIONI ALL'UTILIZZO CLINICO

I progressi della medicina e della salute nella seconda metà del ventesimo secolo hanno migliorato significativamente l'aspettativa di vita. Di conseguenza, la popolazione mondiale sta invecchiando progressivamente, tanto che le stime mostrano che l'invecchiamento della popolazione mondiale raggiungerà i due miliardi entro il 2050. L'invecchiamento è associato a molti diversi problemi di salute. La maggior parte delle persone anziane soffre di malattie croniche come ictus, cancro, diabete mellito, demenza e malattie cardiovascolari. Questi problemi richiedono frequenti ricoveri. Il ricovero è associato a molti eventi avversi e problemi di sicurezza diversi perché la maggior parte delle persone anziane soffre di cattive condizioni di salute, disturbi cognitivi e problemi funzionali e, quindi, è a rischio di caduta, rimozione dei dispositivi medici collegati al corpo, lesioni personali e ad altri. Al fine di ridurre al minimo questi rischi, gli operatori sanitari utilizzano spesso la contenzione fisica per limitare i movimenti del corpo dei pazienti.

Per definizione, la contenzione è "qualsiasi azione o procedura che impedisca il movimento del corpo libero di una persona verso una posizione a scelta e/o il normale accesso al proprio corpo mediante l'uso di qualsiasi metodo che sia attaccato o adiacente al corpo di una persona e che egli /non può controllare o rimuovere facilmente" (*Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP*). Questi metodi includono cinture (al polso, caviglia, petto, vita), sponde del letto e sedie. L'evidenza mostra che le PR (*physical restriction*) vengono utilizzate di routine negli ospedali (*Jiang H, Li C, Gu Y, He Y*) e le persone anziane ricevono contenzioni durante la degenza in ospedale tre volte di più rispetto ad altri pazienti ospedalizzati (*Detto AA, Kautz DD*).

Ci dovrebbero essere ragioni razionali per l'uso delle contenzioni. Le ragioni più importanti per l'uso delle contenzioni per gli anziani ospedalizzati sono i rischi di gravi lesioni a sé stessi o agli altri, caduta, squilibrio e rimozione delle connessioni di supporto vitale (come tubo endotracheale, cateteri ventricolari o cateteri arteriosi).

La contenzione non dovrebbe essere utilizzata per la gestione del delirio perché l'immobilità può aumentare il rischio di agitazione e lesioni (*Hazzard WR. Geriatria e gerontologia di Hazzard*). Inoltre, le contenzioni non dovrebbero mai essere utilizzate in caso di carenza di personale e inadeguatezza ambientale o per comodità del personale e

punizione del paziente. Le contenzioni dovrebbero essere utilizzate come ultima risorsa per garantire la sicurezza del paziente e quando i suoi vantaggi sono maggiori degli svantaggi e dei rischi associati. Infatti, i rischi associati all'uso delle PR dovrebbero essere soppesati rispetto ai rischi del non usarlo.

Gli operatori sanitari dovrebbero selezionare e utilizzare le migliori strategie in base all'ambiente circostante e alle condizioni socioculturali ed economiche. Un altro principio del processo decisionale per l'uso delle PR è quello di considerare le opinioni e le preferenze dei pazienti e delle loro famiglie. Hanno il diritto di conoscere le ragioni dell'uso delle PR, i suoi benefici e potenziali rischi. La maggior parte degli studi ha evidenziato che le PR dovrebbero essere utilizzate solo su prescrizione medica (*Associazione americana degli infermieri ANA*). In situazioni di emergenza in cui i medici potrebbero non essere accessibili, gli infermieri possono utilizzare le PR senza l'ordine del medico e il consenso delle famiglie, ma dovrebbero informare i familiari sulle condizioni dei pazienti il prima possibile. Tuttavia, le decisioni relative alle PR dovrebbero essere prese in collaborazione e dovrebbero essere prese in considerazione le opinioni di tutti i membri del gruppo sanitario.

I dispositivi e le attrezzature per l'attuazione della procedura di PR dovrebbero essere standard, confortevoli, sicuri e di dimensioni adeguate e dovrebbero essere realizzati con materiali morbidi e flessibili, in particolare plastica espansa o pelle di pecora. Inoltre, i dispositivi e le apparecchiature relative alle PR dovrebbero essere dotati di serrature facilmente apribili o nodi facilmente scioglibili, dovrebbero essere realizzati in varie dimensioni e dovrebbero essere utilizzati in base ai loro manuali utente. La procedura di PR dovrebbe anche essere implementata utilizzando procedure sicure e appropriate.

I seguenti punti dovrebbero essere presi in considerazione quando si implementa la procedura di PR:

- Il letto o la sedia del paziente devono essere bloccati e regolati all'altezza più bassa possibile.
- Il paziente deve essere posizionato in un corretto allineamento del corpo per prevenire lesioni neuro vascolari.
- In primo luogo, dovrebbero essere utilizzati dispositivi che applicano il livello più basso di immobilità. Esempi di questi dispositivi sono guanti e immobilizzatori per gomiti.
- I dispositivi PR dovrebbero essere appropriati per le dimensioni del paziente.
- La superficie corporea su cui viene applicato PR dovrebbe essere valutata regolarmente.
- PR non deve essere applicato su cateteri collegati al paziente.
- Al massimo due arti dovrebbero essere trattenuti in un dato momento e i quattro arti non dovrebbero mai essere trattenuti contemporaneamente.
- Le protuberanze ossee devono essere protette con cuscinetti per prevenire lesioni ai tessuti.
- I dispositivi PR devono essere collegati al letto in modo che si muovano liberamente insieme ai cambiamenti nell'altezza della testata del letto.
- I dispositivi PR non devono mai essere fissati saldamente perché possono ridurre il flusso sanguigno agli arti.
- I dispositivi PR devono essere fissati con nodi facilmente slegabili in modo da poter essere facilmente rimossi in situazioni di emergenza.

## **CAPITOLO II – GLI EFFETTI DELLA CONTENZIONE**

### **2.1 PROBLEMI BIOETICI DELLE CONTENZIONI**

L'uso di contenzioni fisiche è una pratica comune nella cura degli anziani ospedalizzati e istituzionalizzati. Questo uso è determinato da fattori legati ai pazienti, alle loro famiglie, agli operatori sanitari, all'istituzione e ai valori sociali prevalenti. Oggi, tuttavia, questa pratica è spesso messa in discussione a causa delle sue ripercussioni fisiche, psicologiche, morali, etiche e legali.

Come ribadisce anche il Comitato danese di Etica, nel documento intitolato “Power and powerlessness in psychiatry”, del 2012, rimane inalterato il principio che la coercizione rappresenta invariabilmente una violazione, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi. La consapevolezza di questa violazione, con la responsabilità che ne discende, dovrebbe guidare l'azione quotidiana degli operatori sanitari e costituire uno stimolo alle istituzioni per adottare in maniera improrogabile tutte le misure possibili per raggiungere l'obiettivo del superamento della contenzione.

Va ricordato inoltre che la contenzione costituisce un ostacolo alla relazione fra curante e curato, relazione che rimane il principale strumento terapeutico. Inoltre, il documento sostenendo il superamento della contenzione meccanica, confida in un cambio di cultura, concentrato su due pilastri: il riconoscimento della persona come tale, prima che come soggetto affetto da malattia; e di conseguenza, la visione del paziente come persona alla “pari” del personale medico, di pari diritti e di pari dignità.

Nel nostro Paese, in gran parte dei servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, la contenzione è pratica diffusa, come denuncia il Comitato Nazionale per la Bioetica. A distanza di molti decenni dalla riforma psichiatrica, e nonostante i molti appelli per il suo superamento, la contenzione risulta ancora essere utilizzata in modalità non “straordinaria”. Il CNB (“La contenzione: problemi bioetici”, 23 aprile 2015) raccomanda perciò alle Regioni e al governo di:

“- Incrementare la ricerca sulla contenzione in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda gli anziani che sono i soggetti più indifesi di fronte alle pratiche coercitive.

- Avviare un attento monitoraggio del fenomeno, a livello regionale ma anche nazionale. Ciò presuppone un'attenzione continua alla prassi quotidiana dei reparti: in particolare, si richiede agli operatori il dovuto rigore nel documentare i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura.
- Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale.
- Prestare la massima attenzione, ai tagli alla spesa sanitaria e sociale, a incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili.”

I mezzi di contenzione devono essere utilizzati solo nei casi di estrema necessità, cioè in presenza situazioni di eccezionale gravità nelle quali sussista un pericolo grave e attuale di condotte autolesive e/o nei confronti di altri, non altrimenti evitabile e gestibile. Devono altresì essere utilizzati solo per il tempo strettamente necessario, essere proporzionati alle circostanze nonché richiedere le modalità meno invasive possibile.



## **2.2 ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE CON DEMENZA**

L'invecchiamento della popolazione è associato a una maggiore prevalenza di deterioramento cognitivo e funzionale, che aumenta il numero di anziani dipendenti che devono essere assistiti negli ospedali e nei centri residenziali (Estévez-Guerra GJ *Restrizione Fisica*). Queste persone sono talvolta disorientate, agitate o erranti e possono presentare alterazioni posturali e/o un aumentato rischio di cadute. Queste numerose sfide sanitarie sono spesso gestite per mezzo di sistemi di contenzione fisica.

Il personale infermieristico è il principale praticante di contenzione fisica nelle case di cura e svolge un ruolo importante nel processo decisionale e nella gestione della contenzione. Gli operatori sanitari dovrebbero avere conoscenze e abilità adeguate alla valutazione del paziente, l'uso delle PR e la valutazione dei risultati delle PR. I programmi educativi relativi alle PR dovrebbero concentrarsi su strategie per la gestione efficace delle situazioni ad alto rischio al fine di ridurre al minimo la necessità di PR (Hazzard WR. *Geriatrics e gerontologia di Hazzard*).

Prima dell'uso delle contenzioni, gli operatori sanitari devono valutare il paziente previsto, eseguire l'esame clinico e raccogliere la sua storia medica completa. Nell'esame obiettivo e nella raccolta dell'anamnesi, le condizioni fisiche e mentali del paziente e la precedente storia di caduta devono essere valutate attentamente. Una volta contenuto il paziente deve essere trattato con umanità, preservando la sua dignità.

Il monitoraggio delle persone anziane con PR dovrebbe essere effettuato utilizzando un piano assistenziale regolare, completo e individualizzato, in cui le condizioni fisiche e mentali del paziente dovrebbero essere valutate regolarmente ogni 15-30 min. Nel monitoraggio fisico del paziente, le funzioni del sistema respiratorio (frequenza e ritmo respiratorio), del sistema cardiovascolare (frequenza e ritmo cardiaco, pressione sanguigna e riempimento capillare), del sistema tegumentario (colore, temperatura, ferita, edema), del sistema nervoso (senso e mobilità dei tessuti distali e livello di coscienza) e i cateteri collegati (se presenti) devono essere valutati attentamente (*J cura acuta Phys Ther.* 2015).

Nel monitoraggio dello stato mentale, il paziente dovrebbe essere valutato per i sintomi di paura, umiliazione, rabbia e aggressività. Inoltre, i bisogni di base relativi a nutrizione, idratazione, igiene ed eliminazione dovrebbero essere valutati e soddisfatti (*Fr. J Med Pract.* 2010) sulla base dei principi etici dell'uso delle PR, compreso il rispetto dell'autostima e della privacy. Alcuni studi raccomandano il monitoraggio delle persone anziane sotto PR utilizzando telecamere a circuito chiuso o osservazione diretta (*RNAO*); 2016.

Le restrizioni devono essere utilizzate per un breve periodo di tempo e sospese non appena viene eliminata la necessità da parte del paziente. Alcuni studi hanno riportato che le contenzioni per gli anziani non dovrebbero essere utilizzate per più di quattro ore (*Fr. J Med Pract.* 2010), e durante ogni ciclo di 2 ore di uso di PR, dovrebbe essere rimosso per 10-15 minuti e si dovrebbe valutare la risposta del paziente. In caso non ci fosse più il bisogno o in presenza di qualsiasi complicazione derivante dall'uso delle contenzioni, queste dovrebbero essere rimosse immediatamente. Uno studio ha rilevato che per la maggior parte dei pazienti, la PR non viene immediatamente rimossa dopo che l'agitazione è stata gestita e viene continuata senza alcun motivo razionale (*Syst Rev.* 2016).

Gli operatori sanitari dovrebbero anche monitorare i pazienti durante le 24 ore successive alla rimozione delle PR, monitorando eventuali complicazioni o morte correlate all'uso delle contenzioni.

L'evidenza mostra che uno scarso monitoraggio dei pazienti con PR può influire negativamente sulla sicurezza del paziente, aumentare la probabilità di errori medici e causare diverse complicazioni (*Australas J Invecchiamento.* 2016). Pertanto, si raccomanda a tutti gli operatori sanitari, in particolare agli infermieri, di prestare maggiore attenzione al monitoraggio del paziente durante l'uso delle PR.

Nell'assistenza al paziente contenuto è importante la documentazione da parte dell'infermiere di ogni decisione presa a riguardo. Tutte le misure di cura relative alle PR dovrebbero essere chiaramente documentate nelle cartelle cliniche del paziente (*Fr. J Med Pract.* 2010). La documentazione relativa alle PR dovrebbe includere:

- Motivi per l'uso di PR
- Prescrizione medica per la contenzione con dettagli sull'ora in cui la PR viene applicata e rimossa, il numero degli arti vincolati e il tipo di dispositivi utilizzati
- Il consenso del paziente, dei familiari o del caregiver per l'uso delle PR
- Condizioni fisiche e mentali del paziente prima, durante e dopo l'uso di PR
- Il processo di valutazione fisica e mentale prima, durante e dopo l'uso delle PR
- La risposta del paziente alla PR
- Qualsiasi lesione o morte dall'inizio dell'uso di PR fino a 24 ore dopo la sua rimozione

La documentazione delle misure terapeutiche e assistenziali nelle cartelle cliniche dei pazienti è una responsabilità professionale e legale di tutti gli operatori sanitari e le cartelle cliniche dei pazienti sono una fonte preziosa per un'erogazione di cure sicura e di qualità (*Rev Esc Enferm USP*. 2019).

Tuttavia, l'evidenza mostra che oltre il 70% degli operatori sanitari non documenta l'uso delle PR e la mancanza di documentazione sulle contenzioni nelle cartelle cliniche dei pazienti si traduce nella mancanza di qualsiasi evidenza per valutare la qualità e le complicanze dell'uso delle PR. Pertanto, sono necessari un'istruzione di qualità e una supervisione manageriale per promuovere la documentazione delle contenzioni.

## 2.3 EVENTUALI COMPLICANZE E PROBLEMATICHE

L'uso della contenzione fisica negli ambienti di cura è stato messo in discussione per vari motivi, uno dei quali è il rischio di complicazioni fisiche e/o psicologiche. Le conseguenze dell'utilizzo della contenzione fisica sono state ampiamente descritte in letteratura: la loro gravità e ripercussione sulla qualità della vita del soggetto sono tali da scoraggiarne l'uso. Secondo l'American Psychiatric Association i mezzi di contenzione vanno utilizzati per:

- Evitare un danno imminente ad altri (personale sanitario oppure degenti);
- Evitare un danno imminente al soggetto (qualora altri mezzi di controllo risultino inefficaci);
- Evitare gravi interruzioni al programma terapeutico o danni significativi all'ambiente

Secondo Gatsmans l'applicazione della contenzione fisica corrisponde spesso a una violazione sproporzionata del principio del rispetto dell'autonomia delle persone anziane (*Med. Sanità Filos.* 2013). Al fine di supportare in modo ottimale l'autosufficienza dei pazienti geriatrici, l'applicazione di metodi di contenzione fisica dovrebbe essere presa in considerazione solo in circostanze eccezionali, quando si pone un serio rischio per le persone anziane o per altri, o se i tentativi di evitare la contenzione fisica non hanno successo. Inoltre, il loro uso regolare è considerato un indicatore di scarsa qualità dell'assistenza e può anche riflettere abusi fisici o psicologici. Per tutti questi motivi, l'assenza di restrizioni fisiche, ove possibile, è raccomandata come standard di cura per i pazienti geriatrici (*Urrutia Beaskoa A.*).

Si è dimostrato che la contenzione è capace di aumentare il rischio di morbilità e di mortalità (*Lai et al., 2013*), ed aumenta il rischio di incidenti gravi e di morte, in particolare per i soggetti contenuti che presentano una disabilità (*Beghi et al., 2013*). Soggetti contenuti tendono ad avere durata dell'ospedalizzazione più elevata (fino a 13 giorni), maggiori episodi di ricovero e un numero più elevato di ricoveri involontari (*Knurtzen, et al. 2011*)

In letteratura ci sono diversi studi che riportano le lesioni collegate alla contenzione fisica ovvero quelle provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo, quali abrasioni, lacerazioni, strangolamento e quelle legate ad effetti indiretti della contenzione fisica, provocate dall'immobilità forzata a cui è costretto il paziente. La revisione di (Evans D. et al.) propone di suddividere le lesioni associate a contenzione fisica in due gruppi:

I danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione) e sono:

- Lesioni nervose: sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotolamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.
- Lesioni ischemiche: dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.
- Tromboembolia: la letteratura segnala il rischio di trombosi venosa ed embolia polmonare nei pazienti contenuti a lungo, anche in assenza di fattori di rischio preesistenti.
- Asfissia: si è identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. La persona rimane intrappolata nel dispositivo, o viene trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia.
- Morte improvvisa: in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.
- Ipertermia e sindrome neurolettica maligna

Dallo studio di Berzlanovich (2012) si riportano come conseguenze fisiche: abrasioni cutanee interessanti il petto ed il cavo ascellare, compressione del tessuto sottocutaneo con lesione dei nervi, fratture e morte per asfissia (che emerge dai reperti autoptici come

“causa di morte non chiara o innaturale”); lo studio identifica 26 decessi di soggetti contenuti, di cui 22 dovuti unicamente alla presenza della contenzione; i meccanismi di morte riportati sono tre: compressione toracica, strangolamento e sospensione a testa in giù.

I danni indiretti comprendono tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione). Tra i danni indiretti nei pazienti ospedalizzati si evidenzia che: è maggiore la durata del ricovero tra i soggetti contenuti rispetto ai non contenuti, aumenta la mortalità intraospedaliera, è maggiore l'istituzionalizzazione dopo la dimissione, aumentano le infezioni acquisite durante il ricovero e le cadute. Esiste una relazione tra la durata della contenzione e la comparsa di danni indiretti tra i soggetti ospedalizzati: le persone contenute per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e lesioni da pressione.

Nelle strutture residenziali la contenzione si associa a danni indiretti quali la diminuzione della mobilità, della cognitivtà e dei contatti sociali. È maggiore lo sviluppo di lesioni da pressione e la comparsa di incontinenza urinaria e fecale. I soggetti contenuti cadono quanto quelli non contenuti e le lesioni più gravi, conseguenti alle cadute, si verificano tra i contenuti. Gli effetti della contenzione continua o discontinua sulle conseguenze relative alle cadute e ha dimostrato che i residenti che sono contenuti continuativamente riportano lesioni più gravi.

## **2.4 GLI EFFETTI SULLA QUALITÀ DEL VISSUTO DEL PAZIENTE**

Oltre ai danni fisici, diretti o indiretti, certamente la contenzione fisica causa sofferenza psicologica. Non è difficile affermare che la contenzione fisica, anche nei soggetti con deficit cognitivo, rappresenta un'esperienza negativa. Il vissuto da parte dell'utente è innegabilmente provante a livello emotivo (Chaput et al., 2011) tanto che spesso questi interventi vengono vissuti come "disumani" e "umilianti".

L'uso di cinghie, in particolare coinvolgenti l'area del tronco, viene associato a senso di perdita della libertà e dell'autonomia, per totale assenza di controllo sull'ambiente fisico e per mancanza di comfort (Van der Schaaf et al., 2013), peggiora, inoltre, le relazioni sociali del soggetto (Berzlanovich, 2012) generando senso di impotenza (Bergk et al., 2011), colpendo pesantemente l'immagine di sé e l'identità del soggetto, aspetti fondamentali nella proiezione verso la guarigione.

Secondo Bergk, Flammera e Stienert (2010), l'insorgere nell'utente di sentimenti di umiliazione, punizione e trauma, costituisce non solo un problema di sicurezza, ma di lesione dei diritti fondamentali dell'uomo e di esperienza soggettiva di tensione.

Questo senso di violazione e di abuso dei diritti personali, associato a restrizione dell'autonomia e della partecipazione alle scelte nel proprio percorso terapeutico si manifestano tramite una insieme di emozioni quali: senso di non essere preso in carico, di non essere rispettato o ascoltato, di sentirsi svalutato e stigmatizzato (Sibitz et al., 2011). Cambierà il loro modo di vedere la vita e le persone, avranno problemi di fiducia, specialmente nei confronti dei medici, minando direttamente la relazione terapeutica e la fiducia del soggetto nei confronti dei servizi di sanità.

Sibitz et al. (2011) rimarca il forte effetto che la contenzione ha sulla generazione di uno stigma che il soggetto porterà dall'evento contenitivo in avanti, esponendosi a discriminazione all'interno della comunità; frequente è il senso di vergogna, d'insicurezza e l'evoluzione verso un atteggiamento ansioso e diffidente, con effetti negativi e permanenti sull'autostima ed il concetto di sé.

Vi sono, però, anche esperienze positive di individui che riconoscono la contenzione come un evento che è stato necessario all'interno della sua presa in carico da parte dei

sanitari, e rivedono l'ospedale come un ambiente sicuro, che ha offerto riparo da impulsi violenti contro terzi, tendenze suicide o autolesioniste.



## **CAPITOLO III – RICERCA E UTILIZZO DI SOLUZIONI ALTERNATIVE**

### **3.1 PREVENZIONE**

La letteratura riporta diverse strategie alternative all'uso della contenzione. La Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2012), ad esempio, ha sviluppato un modello di approccio alternativo all'uso della contenzione per la sicurezza della persona assistita. Il modello prevede tre fasi: la prima riguarda la valutazione della persona assistita e dell'ambiente e l'uso di interventi alternativi in grado di prevenire la contenzione; la seconda prevede interventi di gestione della persona assistita che presenta un disturbo del comportamento secondo pratiche di de-escalation e infine, la terza considera la contenzione come extrema ratio qualora gli interventi alternativi siano risultati inefficaci.

La valutazione delle caratteristiche clinico-assistenziali della persona assistita, che include il livello di orientamento, le abilità psicologiche e funzionali e i fattori ambientali, rappresenta il primo intervento efficace in grado di identificare fattori scatenanti l'uso della contenzione. Al momento della presa in carico della persona assistita come pure ad ogni rilievo del cambiamento delle condizioni clinico-assistenziali, è necessario effettuare una valutazione della persona assistita che comprenda l'accertamento infermieristico, l'anamnesi medica e la ricognizione farmacologica. L'anamnesi medica e l'accertamento infermieristico hanno lo scopo di identificare i fattori di rischio della persona assistita e di raccogliere le informazioni in grado di condizionare l'uso della contenzione.

I fattori predisponenti sono:

- Età avanzata (>80 anni)
- Alterazioni cognitive
- Difficoltà di comunicazione
- Incontinenza urinaria\fecale
- Precedenti episodi di caduta
- Disabilità
- Condizioni psichiatriche

- Comportamenti reattivi (aggressività, wondering, rischio di autolesione o ad altri, ecc.)
- Deficit della vista o dell'udito

Tra i fattori precipitanti ci sono:

- Delirium, demenza, deficit di memoria, patologie del SNC
- Diminuzione della mobilità, mancanza di ausili
- Stimoli ambientali (rumore, temperatura, ambiente estraneo, ecc.)
- Rischio di caduta
- Terapie farmacologiche
- Condizioni psichiatriche
- Interventi chirurgici
- Procedure diagnostiche e/o terapeutiche
- Bisogni insoddisfatti (ansia, paura, fame, sete, toilette, ecc.)

A seguito delle valutazioni di rischio effettuate, il personale sanitario deve informare la persona assistita e i suoi familiari/caregivers sul loro esito, sulle strategie alternative ritenute opportune e sulle eventuali azioni di contenzione intraprese o da intraprendere. È altresì necessario informarli in modo completo ed esaustivo sulla natura e sull'utilizzo dei mezzi di contenzione ed è opportuno consegnare e illustrare ai familiari/caregivers della persona assistita una scheda informativa sulla contenzione. I familiari/caregivers possono essere inoltre coinvolti, laddove disponibili, nella prevenzione dell'uso della contenzione, collaborando nell'adozione strategie finalizzate alla riduzione e al superamento delle situazioni di rischio individuate.

La prevenzione della contenzione richiede un approccio basato sulla consapevolezza della sua inefficacia e dannosità, che preveda il coinvolgimento dei professionisti in prima linea ma anche dell'intera organizzazione a tutti i livelli. Per diffondere una cultura che promuova l'assistenza libera da contenzione, le organizzazioni sanitarie devono:

- informare i professionisti sanitari e gli operatori dell'assistenza, le persone assistite, i familiari e caregivers sull'inefficacia della contenzione nella prevenzione delle cadute e dei comportamenti che mettono a rischio la sicurezza della persona assistita;
- sensibilizzare i professionisti e operatori dell'assistenza sul rischio potenziale di eventi avversi (anche gravi) che la contenzione può generare e sul rischio di violazione dei diritti fondamentali della persona, qualora non vi sia la reale necessità;
- supportare il personale nell'impiego di interventi alternativi alla contenzione e nell'implementazione di strategie di identificazione precoce dei soggetti a rischio, anche attraverso adeguati modelli organizzativi dell'assistenza;
- incentivare il superamento della medicina difensiva;
- promuovere il lavoro in gruppo multidisciplinare;
- svolgere interventi formativi che coinvolgano progressivamente tutti i professionisti sanitari;
- utilizzare l'audit come strumento di auto-valutazione della qualità delle cure;
- fornire adeguate dotazioni di risorse umane in relazione alla complessità dei setting assistenziali;
- identificare i rischi strutturali/ambientali;
- fornire le attrezzature e i materiali necessari per gli interventi alternativi (es: letti ad altezza variabile, attività diversive, sistemi di allarme, ecc.)

### **3.2 STRATEGIE AMBIENTALI**

In letteratura emergono una serie di strategie alternative all'uso delle contenzioni finalizzati a eliminare le cause sottostanti un comportamento rischioso, a adeguare l'ambiente di cura in base alle abilità cognitive e fisiche dell'individuo e a gestire il comportamento a rischio di contenzione per prevenire lesioni a sé e agli altri.

Si considera alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica (Micheal C. et al, 2002). La contenzione fisica, come già descritto nei capitoli precedenti, deve essere usata come fine ultimo, straordinario, dopo aver tentato qualsiasi tipo di misura alternativa.

L'impatto che l'ambiente può avere sullo stato di salute del soggetto, sul suo livello di ansia e le sue capacità di orientamento nello spazio, non è da sottovalutare. Generare un'atmosfera di reparto positiva, caratterizzata da bassi livelli di rabbia e aggressioni, ed alti livelli di prevedibilità riducono gli incidenti in ambito psichiatrico (Knutzen et al., 2014).

Alcuni interventi ambientali che possono essere messi in atto per prevenire la contenzione sono (Michael C. et al, 2002):

- Rimuovere i rischi, ovvero rimuovere gli oggetti e le attrezzature che potrebbero causare lesioni e mantenere l'ambiente ordinato
- Posizionare il campanello per la chiamata in modo che sia comodo
- Posizionare gli interruttori delle luci in punti facilmente raggiungibili
- Predisporre un sistema antiscivolo sul pavimento
- Facilitare l'uscita in aree esterne sicure
- Chiudere a chiave le porte d'uscita
- Assicurarsi che la persona assistita abbia gli occhiali e gli apparecchi acustici quando possibile, in modo che possa interpretare l'ambiente.
- Fornire un'adeguata illuminazione diurna e notturna.
- Dotare ogni stanza ad es. di calendario, orologio, condizioni meteorologiche della giornata per promuovere l'orientamento spazio-temporale.
- Attivare la sorveglianza periodica.

- Collocare i pazienti in un'area in cui possono essere osservati frequentemente (stanze vicino alle postazioni infermieristiche)
- Favorire la compagnia individuale e l'osservazione costante (famiglia, caregiver, amici, volontari).
- Ridurre gli stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi (rumore, illuminazione, temperatura della stanza)

Nei setting residenziali è dimostrato che nei pazienti con demenza, che presentano importanti disturbi del comportamento, si ottiene una riduzione della gravità e della frequenza delle manifestazioni comportamentali (e di conseguenza diminuisce il ricorso alla contenzione fisica) accogliendo questi soggetti in spazi appositamente strutturati, dove opera personale medico, infermieristico e socioassistenziale selezionato ed opportunamente formato. In particolare, questi setting si caratterizzano per il numero ridotto di ospiti (massimo 20) e un aumentato numero di operatori, tale da fornire per ciascun ospite 2.5 ore/die di assistenza infermieristica, 2.1 ore/die di attività occupazionali o riabilitative ed una visita medica geriatrica quotidiana.

L'ambiente fisico è strutturato tenendo conto di tutti gli elementi che possono contribuire a ridurre i deficit della memoria, fisici e comportamentali: gli stimoli rumorosi sono ridotti e i colori alle pareti tenui, inoltre sono utilizzati degli ausili visivi per facilitare l'orientamento (ad esempio indicare il bagno in modo chiaro anche con disegni).

### **3.3 STRATEGIE RELAZIONALI CON IL PAZIENTE**

Migliorare gli aspetti relazionali tra utenti e staff permette di ridurre gli episodi di aggressione e, di conseguenza, la necessità di ricorrere a strumenti contenitivi (Di Lorenzo et al., 2014). Le persone che svolgono la professione di cura hanno una grande responsabilità: facilitare e mantenere la costruzione della relazione comunicativa con il soggetto ricoverato. Il fallimento o la buona riuscita è nelle loro mani, non è colpa o merito del paziente che è in una condizione di debolezza e fragilità, deve essere accolto, accompagnato e guidato. Per tale motivo l'operatore sanitario dovrebbe essere un esperto comunicatore e un abile costruttore di legami.

Nello scambio comunicativo con una persona affetta da demenza, il primo passo è riconoscere e comprendere le difficoltà cognitive della persona che abbiamo di fronte per evitare di interpretare in modo inadeguato i feedback e attribuire intenzioni comunicative che non sono proprie della persona. Il quadro clinico delle persone con demenza risente globalmente dei deficit di linguaggio. I disturbi del comportamento sono più presenti in concomitanza di alterazione della comunicazione (Eva Eggenberger 2013).

Per comprendere meglio i comportamenti dell'assistito è fondamentale che ci si presenti con calma e pazienza, parlare in maniera pacata e con linguaggio semplice. Nei casi di demenza tardiva, dove il malato può non saper più comunicare verbalmente e può non riuscire più ad esprimersi, risulta più facile la comunicazione non verbale, cioè tramite oggetti o immagini. Anche per quanto riguarda il dimostrare affetto, nelle fasi tardive della malattia, il malato può non comprendere le parole amorevoli che gli riserviamo, bensì abbracci o gesti amorevoli gli danno sicurezza. È importante però lasciargli i suoi spazi, senza eccedere in gesti di affetto o in visite da parte di amici o conoscenti.

Tra i fattori relazionali vanno citati: l'ascolto empatico, lo stile accogliente, l'atteggiamento fermo, assertivo, ma non autoritario, la sospensione del giudizio, la trasparenza e chiarezza nella comunicazione delle regole, il coinvolgimento del paziente nel suo programma di cura, l'accompagnamento e l'empowerment da parte del personale, la valutazione degli elementi emotivi (ansia, depressione, frustrazione, irritabilità, disgusto, insoddisfazione e demotivazione) che diminuiscono la tolleranza

del personale verso elementi aggressivi, senza entrare necessariamente in conflitto, la valutazione degli stili comunicativi presenti nelle equipe e della presenza di eventuali modalità negative, giudicanti, squalificanti, che possono costituire uno stile di relazione aggressivo.

Un approccio rivoluzionario alla persona con demenza è stato il modello Gentlecare di Moyra Jones, detto anche approccio protesico, volto cioè a impostare per ciascun soggetto una "protesi di cura" allo scopo di compensare la perdita delle funzioni. Il modello nasce negli anni '60 dall'esperienza di vita della Jones, il cui padre si ammala di Alzheimer. Durante il decorso della malattia del padre, ha scelto di assisterlo in una maniera particolare che lei definisce "gentlecare" nel suo libro.

L'autrice ha compreso che il sistema era errato quando il padre, legato a letto, le chiese "perché?". Tale domanda scaturì in lei ulteriori quesiti, tra cui il domandarsi perché torturare così un essere umano. La Jones, con l'esperienza del padre, poi morto in ospedale, capì che servizi sanitari e modelli di cura compromettono la qualità della vita delle persone con demenza, creando anche malattie iatrogene, cioè causate dal trattamento, dall'ambiente, o altri fattori estranei alla demenza. Infatti, l'assistenza a cui aveva assistito lei con il padre, allontanava il paziente dalla famiglia, andando a suscitare e a peggiorare i sentimenti di angoscia e frustrazione del malato. Inoltre, comprese che l'incapacità di approcciarsi alla persona con Alzheimer soprattutto nelle attività sanitarie e di igiene, induce ad utilizzare mezzi aggressivi: la contenzione fisica, ambientale, farmacologica, psicologica. Queste pratiche sono il fallimento della cura stessa, non generano sicurezza ma disabilità, aggrediscono e rendono aggressivi i pazienti.

Al contrario, il modello Gentlecare si basa sull'unicità della persona, rendendola speciale ed unica insieme ai suoi caregiver; infatti, la Jones crede che sia indispensabile incoraggiare un adattamento dell'ambiente fisico e sociale in cui il paziente vive.

La valutazione globale della persona nel modello protesico si sviluppa in cinque passi: sull'identificazione del decorso specifico della malattia, sulla stima del livello di progressione della malattia, sulla conoscenza dei limiti della persona, sullo stato di salute dei caregiver e sull'impatto dell'ambiente.

### 3.4 EMPOWERMENT DEL PERSONALE SANITARIO

“L’empowerment è un processo dell’azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l’equità e la qualità di vita” (Wallerstein N. 2006). Questo approccio risulta essere anche un valido supporto di crescita professionale per gli infermieri; infatti, evita di avere professionisti meno gratificati ossia più suscettibile al burnout ed alla de-personalizzazione (Guo et al. 2016) che portano ad approcci meno premurosi e privi di un coinvolgimento emotivo eccessivo e disfunzionale, a favore di una maggiore conoscenza del paziente.

L’empowerment per gli operatori può essere costituito da tre componenti:

- un posto di lavoro che ha le strutture necessarie per promuovere l’empowerment
- la convinzione psicologica nella propria capacità di essere autonomi,
- il riconoscimento che vi è il potere nelle relazioni e la cura che gli operatori forniscono

Una comprensione più approfondita di queste tre componenti può aiutare gli operatori a diventare autonomi e capaci di utilizzare il loro empowerment per la migliore assistenza al paziente (Manojlovich, 2007).

L’empowerment del gruppo di lavoro condiziona fortemente quello del paziente non solo perché i servizi orientati alla riabilitazione e recovery (e quindi all’empowerment) necessitano di professionisti che credono di poter fare in positivo la differenza, ma soprattutto perché, come afferma Blanchard (2007) “un personale deresponsabilizzato e trattato scorrettamente non si fa carico di aver cura del paziente e con il tempo, ostacola il conseguimento dei risultati voluti”.

Sulla base di questi risultati di ricerca la teoria dell’empowerment suggerisce che dando alle persone la possibilità di una partecipazione attiva sul posto di lavoro, li avrebbe aiutati a superare sentimenti di impotenza, e di impotenza appresa, e quindi di riattivare le proprie competenze nascoste attivamente per far fronte allo stress e ai rischi per la salute.

Per quanto riguarda la correlazione tra la qualità di vita e lavoro, si può presumere che affrontare lo stress sul lavoro in modo più adeguato non solo ridurre gli effetti negativi dello stress sulla salute, ma anche aumenta la soddisfazione personale dalle condizioni



di lavoro e l'identità istituzionale del personale.

In uno studio di Svediene et al (2009), il livello di formazione degli infermieri influenza la percezione degli infermieri sulla loro competenza e l'uso della competenza nella pratica. L'empowerment degli operatori è stato identificato come un attributo importante, che è essenziale per il funzionamento efficace di un'organizzazione.

Nell'ottica dell'uso delle contenzioni la formazione del personale è di fondamentale importanza sia per quanto attiene agli interventi di prevenzione sia nella adeguata gestione dell'intervento. Gli organismi aziendali competenti per la formazione del personale devono prevedere eventi formativi per tutto il personale coinvolto. Il programma formativo deve prevedere, tra l'altro:

- Il riconoscimento dei fattori di rischio;
- L'approccio multidisciplinare nelle attività di prevenzione e adozione di tecniche alternative alla contenzione;
- Modalità di contenzione e rischi clinici associati ai dispositivi di contenzione;
- Aspetti legali, etici e di responsabilità professionale.

## CAPITOLO IV – REVISIONE DELLA LETTERATURA

### 4.1 OBIETTIVI

L'obiettivo di questo elaborato di tesi è di condurre una revisione sistematica della letteratura per articoli che indagano sugli effetti della contenzione nella qualità di vita dell'anziano affetto da demenza, eventuali complicanze e problematiche e l'assistenza infermieristica nei confronti del paziente geriatrico sottoposto all'uso delle contenzioni. In seguito, la ricerca si concentra su articoli che riportano interventi e possibili strategie efficaci alternative alla contenzione fisica per ridurre il suo impiego e la durata di utilizzo di queste ultime. Inoltre, grande attenzione è dedicata all'empowerment degli infermieri, che ha indirettamente un ruolo importante nella qualità dell'assistenza rivolta ai pazienti ricoverati in strutture ospedaliere o strutture sociosanitarie residenziali.

### 4.2 PICOM

Per poter costruire le stringhe di ricerca è stata utilizzata la metodologia PICOM, andando ad escludere il confronto con altri tipi di interventi.

P	PAZIENTE/POPOLAZIONE	Pazienti geriatrici affetti da demenza sottoposti all'uso delle contenzioni
I	INTERVENTI	Strategie alternative alle contenzioni
C	CONFRONTO	/
O	OUTCOME	Riduzione dell'impiego delle contenzioni, considerando gli aspetti negativi che apportano al paziente
M	METODO	Revisione della letteratura
	QUESITO DI RICERCA	Quali sono le strategie alternative all'uso delle contenzioni che l'infermiere può mettere in atto nell'assistenza al paziente geriatrico affetto da demenza?

### 4.3 MATERIALI E METODI

Per poter dare una risposta al quesito di ricerca è stata condotta una revisione della letteratura partendo dalla definizione della contenzione, le varie tipologie di quest'ultima, le indicazioni sull'uso clinico e ci si è soffermati anche sull'aspetto normativo e deontologico relativo al loro utilizzo da parte del personale infermieristico e medico. In seguito, si è affrontato il problema delle contenzioni, considerando l'aspetto bioetico e l'insorgenza di eventuali complicanze che possono riguardare il paziente affetto da demenza sottoposto a contenzione fisica, ma anche il personale infermieristico. Infine, basandosi sulla letteratura scientifica disponibile si è ricercato delle possibili alternative alle contenzioni, che possono essere messe in atto da parte del team infermieristico per poter ridurre l'uso delle contenzioni sui pazienti ricoverati affetti da demenza.

La ricerca è stata svolta analizzando la letteratura scientifica attraverso l'uso di Internet. La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione della banca dati di PubMed, CINAHL, Google Scholar e siti Internet.

Le ricerche si sono svolte attraverso sia l'uso di stringhe di ricerca, sia attraverso l'uso di parole libere.

Le parole chiave utilizzate sono state le seguenti:

- Physical restraint
- Physical restraint AND nurs\*
- Physical restraint AND dementia
- Physical restraint AND quality of life
- Physical restraint AND alternative strategies

<b>Banca dati</b>	<b>Parola chiave</b>	<b>Limiti</b>	<b>Risultati</b>
PubMed	Physical restraint AND nurs*	Ultimi 15 anni	253
PubMed	Physical restraint AND quality of life	Ultimi 15 anni	73
PubMed	Physical restraint AND dementia	Ultimi 15 anni	59
PubMed	Physical restraint AND alternative strategies	Ultimi 15 anni	18
PubMed	Physical restraint	Ultimi 15 anni	2092

Per la ricerca sono stati adoperati i seguenti criteri di inclusione:

Popolazione	Pazienti affetti da demenza sottoposti a contenzione
Intervento	Strategie alternative all'uso delle contenzioni
Indicatori di esito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riduzione dell'uso delle contenzioni</li> <li>• Miglioramento della qualità di assistenza</li> <li>• Prevenzione di complicanze legate all'uso di contenzione</li> </ul>
Caratteristiche degli studi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letteratura pubblicata negli ultimi 15 anni</li> <li>• Lingua principalmente inglese</li> <li>• Soggetti +65 anni</li> <li>• Articoli full text</li> </ul>

## 4.4 ANALISI DEI RISULTATI

In questo lavoro di revisione della letteratura si è deciso di ricercare e valutare l'efficacia di strategie alternative all'uso delle contenzioni. Si considera alternativo alla contenzione qualsiasi intervento utilizzato al posto di un dispositivo di contenzione, o che riduce il bisogno di contenzione fisica.

In alcuni degli articoli selezionati, oltre ad una presentazione generale del problema delle contenzioni, si è trovato la risposta al quesito di ricerca impostato. La letteratura fornisce un ampio elenco di metodi alternativi alla contenzione che riguardano per la maggior parte delle strategie ambientali che possono essere messe in atto da parte del personale infermieristico.

Alcuni interventi ambientali che possono essere messi in atto per prevenire la contenzione sono:

- Rimuovere i rischi, ovvero rimuovere gli oggetti e le attrezzature che potrebbero causare lesioni e mantenere l'ambiente ordinato
- Posizionare il campanello per la chiamata in modo che sia comodo
- Posizionare gli interruttori delle luci in punti facilmente raggiungibili
- Predisporre un sistema antiscivolo sul pavimento
- Facilitare l'uscita in aree esterne sicure
- Chiudere a chiave le porte d'uscita
- Assicurarsi che la persona assistita abbia gli occhiali e gli apparecchi acustici quando possibile, in modo che possa interpretare l'ambiente.
- Fornire un'adeguata illuminazione diurna e notturna.
- Dotare ogni stanza ad es. di calendario, orologio, condizioni meteorologiche della giornata per promuovere l'orientamento spazio-temporale.
- Attivare la sorveglianza periodica.
- Collocare i pazienti in un'area in cui possono essere osservati frequentemente (stanze vicino alle postazioni infermieristiche)

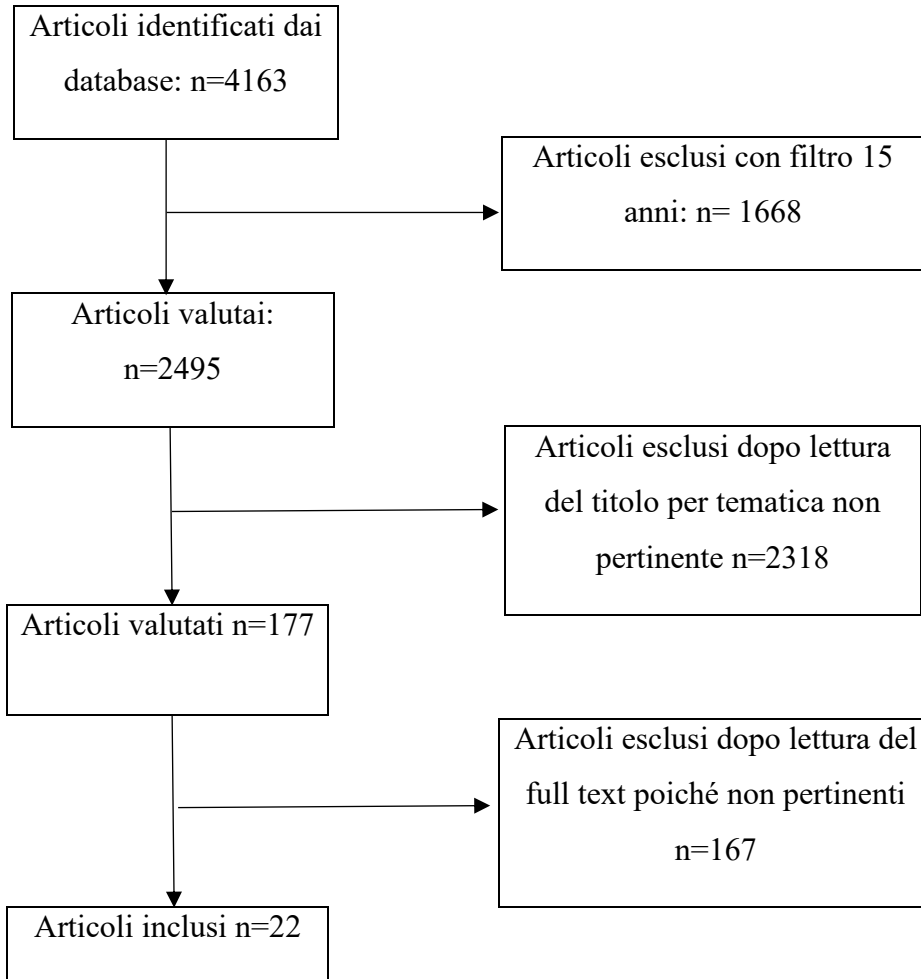
- Favorire la compagnia individuale e l'osservazione costante (famiglia, caregiver, amici, volontari).
- Ridurre gli stimoli ambientali eccessivi o fastidiosi (rumore, illuminazione, temperatura della stanza)

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica al paziente affetto da demenza, la letteratura suggerisce di:

- Aumentare l'assistenza
- Valutare e controllare le situazioni che possono causare problemi nel comportamento del paziente
- Non far trascorrere troppo tempo a letto, limitarlo solo al riposo se possibile
- Pianificare la somministrazione degli analgesici per diminuire il dolore e per migliorare l'insonnia
- Aiutare i soggetti ad orientarsi
- Allontanare tutte le cause fisiologiche di disturbo cognitivo

## 4.5 DISCUSSIONE

Di seguito è riportato il diagramma di ricerca per la selezione degli articoli.



Nelle pagine successive sono state inserite le tabelle riassuntive dei risultati.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis	Lorenzo RD, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2014	Studio osservazionale retrospettivo	Pazienti sottoposti a contenzione	. Lo scopo di questo studio era di descrivere la frequenza dell'uso della contenzione meccanica in un reparto acuto e di analizzare quali variabili potrebbero aver influenzato significativamente l'uso di questa procedura	Disturbi neuro cognitivi, comorbilità organica, stato obbligatorio e lunga durata del ricovero erano statisticamente significativamente correlati all'aumento dell'uso della contenzione
The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies	Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 16	Revisione sistematica e metanalisi di studi sperimentali	Pazienti anziani sottoposti a contenzione fisica	Gli obiettivi di questa revisione sistematica sono valutare l'efficacia di una formazione educativa o di un programma multicomponente: (1) nel prevenire l'uso delle PR nelle case di cura e (2) nel modificare (aumentare o diminuire) il tasso di cadute e cadute dei pazienti -lesioni correlate.	I risultati hanno mostrato una tendenza significativa a favore dell'intervento nel tempo e l'intensità dell'uso delle PR tende a diminuire. La revisione indica che i programmi educativi e altri interventi supplementari dovrebbero essere efficaci, ma la definizione operativa eterogenea dei vincoli fisici può rendere difficile la generalizzazione dei dati.



Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care	Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16	Revisione sistematica	Pazienti anziani sottoposti a contenzione fisica	Valutare l'efficacia degli interventi per prevenire e ridurre l'uso di contenzioni fisiche nelle persone anziane che necessitano di assistenza infermieristica a lungo termine (sia in assistenza infermieristica di	Gli studi hanno rivelato risultati incoerenti. Non ci sono prove sufficienti a sostegno dell'efficacia degli interventi educativi rivolti al personale infermieristico per prevenire o ridurre l'uso di contenzioni fisiche nell'assistenza geriatrica a lungo termine.
Physical Restraint Use with Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals	Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzelíková Pogránýivá A, Penelo E Nurs Res. 2018 Jan/Feb	Studio multicentrico o descrittivo trasversale	Pazienti anziani sottoposti a contenzione fisica	Lo scopo della ricerca era quello di determinare le situazioni in cui il personale infermieristico considerava l'uso della contenzione fisica come più importante e di valutare le possibili associazioni con le variabili sociodemografiche e professionali.	Sia gli infermieri registrati che gli assistenti infermieristici consideravano la contenzione la cosa più importante nella prevenzione delle cadute e nella rimozione di dispositivi medici come le linee endovenose e i cateteri urinari

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Deaths due to physical restraint	Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W Dtsch Arztebl Int. 2012 Jan	Studio retrospettivo	Pazienti anziani sottoposti a contenzione fisica	Hanno analizzato tutti i casi di morte sotto contenzione fisica registrati nei rapporti dell'autopsia dell'Istituto di medicina legale di Monaco dal 1997 al 2010.	Tra il 1° gennaio 1997 e il 31 dicembre 2010, l'Istituto di medicina legale di Monaco ha eseguito un totale di 27.353 autopsie su richiesta della procura dello Stato e dell'autorità amministrativa. Ventisei dei defunti all'epoca erano stati trattenuti con cinghie di morte
Staff perception and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards.	De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. M. (2011)	Studio retrospettivo	Pazienti anziani sottoposti a contenzione fisica	Questo studio ha esaminato se le percezioni del personale sui fattori relativi al team di assistenza e alla violenza nel reparto predicessero l'uso dell'isolamento e della contenzione nei reparti.	Le analisi bivariate hanno mostrato che alcuni aspetti del clima del team, la percezione dell'aggressività del personale e i fattori organizzativi erano associati a un maggiore uso di isolamento e moderazione.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, interruzione dei trattamenti e l' aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo	Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P, Centro Studi EBN maggio 2008	Trial randomizzato controllato	Paziente con demenza senile e disorientamento cognitivo	L' obiettivo della ricerca è di verificare se esistono evidenze che dimostrino l' efficacia di un trattamento piuttosto che l' altro rispetto agli outcomes indicati, ivi compresa la prevenzione delle cadute.	I risultati confermano che la contenzione fisica rimane una comune pratica nelle unità psicogeriatriche. Non ci sono evidenze che supportano la validità delle contenzioni riguardo al controllo e il decadimento cognitivo, nei pazienti con malattia mentale.
Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China.	Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M., & Liu, Y. (2016).	Trial randomizzato controllato	Infermieri a rischio di burnout	Lo scopo di questo studio è indagare sullo stato dell'empowerment strutturale, dello stress lavorativo e del burnout in Cina ed esplorare le relazioni tra di loro.	Gli infermieri del personale hanno ritenuto che l'empowerment strutturale nel loro posto di lavoro portasse a livelli più bassi di stress lavorativo che a loro volta hanno fortemente influenzato il burnout.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future". OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing	Manojlovich, M. (January 31, 2007).	Revisione sistematica	Infermieri a rischio di burnout	Questo studio mirava a indagare la percezione dell'empowerment e dell'intenzione di turnover dei quadri infermieristici prima e dopo l'attuazione di un'importante riforma del sistema sanitario a Cipro.	L'empowerment dei manager infermieristici è importante poiché studi precedenti hanno dimostrato che è associato alle prestazioni sul lavoro e può avere un impatto sulla loro intenzione di turnover.
Competence of general practice nurse caring for patients with mental health problems in the somatic departments	Švedienė L, Jankauskienė L, Kušleikaitė M, Razbadauskas A. 2009.	Studio quantitativo	Infermieri di medicina generale	L'obiettivo di questo studio è indagare la competenza degli infermieri di medicina generale che si prendono cura di pazienti con problemi di salute mentale nei dipartimenti somatici	Circa il 45,0% degli infermieri di medicina generale sapeva come prendersi cura dei pazienti con problemi di salute mentale, da 1,6 a 21. Il 9% non aveva conoscenze e il resto ha riferito di avere solo conoscenze moderate (28,1-64,1%).

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Empowerment, engagement, and perceived effectiveness in nursing work environment: does experience matter?	Laschinger HKS, Wilk P, Cho J, Greco P. (2009). Journal of Nursing Management 17	Articolo di rivista infermieristica	Infermieri a rischio burn out	L' articolo esamina l'impatto delle condizioni di lavoro responsabilizzanti sull'impegno e sull'efficacia del lavoro degli infermieri e abbiamo confrontato le differenze tra queste relazioni tra neolaureati e infermieri esperti.	Il coinvolgimento è un meccanismo importante attraverso il quale l'empowerment influenza i sentimenti di efficacia degli infermieri. I manager devono essere consapevoli del ruolo dell'empowerment nel promuovere l'impegno e l'efficacia del lavoro e gli effetti differenziali sui neolaureati e sugli infermieri più esperti.
L' utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza.	Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, et al. 2016	Indagine multicentrica di prevalenza	Infermieri che lavorano in ospedali e RSA	Lo scopo dello studio è quello di identificare le motivazioni, gli atteggiamenti, i valori e i sentimenti degli infermieri in merito alla pratica della contenzione fisica e i fattori ostacolanti o favorevoli il suo ricorso.	Lo studio ha messo in luce il conflitto vissuto dagli infermieri rispetto all' attuazione della contenzione fisica, soprattutto quando viene impiegata come intervento ordinario. Nonostante la presenza di fattori ostacolanti la riduzione del suo ricorso è emersa la necessità e la volontà degli infermieri di mettere in atto tutte le possibili strategie alternative.

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use	Rose L, Dale C, Smith OM, Bury L, Enright G, Fergusson D, Sinha S, Wiesenfeld L, Sinuff T, Mehta S.	Revisione sistematica	Pazienti sottoposti ad uso delle contenzioni fisiche	La revisione sistematica sintetizza le prove sulla contenzione fisica negli adulti in condizioni critiche con l'obiettivo primario di identificare strategie di minimizzazione efficaci.	I risultati della revisione sistematica producono linee guida aggiornate sull'uso della contenzione fisica per adulti in condizioni critiche. Ciò promuoverà la sicurezza dei pazienti e dei medici fornendo uno strumento per promuovere un uso minimo e sicuro della contenzione fisica.
Safewords: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. Journal of psychiatric and mental health nursing	Bowers L. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014 Aug;21	Revisione sistematica	Pazienti sottoposti ad uso delle contenzioni fisiche	L' obiettivo di questo modello è di descrivere in modo sistematico e dettagliato, mostrando come questo può essere utilizzato per elaborare strategie per promuovere la sicurezza dei pazienti e del personale.	Gli interventi del personale possono modificare i processi riducendo i fattori che originano il conflitto, prevenendo l'insorgere di punti di infiammabilità, scegliendo di non utilizzare il contenimento e assicurando che l'uso del contenimento non porti a ulteriori conflitti

Articolo	Autore/i – rivista – anno	Tipo di articolo	Caratteristiche e dei partecipanti	Obiettivo	Risultati
Physical restraints in geriatric care: attitudes of nurses, patients, and their families	Haut A, Böther N, Franke N, Hartmann H. et al Pflege Z. 2007 Apr;60	Revisione sistematica	Infermieri che assistono pazienti geriatrici	Gli atteggiamenti degli infermieri influenzano le decisioni sulle contenzioni fisiche. È stata condotta un'analisi della letteratura sull'atteggiamento degli infermieri, dei pazienti e delle loro famiglie nei confronti dell'uso della contenzione fisica negli anziani	La conoscenza degli atteggiamenti degli infermieri, dei pazienti e dei loro familiari è indispensabile per lo sviluppo di interventi alternativi. La dignità dei pazienti e il loro diritto alla libertà e alla circolazione devono essere rispettati e protetti.
La contenzione fisica	Pietro Dri, Nicoletta Scarpa, gennaio 2012, Italia	Revisione sistematica	Pazienti sottoposti a contenzione fisica	L'obiettivo di questa revisione è giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione sui pazienti.	La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

## **CAPITOLO V - CONCLUSIONE**

Da quanto emerso da questa revisione bibliografica, le alternative alla contenzione fisica si sono dimostrate efficaci nel ridurre l'uso e/o la durata dei mezzi di contenzione fisica. Esse, inoltre, hanno contribuito a ridurre di conseguenza tutti i danni diretti e indiretti provocati dalle restrizioni.

Le alternative alla contenzione fisica portano un aumento del benessere e del comfort, un benessere fisico e psichico del paziente. La letteratura evidenzia svariate strategie che mirano al potenziamento del soggetto e del personale sanitario, per migliorare l'organizzazione del servizio, applicare adeguati strumenti relazionali e valorizzare il clima terapeutico. Grande importanza viene associata all'empowerment del personale infermieristico che promuove l'impegno e l'efficacia del lavoro da loro svolto.

Senza dubbio in tutti gli articoli presi in considerazione la contenzione viene considerata una pratica da evitare quando possibile in tutti i contesti sanitari in quanto non ci sono evidenze che supportano la validità delle contenzioni riguardo al controllo e il decadimento cognitivo, nei pazienti con malattia mentale e demenza. È necessario che gli operatori siano consapevoli del carattere di estrema necessità o di urgenza di tale pratica, e che bisogna ricorrervi solo dopo che si siano tentati trattamenti e interventi alternativi.

In conclusione, va sottolineata l'importanza di prevedere dei percorsi formativi che rendano i professionisti sanitari consapevoli dei vari metodi alternativi alla contenzione e gli effetti positivi che possono portare al paziente e all'organizzazione. Ciò comporta una revisione dell'organizzazione del lavoro da parte delle aziende per rendere possibile una valutazione iniziale più curata, un'applicazione di interventi alternativi e un monitoraggio più specifico.



## BIBLIOGRAFIA

1. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int.* 2012 Jan;109(3):27-32
2. Blanchard K., 2007. *La leadership per l'eccellenza.* Sperling & Kupfer. Milano
3. Bowers, L. (2014). Safewords: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*,21: 499-508
4. Brugnolli A, Canzan F, Mortari L, Saiani L, Ambrosi E, Debiasi M. The Effectiveness of Educational Training or Multicomponent Programs to Prevent the Use of Physical Restraints in Nursing Home Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Experimental Studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 16;17(18):6738
5. Cappuccio R, Granatello J, Pizzuto M, Chiari P. La contenzione fisica e la sedazione farmacologica per la prevenzione delle cadute, l'interruzione dei trattamenti e l'aggressività nei pazienti con demenza senile e disorientamento cognitivo. *Centro Studi EBN.* 2008
6. De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M. P., Létourneau, G., Tran, M. M. (2011). Staff perception and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric services*, \_62: 484-491
7. 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 & epidemiology in mental health*, \_10: 94.102.
8. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzelíková Pogrányivá A, Penelo E. Physical Restraint Use with Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. *Nurs Res.* 2018 Jan/Feb;67(1):55-59
9. Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M., & Liu, Y. (2016). Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China. *Appl Nurs Res*, 31, 41-45. doi: 10.1016/j.apnr.2015.12.007

10. Haut A, Böther N, Franke N, Hartmann H. Freiheitseinschränkende Massnahmen in der geriatrischen Pflege: Haltungen Pfleger, Betroffener und Familienangehöriger [Physical restraints in geriatric care: attitudes of nurses, patients and their families]. *Pflege Z.* 2007 Apr;60(4):206-9.
11. Jones M. (2013),” Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l’Alzheimer
12. Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S. et al. (2014). Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint- A register study in the Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatric research*, \_215: 127-133.
13. Lai, C., Chow, S., Suen, L., Wong, I. (2013). Reducion of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial. *Asian journal of gerontology & geriatrics*, \_8: 1.
14. Laschinger HKS, Wilk P, Cho J, Greco P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environment: does experience matter? *Journal of Nursing Management* 17
15. Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses’ decision to restrain. The association between empowerment and individual factors. *Journal of psychosocial nursing*, \_47: 9.
16. Lorenzo RD, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2014 Oct 3; 10:94-102
17. Manojlovich, M. (January 31, 2007). "Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* Vol. 12 No. 1
18. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;2011

19. Rose L, Dale C, Smith OM, Burry L, Enright G, Fergusson D, Sinha S, Wiesenfeld L, Sinuff T, Mehta S. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Syst Rev.* 2016
20. Scarpa N. La contenzione fisica. In: *Quesiti clinico - assistenziali*. Milano: Zadig; 2012.
21. Švedienė L, Jankauskienė L, Kušleikaitė M, Razbadauskas A. 2009. Competence of general practice nurse caring for patients with mental health problems in the somatic departments. *Medicina (Kaunas)* 45(10), 822-829
22. Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, et al. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: Indagine multicentrica di prevalenza.

## SITOGRAFIA

Accesso ai dati da agosto 2022 a ottobre 2022

1. URL:[http://valoreinrsa.it/images/strumenti\\_di\\_lavoro/contenzioni/Bestpratiche\\_contenzione\\_1\\_2002.pdf](http://valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/contenzioni/Bestpratiche_contenzione_1_2002.pdf)
2. URL:[http://www.governo.it/bioetica/pareri\\_abstract/Lacontenzioneprobblemibioetici.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/Lacontenzioneprobblemibioetici.pdf)
3. URL:<https://123dok.org/article/contenzione-paziente-contenzione-responsabilit%C3%A0-sanitaria.6zk04wmy>
4. URL:<https://amsacta.unibo.it/5592/1/Elaborato%20sottoprogetto%20Prof.%20Canestrari.pdf>
5. URL: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-detlinee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>
6. URL:<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=426131>
7. URL: <https://infermiereonline.it/contenzione-fisica-nelle-persone-assistite/>
8. URL: <https://infermieriattivi.it/salute/raccomandazioni/5304-2021-la-prevenzione-della-contenzione-buone-pratiche.html>

9. URL: <https://infermieristicamente.it/articolo/15209/contenzione-paziente-chi-decide,-il-medico-o-l-infermiere?-e-quando-e-possibile>
10. URL: <https://nursetimes.org/lempowerment-processo-crescita-infermieristico/25740>
11. URL: <https://opiaq.it/eventi/contenere-la-contenzione-la-buona-prassi-fra-etica-diritto-e-responsabilita-sulomona-aq-26-ottobre-2019/>
12. URL: <https://www.assocarenews.it/specialisti/wound-care-e-lesioni-cutanee/wound-care-e-assistenza-infermieristica-a-paziente-con-lesioni-cutanee-da-contenzioni>
13. URL: <https://www.ats-brianza.it/images/contenzione/Eliminare%20la%20contenzione.pdf>
14. URL: <https://www.bioeticanews.it/cnb-legare-pazienti-psichiatrici-e-anziani-viola-diritti-persona/>
15. URL: <https://www.infermieritalia.com/2015/12/16/rischi-e-lesioni-correlate-alla-contenzione-fisica/>
16. URL: <https://www.nurse24.it/infermiere/la-contenzione.html>
17. URL: <https://www.opiteramo.it/news-ed-eventi/visto-da-noi/vi-segnaliamo-legare-i-pazienti-liceita-e-illiceita-giuridica-e-deontologica-della-contenzione.html>
18. URL: <https://www.ordinemedicilatina.it/legare-i-pazienti-liceita-e-illiceita-giuridica-e-deontologica-della-contenzione-da-quotidianosanita-it-del-5-maggio-2019/>
19. URL: <https://www.superando.it/2015/12/16/e-tu-slegalo-subito/>

## **RINGRAZIAMENTI**

Con questa tesi si conclude ufficialmente il mio percorso universitario: mi sembra dunque doveroso ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini in questi anni, e in particolar modo in questi ultimi mesi.

Un sentito ringraziamento lo vorrei dedicare alla mia relatrice, la Professoressa Silvia Giacomelli, per la cortesia, la disponibilità, la professionalità dimostratemi nei mesi che ho passato a redigere la tesi e per avermi guidato e supportato nella fase più importante del mio percorso accademico.

Ringrazio infinitamente i miei genitori per avermi sempre sostenuto e avermi permesso con tanti sacrifici di portare al termine i miei studi universitari. Senza il vostro supporto non sarei mai potuto arrivare fin qui. Grazie per esserci sempre stati soprattutto nei momenti di sconforto e soprattutto in quelli belli come la giornata di oggi. Spero di aver ripagato i vostri sacrifici e avervi resi orgogliosi.

Grazie anche ai miei due fratelli, Gerald e Klajdi per avermi sostenuto moralmente tra alti e bassi quando avevo bisogno. Ci siete sempre stati!

Un enorme ringraziamento va a Luca, il mio ragazzo che da tre anni mi supporta e sopporta sempre. Hai affrontato insieme a me questo percorso standomi vicino nei momenti più bui ma anche in quelli allegri. Grazie per tutto il tempo che mi hai dedicato e per aver fatto di tutto per vedere un sorriso nel mio volto. Grazie di tutto!

Infine, ringrazio me stessa per non aver mollato al primo ostacolo, nonostante tutti i momenti no e di essere arrivata a questo traguardo tanto desiderato. Ce l'abbiamo fatta!