



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in:
INFERMIERISTICA

**LA CONTENZIONE: IL PROCESSO DECISIONALE TRA
ASPETTI ETICI E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

Relatore: Chiar.mo

Giordano Cotichelli

Tesi di laurea di:

Maurizio Alesiani

Anno Accademico 2019-2020

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....pag. 5

CAPITOLO I: LA CONTENZIONE E SUE CONSEGUENZEpag. 7

1.1 Contenzione fisica.....	pag. 7
1.2 Contenzione farmacologica	pag. 10
1.3 Contenzione ambientale e sociale	pag. 11
1.4 Prevalenza uso della contenzione	pag. 12
1.5 Perché si è contenuti	pag. 12
1.6 Presidi più utilizzati	pag. 12
1.7 Durata della contenzione	pag. 13
1.8 Chi è vittima della contenzione	pag.13
1.9 Outcome.....	pag. 14
1.9.1 Traumi fisici.....	pag. 15
1.9.2 Traumi psicologici	pag. 16
1.9.3 Traumi psicologici nell'operatore.....	pag.17
1.9.4 Effetti della contenzione sull'anziano.....	pag. 17
1.9.5 Contenzione e morte	pag. 18

CAPITOLO II: UNA QUESTIONE ETICA E GIURIDICA.....pag. 19

2.1 Codice Deontologico	pag. 19
2.2 Etica della contenzione	pag. 20
2.2.1 Principi deontologici violati con l'uso della contenzione.....	pag.21
2.3 Ambito giuridico.....	pag.22
2.3.1 Casi di applicabilità giuridica della contenzione	pag. 23
2.3.2 Reati da abuso della contenzione.....	pag. 24

CAPITOLO III: PROCESSO DECISIONALE TRA ASPETTI ETICI E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA	pag. 25
3.1 Obiettivo dello studio e quesiti di ricerca	pag. 25
3.2 Materiali e Metodi	pag. 25
3.3 Risultati.....	pag. 28
3.3.1 Fattori relativi al paziente	pag. 28
3.3.2 Fattori relativi all'operatore	pag. 30
3.3.3 Fattori relativi al contesto	pag.31
3.4 Discussione	pag. 31
3.5 Conclusioni	pag. 33
 BIBLIOGRAFIA	pag. 35

ABSTRACT

Nelle realtà ospedaliere la contenzione risulta essere una pratica frequentemente utilizzata per prevenire o gestire comportamenti “scomodi” da parte delle persone assistite.

La questione sulla liceità etica e giuridica di tale pratica è tutt’oggi fonte di dibattito nel contesto sanitario ed è l’infermiere il professionista sanitario che risulta essere principalmente implicato nella sua esecuzione e gestione, trovandosi a dover rispondere a responsabilità professionali e principi etici durante l’attuazione di tale pratica.

Lo scopo del seguente elaborato è fornire al lettore una visione d’insieme sulle contenzioni, sul loro utilizzo, sulle disposizioni giuridiche presenti, sugli outcome derivanti da un loro uso prolungato e dall’influenza che gli elementi culturali, sociali ed organizzativi hanno sul processo decisionale del personale assistenziale.

INTRODUZIONE

L'utopia è una verità prematura che, spinta da ideali ed emozioni, ci muove all'azione per migliorare le nostre condizioni di vita.

L'ideale utopico della quale vorrei incentrarmi in questo mio elaborato di tesi riguarda il superamento della pratica di contenzione fisica come azione coercitiva che spesso troviamo all'interno degli ospedali. Secondo recenti studi risulta essere praticata nell'11.8% dei pazienti ospedalizzati (1).

Poco discussa, la contenzione è vista dalla maggior parte degli operatori sanitari come un atto inevitabile in molti casi anche se questo fa poi scaturire stati emotivi di frustrazione sensazione di sconfitta. Ma è davvero così? Perché si incorre così spesso nelle pratiche di contenzione? Quali sono i fattori che aumentano le probabilità di un paziente di essere sottoposto a tale pratica? Esistono percorsi di trattamento alternativi? Ci sono realtà nelle quali non sono praticate le restrizioni fisiche?

La questione esiste ed è reale, erroneamente circoscritta ai più negli ambiti geriatrici o psichiatrici. Ogni persona che entra in un ospedale o in un istituto di cura può trovarsi sottoposto a questa pratica che come mostrerò si può ritenere incostituzionale, alle volte illegittima e nei casi più gravi può risultare reato.

In procinto di terminare il mio percorso di studio posso affermare di aver notato una prevalenza medico scientifica della "cura" rispetto al più umanistico "prendersi cura" infermieristico.

La contenzione è di fatto l'evento sentinella che riflette come il luogo nella quale viene attuata non sia un ambiente di cura ed assistenza ma di custodia.

"Con una ipertrofia della cultura logico-matematica-scientifica senza una forte cultura umanistica che la controbilanci si rischia di fare il male e non il bene del malato. Nelle banche dati troviamo sintesi, raramente percorsi e articolati ragionamenti e riflessioni che vadano oltre a ciò che comprende l'emisfero sinistro" (2).

Nella realtà infermieristica odierna, fatta di ritmi frenetici che talvolta portano a tralasciare alcuni bisogni dei pazienti, viene meno il tempo per dedicarsi allo sviluppo della critica, per interrogarsi su quello che si sta facendo o chiedersi se si stiano rispettando i diritti fondamentali dell'uomo.

Pensiero, ascolto, critica hanno bisogno di tempo.

Tempo, che nei modelli di assistenza che attuiamo tutti i giorni, non è presente.

Questo elaborato è suddiviso in tre parti.

Nella prima parte “La contenzione e sue conseguenze” verrà fornita una visione d’insieme sulla contenzione, sulle sue varie tipologie, su quali sono le più utilizzate in ambito ospedaliero e residenziale, la frequenza con la quale sono usate e le giustificazioni implicate sul loro uso. Verranno poi trattati gli effetti fisici e non che tale pratica ha sul paziente e nel personale.

“Una questione etica e giuridica”, secondo capitolo, è incentrato sul dibattito etico e giurisdizionale che scaturisce dall’utilizzo della contenzione.

Nella terza ed ultima parte verrà effettuata una revisione della letteratura finalizzata ad individuare i fattori che influenzano i professionisti sanitari nella decisione di contenere o meno un paziente.

Solo dopo aver discusso su questi temi il lettore, non il solo professionista sanitario, potrà avere una visione globale sull’argomento sviluppando un pensiero critico fermandosi a riflettere su quella che di fatto non è una pratica assistenziale.

CAPITOLO I: LA CONTENZIONE E SUE CONSEGUENZE

Secondo l'Health Care Financing Administration la contenzione è:

“qualsiasi metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato adiacente al corpo di un soggetto che non può essere facilmente rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo”.

Nel 2006 il comitato nazionale per la bioetica si pronunciò definendola “la limitazione meccanica o farmacologica delle possibilità di un individuo” e successivamente nel 2015 come “la pratica di legare i pazienti con l’uso della forza e contro la loro volontà” (3).

Quando parliamo di contenzioni dobbiamo far chiarezza sul fatto che ne esistano tre diverse tipologie:

- Fisica
- Farmacologica
- Relazionale e ambientale

1.1 Contenzione fisica

Si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitarne la libertà dei movimenti volontari. I più usati sono:

-fascia per carrozzina: costituita da un cuscino lungo circa 60 centimetri e largo 15 ancorato alla carrozzina tramite lunghe cinghie, utilizzato nelle persone a rischio caduta. Sconsigliato l'utilizzo sulle sedie normali dal momento che il loro peso scarso non impedisce alla persona di alzarsi, rischiando di trascinare la sedia con sé.



Figura 1: fascia per carrozzina.

-fascia pelvica: fascia di cotone ancorata con fibbie alla sedia o carrozzina. Usata negli stati di compromessa capacità psicomotoria in cui si ha la necessità di prevenire posizioni scorrette e il rischio di scivolamento in avanti.



Figura 2: fascia pelvica

-corsetto con bretelle: corpetto con spallacci regolabili adattati alla sedia o alla carrozzina consentendo la posizione eretta del tronco. Utilizzato nei soggetti che tendono a sporgersi dalla carrozzina.



Figura 3: corsetto con bretelle

-fasce di sicurezza al letto: sono costituite da una fascia imbottita che circonda in vita il paziente e si fissa al letto con le cinghie. Usate in pazienti confusi e agitati non in grado di deambulare autonomamente.



Figura 4: fascia di sicurezza al letto

-bracciali di immobilizzazione: costituiti di gommapiuma o poliuretano con un rivestimento in materiale morbido. Usati in coloro che necessitano di trattamenti sanitari urgenti o che assumono atteggiamenti aggressivi per sé stessi o per gli altri.



Figura 5: bracciali di immobilizzazione

-sponde per il letto: sono barriere che si fissano ai lati del letto. Indicati per coloro che sono confusi e non sono in grado di deambulare autonomamente o per coloro che sono sotto sedazione, controindicate nei soggetti in grado di scavalcarle.

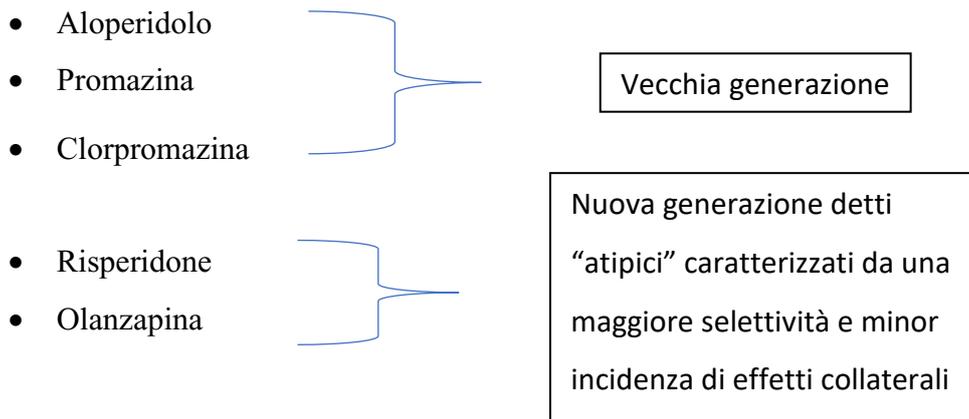


Figura 6: letto ospedaliero con sponde applicate.

1.2. Contenzione farmacologica

È definita contenzione farmacologica l'utilizzo di farmaci per controllare il comportamento e limitare la libertà di movimento.

In ambito ospedaliero i principi attivi alla base di tale pratica risultano essere gli psicofarmaci in particolare i neurolettici quali:



Questi farmaci diminuiscono i comportamenti istintivi ed aggressivi, effetti comuni a tutte le molecole precedentemente citate sono riduzione dell'iniziativa e dell'interesse per l'ambiente, inibizione di comportamenti motori di evitamento e la riduzione delle attività sociali.

La contenzione farmacologica risulta spesso affiliata a quella meccanica, la prima è prescritta per permettere di sopportare la seconda.

Il soggetto si mostra apatico, lento a rispondere agli stimoli e presenta un cambiamento sociale ed affettivo.

Sono farmaci che vengono assunti per via orale, intramuscolare o endovenosa e la loro emivita può variare dalle 15 alle 30 ore.

Gli effetti collaterali di questi farmaci sono numerosi ed a carico di più organi, infatti possiamo riscontrare:

-disturbi extrapiramidali con spasmi, irrequietezza, movimenti involontari di viso e arti (disturbi che regrediscono alla sospensione del farmaco)

-Iperprolattinemia, con ingrossamento della ghiandola mammaria

- disturbi della visione con aumento della pressione intraoculare

- costipazione
- ritenzione urinaria
- confusione acuta
- convulsioni
- rallentamento della frequenza respiratoria
- riduzione del riflesso della tosse
- alterazioni del ritmo cardiaco

1.3. Contenzione ambientale e sociale

La contenzione ambientale comprende tutti i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitarne o controllarne i movimenti. Varia dal tenere le porte del reparto chiuse a chiave, alla limitazione delle uscite dal reparto di degenza in fasce orarie prestabilite, all'impossibilità di uscire da soli o accompagnati, alla limitazione delle visite e dei contatti con l'esterno sino all'isolamento in apposita camera di degenza.

“I pazienti vengono contenuti in un mondo separato dove non si hanno più contatti con il proprio contesto, con il fuori, con la comunità e la vita, i suoi movimenti, i suoi colori, i suoi profumi. Una vita che a poco a poco si abbandona” (4).

La contenzione relazionale invece è una tipologia di restrizione che trova la sua espressione nella limitazione delle visite sia in termini di giornate che di fasce orarie, la mancata predisposizione della struttura alla sua apertura al ricoverato, alla riduzione o abolizione della relazione al suo interno, l'impedimento della relazione che l'altro, andando a toccare i paradossi più estremi dell'istituzionalizzazione. “Contenzione sociale è non poter leggere perché nessuno ti porge gli occhiali, non poter ascoltare la radio perché nessuno te la accende, o al contrario dover ascoltare la radio contro la propria volontà” (5).

1.4. Prevalenza dell'uso della contenzione

In Italia secondo uno studio condotto nel 2010 (6) con risultati sovrapponibili ad altri studi (7) (8) (9) (10), il 15.8% del totale dei pazienti risulta contenuto, con un'età media di 82 anni. Generalmente la prevalenza di concentrazione più alta si riscontra nei reparti di geriatria (31.8%), terapia intensiva (27.9%), medicina (20.5%) ed ortopedia (15.5%). Nelle RSA la percentuale degli ospiti contenuti è pari al 68.7% del totale, con un'età mediana di 86 anni. L'età mediana dei residenti contenuti è più elevata nei nuclei ordinari rispetto ai nuclei Alzheimer.

1.5 Perché si è contenuti?

La motivazione principale usata per giustificare il ricorso alla contenzione fisica è la prevenzione delle cadute, da sola o associata ad altre ragioni rispettivamente per il 70% e per il 74.8% per i degenti contenuti nelle unità operative e RSA. Negli ospedali si contiene per controllare agitazione ed aggressività, evitare autolesionismo e allontanamento volontario e per proteggere i presidi medicali.

Nelle RSA le motivazioni più frequenti includono la prevenzione dello scivolamento, il controllo posturale e la gestione dell'agitazione.

1.6 Quali sono i presidi più utilizzati

Il mezzo di contenzione più utilizzato sono in assoluto le spondine al letto, che rappresentano il 75.2% dei mezzi di contenzione applicati negli ospedali e il 60% nelle RSA. Negli ospedali le polsiere, usate nel 72,2% dei casi per proteggere i dispositivi medici, corrispondono al 13,7% dei mezzi di contenzione utilizzati, mentre nelle RSA si fa 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 viene applicato un solo mezzo di contenzione, nella maggior parte dei casi spondine bilaterali. Due dispositivi sono 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 applicati rispettivamente nel 9,9% e nell'1,2% dei casi.

1.7 Durata della contenzione

La contenzione è permanente, ossia applicata ogni giorno, per il 79,3% e il 98,1% dei degenti contenuti in ospedali e RSA. Negli ospedali la contenzione è 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%) risulta applicata per 18-24 ore al giorno. Nelle RSA i mezzi di contenzione sono utilizzati nel 64,1% dei casi per 6-12 ore al giorno e nel 22,1% per 12-18 ore. Non vengono rilevate però relazioni tra i motivi della contenzione e la loro periodicità.

1.8. Chi è vittima di contenzione

I soggetti maggiormente colpiti dall'atto della contenzione sono coloro che hanno problemi di salute mentale, gli anziani fragili e le persone portatrici di handicap. Se da un lato l'aumento della vita media ha significato un progresso della sanità e della medicina, è altresì vero che questo ha portato ad un aumento del processo di istituzionalizzazione dell'anziano. La maggioranza della popolazione vive mediamente gli ultimi tre anni di vita accompagnati da patologie invalidanti e da demenze senili. Il dato è in costante aumento. Le caratteristiche che comportano il probabile uso della contenzione sono:

- Rischio caduta con valori scala Conley ≥ 2 o scala Tinetti ≤ 20
- Vagabondaggio (wandering)
- Episodi di aggressività improvvisa

- Alterazioni del comportamento
- Deficit cognitivi
- Demenza

Il ricorso alla contenzione è usato principalmente per il controllo e la gestione dei comportamenti ritenuti auto ed etero aggressivi.

È stato dimostrato come pazienti che hanno una certa storia di ospedalizzazione possono sviluppare familiarità con la pratica e adattarsi alla condizione del reparto ed evitare o minimizzare l'impatto negativo dell'imposizione. Pazienti anziani sembrano accettare maggiormente le contenzioni rispetto ai pazienti giovani, spesso più riluttanti a tale pratica (11).

1.9 Outcome

Che la contenzione abbia solo risvolti negativi è facilmente riscontrabile dalle molteplici evidenze che si hanno a disposizione in letteratura.

Se si pone l'assunto che la moderna medicina si basi esclusivamente sulle evidenze scientifiche l'abolizione della pratica di contenere i pazienti rappresenta un elemento cardine che deve essere raggiunto in tempi celeri e perpetuato nel tempo. "Attuare una medicina e un'assistenza basata sulle evidenze rappresenta uno dei punti cruciali nella lotta all'autoreferenzialità e al potere indiscusso, elementi che spesso hanno autorizzato alcune pratiche sanitarie discutibili" (12).

Possiamo generalmente suddividere i danni dovuti all'uso delle contenzioni in danni di natura fisica e danni di natura psicologica.

1.9.1 Danni fisici

I danni fisici relativi all'uso della contenzione sono la conseguenza diretta dell'applicazione di una continua pressione esterna che scarica la sua energia sulle articolazioni o sulla cute.

Questi danni hanno un'ampia variabilità e possono andare dalla semplice abrasione cutanea fino alla morte. Anche il personale coinvolto non è esente dall'insorgenza di danni fisici a proprio carico.

In uno studio condotto da Moylan e Culliman nel 2011 (13) su di un campione di 110 infermieri provenienti da cinque istituti, l'80 % riferiva di aver subito almeno una volta un'aggressione, il 65% ha dichiarato di essersi infortunato e il 25% di essersi infortunato pesantemente durante la pratica della contenzione meccanica.

Hollins e Stubb (14) esaminano nel dettaglio i meccanismi di lesione all'articolazione della spalla sia nel paziente che nell'infermiere, notando una loro stretta associazione e concludendo con la raccomandazione di moderare il suo impiego per minimizzare il rischio di infortunio.

Gli autori mettono in luce come vi sia una carenza di dati inerenti a traumi correlati all'uso della contenzione, trovandosi a dover utilizzare materiale ricavato da studi di medicina sportiva, nello specifico studi sulle arti marziali. Analizzando i dati emerge come si abbia una maggiore incidenza di lesioni alle articolazioni in tutte quelle discipline dove sono consentite tecniche di sottomissione in confronto a coloro nelle quali non sono presenti, suggerendo che i presidi di contenzione meccanica siano fonte di lesioni ad articolazioni.

Nei pazienti ospedalizzati la contenzione è causa di aumento delle cadute e della gravità delle lesioni che ne conseguono (15) oltre ad un aumento della mortalità e della durata dell'ospedalizzazione, allo sviluppo di infezioni nosocomiali, incontinenza, lesioni neurologiche, ulcere da pressione, e problemi di mobilità (16).

1.9.2 Danni psicologici

La contenzione ha un impatto significativamente negativo anche dal punto di vista psicologico.

Strout (17) riferisce come vi siano 4 temi ricorrenti nell'esaminazione dell'esperienza del paziente contenuto quali: percezione di una pratica non etica, senso di impotenza, danno psicologico e sofferenza morale.

Frueh et al. (18) Attraverso uno studio trasversale retrospettivo ha esaminato l'incidenza gli eventi traumatici per i pazienti psichiatrici evidenziando un allarmante tasso di incidenza.

In questo studio condotto su 152 adulti psichiatrici con storie precedenti di ospedalizzazione, il 34% ha affermato di essere stato contenuto fisicamente e di aver provato un forte discomfort. Numerosi pazienti hanno affermato di aver vissuto eventi traumatici all'interno degli ambienti psichiatrici che includono nel 31% dei casi violenza fisica, 8% violenza sessuale e nel 63% l'aver assistito ad eventi traumatici. I pazienti riportano così tensioni che associate a patologie mentali danno l'insorgenza di alti tassi di sindrome da stress post traumatica (19%) che porta gli assistiti a sviluppare una vera e propria fobia per gli ambienti ospedalieri. Lo studio pone in evidenza come anche un singolo episodio negativo durante l'ospedalizzazione riduca significativamente la compliance del paziente ai trattamenti sanitari a lui dedicati.

Uno studio di Robins et al. (19) indirizzato all'analisi della prospettiva del soggetto contenuto sembra suggerire dopo un'intervista a 142 persone come questi possano descrivere la propria esperienza come umiliante, deumanizzante, irragionevole e desolante.

Studi di Bonner et al. (20) e Smith (21) sono molto simili ed indagano gli impatti psicologici delle contenzioni fisiche su pazienti con passati di abusi e violenze.

Entrambi i partecipanti a tali studi riportano che l'esser stati contenuti ha riportato alla loro mente ricordi traumatici di incidenti passati, abusi e violenze pregresse.

1.9.3 Traumi psicologici nell'operatore

L'esercizio della contenzione risulta essere impattante dal punto di vista psicologico anche sugli operatori sanitari.

Gelkoopf et al. (22) mostrano come le emozioni scaturite dalle pratiche di contenzione nel personale siano generalmente negative sottolineando come sia importante la formazione nella gestione delle aggressioni.

Gli infermieri riguardo alle contenzioni esternano sentimenti di tristezza, colpa e conflitto morale (23) La principale fonte di conflitto risulta essere l'obbligo di mantenere il controllo e i valori professionali della relazione terapeutica.

1.9.4 Effetti della contenzione sull'anziano

Molti sono gli studi sugli effetti della contenzione sulla popolazione anziana argomentando come il suo uso sia correlabile a svariati outcome negativi.

Engberg et al. (24) in uno studio condotto su di un campione di 12 820 residenti di case di riposo nella Pennsylvania ha mostrato come vi sia una stretta correlazione tra l'uso delle contenzioni ed un aumento della dipendenza degli ospiti nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana, negli spostamenti ed un peggioramento significativo delle funzioni cognitive. Castle ed Engberg (25) aggiungono alle precedenti conclusioni anche un aumento dell'incidenza di cadute, lesioni da decubito e contratture nei soggetti sottoposti a contenzione rispetto a coloro ai quali non viene praticata tale imposizione.

La contenzione non risulta dunque efficace per la prevenzione delle cadute e per il controllo dell'agitazione psicomotoria o dei disturbi del comportamento nell'anziano, anzi aggrava tali fenomeni, rendendo di fatto non valide le principali motivazioni per la quale è applicata.

Riduzione della massa e del tono muscolare ed un rilevante peggioramento dell'osteoporosi (26) sono altri effetti osservabili nella pratica clinica.

Un altro studio condotto da Castle (27) mostra come i residenti delle case di riposo sottoposti a contenzione siano più predisposti ad una compromissione della sfera

sociale, cognitiva ed emotiva. Wang e Moyle (28) nel suo studio sugli ospiti con demenza nota una forte relazione tra restrizione e declino cognitivo, cadute ed aumentata mortalità.

Ne deriva dunque che la contenzione fisica è un intervento raramente appropriato nell'anziano per via delle conseguenze su molte funzioni psico-fisiche non più stimolate adeguatamente.

1.9.5 Contenzione e morte

I traumi fisici e psicologici dei pazienti e del personale sono fonte di grande preoccupazione ma è la morte l'esito più allarmante correlato all'uso della moderazione fisica.

Nonostante l'aumento delle regolamentazioni e dell'attenzione su tale pratica, continuano a verificarsi esiti fatali. Mohr et al (29) hanno denotato nella loro revisione la scarsità di studi empirici e di dati post mortem pubblicati e ipotizzano meccanismi fisiologici che possono essere implicati nella morte correlata alla contenzione. Il più rilevante risulta essere secondo la Joint Commission il meccanismo di asfissia da contenimento che figura come causa del 40% dei decessi. Vengono anche discussi aspirazione, trauma contusivo al torace, l'afflusso di catecolamine, effetti avversi di farmaci psicotropi, la rabdomiolisi, la trombosi e il loro contributo alla morte correlata al contenimento.

CAPITOLO II: UNA QUESTIONE ETICA E GIURIDICA

Il dibattito etico e giurisdizionale sull'uso della contenzione è ancora oggi un tema fonte di accesa discussione.

È nei reparti psichiatrici che fin dai primi tempi l'attenzione pubblica si è incentrata maggiormente in quanto lo scandalo delle contenzioni l'abbia segnata sin dagli inizi. Proposte e discussioni in parlamento si sono susseguite sin dal Regno di Sardegna, ma è solo nel 1904 che fu approvata la prima legge organica sull'impulso dato dagli abusi rilevati nell'ospedale di San Servolo in Veneto nel 1908 al cui interno si praticava la contenzione a tutti i degenti indistintamente dalla reale necessità.

Sempre nel 1904 nel congresso di freniatria italiana Ernesto Belmondo tenne una relazione critica sulle pratiche di contenimento, basata sulle sue osservazioni nell'ospedale veneto, ancora oggi considerata una pietra miliare nel dibattito sulle pratiche di contenimento dei pazienti.

Con il passare degli anni e il radicarsi dell'idea anglosassone della cura dei malati senza contenzioni si avviarono le prime sperimentazioni anche nelle case di cura italiane.

La contenzione passò dalla concezione di atto terapeutico utilizzato per gestire le problematiche dei pazienti più complessi a tecnica finalizzata esclusivamente e prevenire o contenere comportamenti "scomodi", una presa di coscienza che nel corso del tempo ha portato ad una progressiva razionalizzazione del suo uso che tuttavia ancora oggi risulta comune (36).

2.1 Codice deontologico

Nell'ultimo codice deontologico della professione infermieristica approvato nel 2019 all'articolo 35 si afferma che:

“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" (37).

La contenzione viene vista quindi come atto non sanitario e soprattutto eccezionale, di temporanea natura con la periodica valutazione della persistenza delle motivazioni che hanno portato l'operatore sanitario a decidere di attuare tale pratica.

Non vengono tuttavia espresse le casistiche specifiche nelle quali venga concesso l'uso della contenzione. Questo fa sì che sia una procedura altamente dipendente dall'operatore e la sua applicazione sia da ricercarsi nell'obbligo giuridico di scongiurare eventuali danni a persona incapace come legiferato nel Codice civile all'articolo 2047.

In questo articolo viene affermata la responsabilità in caso di danno cagionato da persona incapace di intendere o di volere. In tal caso il risarcimento è dovuto da chi è tenuto alla sorveglianza dell'incapace, salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto (38).

2.2 Etica della contenzione

Il Comitato nazionale per la bioetica è sempre stato molto duro sull'argomento contenzioni. Nel documento del 2005 "La contenzione problemi bioetici" viene definita la contenzione come "la pratica di legare pazienti contro la propria volontà" e si pone l'ottica del superamento di tale pratica nella visione di un nuovo paradigma sanitario nella quale la cura deve essere basata sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti e nel rispetto dell'autonomia e della dignità della persona.

Con la contenzione meccanica vengono lesi i diritti fondamentali della persona ed in virtù della quale il suo ricorso deve rappresentare l'extrema ratio e debba essere giustificata solo da situazioni di reali necessità o urgenza, in modo proporzionato alle esigenze ed utilizzando le modalità meno invasive unicamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che hanno portato a ricorrervi (39).

2.2.1 Principi deontologici violati con l'uso della contenzione

Principio di autonomia.

L'autonomia viene descritta come l'abilità di una persona di prendere decisioni in conformità ai propri valori e credenze.

L'infermiere crea i presupposti affinché l'assistito possa prendere le sue decisioni sanitarie in maniera autonoma nel rispetto delle diversità culturali e di pensiero.

Questo si espleta nella pratica infermieristica con l'ottenimento del consenso informato. L'acquisizione del consenso informato in alcune circostanze risulta impossibile, particolarmente nel ricovero di alcuni pazienti complessi in stato di agitazione o confusione acuta. L'uso della restrizione fisica senza il permesso dell'assistito viola la sua autonomia e in linea teorica è da considerarsi illegittimo. In caso di uso di contenzione senza autorizzazione il personale sanitario è imputabile per il reato di violenza privata salvo che non dimostri la valenza terapeutica di tale atto.

Nella società odierna, l'autonomia personale ha un valore significativo. L'autonomia del paziente dovrebbe essere rispettata e non trascurata durante la pratica infermieristica. Anche i pazienti che presentano disturbi mentali e che possono manifestare comportamenti aggressivi se approcciati con gli interventi adeguati risultano più complianti al trattamento ed all'intero processo di nursing (40).

Principio di giustizia.

L'infermiere attua il processo di nursing ad ogni assistito nel rispetto della propria dignità e organizza la distribuzione di tempo e risorse disponibili in base alle necessità di ciascun utente secondo il concetto di equità, ovvero fornire a ciascuno ciò di cui ha bisogno per raggiungere un determinato obiettivo, e di uguaglianza fornire a tutti, indistintamente, le stesse prestazioni.

I pazienti contenuti necessitano di una maggiore attenzione da parte dell'equipe sanitaria sia per la valutazione dell'insorgenza di effetti avversi correlati a tale pratica sia per la rivalutazione continua della reale necessità del posizionamento dei presidi di controllo del movimento.

L'adozione delle contenzioni alle volte può risultare inevitabile nella realtà per gestire episodi di violenza, tuttavia i pazienti contenuti dovrebbero essere sempre trattati come umani e le loro necessità dovrebbero essere sempre soddisfatte.

Principio di beneficenza e maleficenza.

Beneficenza e maleficenza sono corollari l'uno dell'altro. Sebbene alcuni autori parlino di questi principi separatamente, la ricerca e l'argomentazione si possono spesso racchiudere in una unica sezione. Il principio di beneficenza conferisce un morale obbligo per il professionista di agire a beneficio dei propri pazienti. Nell'assistenza sanitaria viene spesso applicato il principio della massimizzazione dell'utilità. Il personale medico raramente è in grado di produrre un beneficio senza correre il rischio di arrecare danno o sostenere costi o ledere diritti. Di conseguenza, per agire con beneficio, bisogna agire solo quando i benefici giustifichino i rischi e i costi associati ad una procedura o azione.

Tuttavia, la beneficenza deve essere limitata dal principio di autonomia per impedire che i diritti degli individui siano soggiogati ai bisogni medici.

Il principio di beneficenza richiede un'azione specifica da parte dell'operatore sanitario, che include la valutazione di tutte le opzioni disponibili per garantire la migliore risposta assistenziale in base ai bisogni dell'assistito e delle sue volontà.

2.3. Ambito giuridico

In ambito legislativo la normativa cardine che deve essere presa in considerazione nell'applicazione delle contenzioni è l'articolo 13 della costituzione che di seguito recita:

“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” (41).

È punita dunque ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà.

2.3.1 Applicabilità giuridica della contenzione

Se la peculiarità della contenzione è la limitazione della libertà personale occorre domandarsi in quali eventualità l'ambito giuridico preveda la possibilità di ricorrere a tale limitazione.

Dal piano giuridico, in generale, l'ordinamento ammette che una condotta di base vietata perché lede un diritto giuridico in tali casi specifici sia permessa.

Le cause di giustificazione costituiscono un'eccezione alla regola della punibilità dei reati e si applicano nei casi espressamente citati dalla legge e che sono in merito alla contenzione:

- art 52 c.p. legittima difesa: Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui con il pericolo reale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa.
- art 54 c.p. stato di necessità. Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Occorre dunque che la contenzione sia l'unico strumento disponibile in grado di poter scongiurare uno stato di pericolo per la vita o sia ipotizzabile un possibile danno per l'incolumità del paziente e che il suo uso sia proporzionale al pericolo che si presenta.

La questione sull'uso della contenzione di fatto rappresenta nella giurisdizione italiana un vuoto legislativo. Non esiste al momento alcuna norma che definisca regolamenti e legittimi tale pratica.

Non essendo presente alcuna norma che ne preveda l'uso essa sarebbe da considerarsi allora da principio vietata.

2.3.2 Reati da abuso dalla contenzione

I reati ascrivibili a coloro che abusano delle pratiche di contenzione sono di seguito riportati:

- Art. 571, abuso dei mezzi di correzione. Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi
- Art. 605, sequestro di persona. Chiunque privi la libertà personale di una persona è punita con la reclusione da sei mesi a otto anni.
- Art. 610, violenza privata; commessa da “chiunque con violenza o minaccia costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa ed è punita con la reclusione fino a 4 anni”. In questo reato vengono configurate tutte le limitazioni della libertà di movimento autodeterminato del soggetto.
- Art. 613 stato di incapacità procurato mediante violenza. Commesso da “chiunque mediante suggestione ipnotica o in veglia, mediante la somministrazione di alcolici o sostanze stupefacenti o con qualsiasi altro mezzo, pone una persona senza il suo consenso in uno stato di incapacità di intendere o di volere ed è punita con la reclusione fino ad un anno.

Se quindi la contenzione sotto il punto di vista legale è illecita perché nelle realtà terapeutiche viene ugualmente praticata?

La risposta a questa domanda è da ricercarsi nella conoscenza degli operatori sanitari. È di fatto il sapere che determina la qualità dell'assistenza. Come si è visto nella maggior parte dei casi l'utilizzo di un mezzo di contenzione può essere evitato aggiornando le risposte di nursing.

CAPITOLO III: FATTORI CHE INFLUENZANO IL PROCESSO DECISIONALE DI APPLICAZIONE DELLA CONTENZIONE, UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA.

3.1 Obiettivo dello studio e quesiti di ricerca

Il fine di questo studio è quello di indagare le evidenze in letteratura sui fattori che influiscono nei processi di applicazione della contenzione fisica e farmacologica nel paziente ospedalizzato o in residenza assistenziale integrata.

Il seguente studio è finalizzato alla risposta dei quesiti sotto riportati:

-Quali sono i fattori che influenzano il processo decisionale di applicazione della contenzione?

-Quanto ognuno dei singoli fattori incide in tale processo?

3.2 Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione dei database telematici PubMed e Google Scholar. Le parole chiave utilizzate per l'individuazione degli studi sono state:

- Physical restraint
- Pharmacological restraint
- Influencing factors
- Nurse staffing
- Patient behaviour
- Decision making process
- Nurse knowledge

Sono stati selezionati studi pubblicati successivamente agli anni 2000 su pazienti adulti (>18 anni) e sul personale sanitario in lingua inglese. A seguito dell'analisi dell'abstract sono stati reperiti 13 articoli di seguito riportati in tabella.

<i>Banca dati</i>	<i>Autore/i</i>	<i>Titolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Rivista</i>
PubMed	C. Heinze, T. Dassen, U. Grittner	Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study	2011	Journal of Clinical Nursing
Google Scholar	J. Guzman-Parra, Guzik J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Aguilera-Serrano C, Mayoral-Cleries F.	Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode	2016	Psychiatry Research
Google Scholar	Ryan C.J. & Bowers L.	An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2006	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing
PubMed	Wynn R.	Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital.	2002	Scandinavian Journal of Caring Sciences
PubMed	Knutzen M., Sandvik L., Hauff E., et al	Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-	2007	Nordic Journal of Psychiatry

		A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry.		
PubMed	Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al	Influence of patient characteristics on duration of seclusion/ restrain in acute psychiatric settings in Japan	2013	Psychiatry and Clinical Neurosciences
PubMed	Perkins E., Prosser H., Riley D., et al.	Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?	2012	International Journal of Law & Psychiatry
Google Scholar	R. Ludwick, A. Meehan, R. Zeller	Safety work initiating, maintaining, and terminatig restrains	2008	Clinical Nurse Specialist
PubMed	C.S. Silver	Staff resistance to restraint reduction: identifying and overcoming barriers	2007	Journal of Psychosocial Nursing.
PubMed	R. Kontio, M. Valimaki, H. Putkonen, L. Kuosmanen. A. Scott.	Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint?	2010	Nursing Ethics
PubMed	V. Hantikainen	Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study	2001	Journal of Clinical Nursing
PubMed	B.D. Casterlé, S. Goethals, C. Gastmans	Contextual influences on nurse's decision-making in cases	2014	Nursing Ethics

		of physical restraint		
PubMed	V. Hantikainen, S.Kappeli	Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision making	2000	Journal of Advanced Nursing

Tabella 1: studi utilizzati

3.3 Risultati

In accordo con gli studi è emerso che il processo decisionale di applicazione della contenzione è molto complesso. Questa complessità è la risultante dell'interazione tra svariati fattori classificabili in tre grandi categorie:

- Relativi al paziente
- Relativi all'operatore
- Relativi al contesto lavorativo

3.3.1 Fattori relativi al paziente

Tra i fattori relativi al paziente possiamo annoverare:

- Età
- Genere
- Diagnosi
- Rischio cadute
- Familiari dell'assistito
- Stati frequenti di agitazione

Heinze et al. (42) nel suo studio afferma che il personale sanitario è tendenzialmente più propenso ad usare le contenzioni nei pazienti anziani con episodi precedenti di cadute al proprio domicilio in quanto viene ritenuto che l'ospedalizzazione possa avere effetti destabilizzanti dal punto di vista percettivo e, dunque, aumentare il rischio cadute già di per sé elevato. Tale rischio di deficit percettivi aumenta all'aumentare del periodo di ospedalizzazione. Soggetti con recenti storie di ospedalizzazione o che stanno vivendo una situazione di prolungata degenza hanno un maggiore rischio di mostrare comportamenti aggressivi o autolesivi che possono poi giustificare il personale ad utilizzare la contenzione (43).

Ryan & Bowers (44) e Wynn (45) pongono l'accento su come in casi di agitazione psicomotoria i pazienti maschi siano maggiormente sottoposti a contenzione fisica rispetto alle donne in quanto percepiti dal personale sanitario come più pericolosi.

Anche la comunicazione gioca un ruolo fondamentale nel rapporto infermiere-assistito. Uno studio sull'applicazione delle contenzioni di Knutzen et al. risalente al 2007 (46) mostra come vi sia una maggiore incidenza nell'applicazione della contenzione nelle persone immigrate in quanto, essendo carente l'aspetto comunicativo stati di agitazione non potranno essere gestiti attraverso il dialogo o altri approcci comunicativi.

Risultano maggiormente contenuti coloro con diagnosi di disturbi psicotici acuti quali deliri ed irrequietezza e coloro con atteggiamenti autolesionistici (47).

La famiglia dell'assistito fa altresì parte dei fattori che influenzano il processo decisionale sull'applicazione della contenzione. Talvolta sono i familiari stessi a chiedere le contenzioni per il loro caro. Si è visto che in questi casi l'infermiere risulterà tendere ad accontentare loro applicando le contenzioni, andando incontro alle aspettative dei familiari anche se non ve ne sarà l'adeguata motivazione. Al contrario quando il personale ritiene necessario l'uso della contenzione ma i familiari ne sono contrari saranno questi ultimi ad avere la decisione finale e saranno tenuti responsabili per ogni evento avverso (48).

3.3.2 Fattori relativi all'operatore

L'operatore in questo processo risulta l'attore maggiormente coinvolto. La conoscenza del paziente risulta molto influente. Un'equipe sanitaria con una discreta conoscenza del paziente, dei suoi trigger e dei suoi comportamenti passati riuscirà a fronteggiare più efficacemente stati di agitazione psicomotoria e sarà più propensa ad attuare strategie di intervento alternative alla contenzione rispetto ad un'equipe con una scarsa conoscenza pregressa del degente (49).

Esperienza, routine di reparto, scarsa conoscenza delle conseguenze delle contenzioni e dei suoi effetti risultano altrettanto condizionanti in questo processo. (50).

Importanza viene data anche alla propensione di un operatore sanitario ad essere influenzato dalle decisioni prese da altri professionisti. Talvolta un infermiere tende a seguire le valutazioni dei colleghi anche se queste differiscono dalle proprie al fine di non creare tensioni all'interno dell'ambiente lavorativo. Questo è supportato dallo studio di Silver (51), suggerendo che la valutazione del rischio e la decisione di adottare tecniche di contenimento sono condizionate dalle decisioni di altri membri dello staff.

Da studi in reparti nelle quali si aveva un basso tasso di contenzione è emerso come gli operatori sanitari avessero una conoscenza sui rischi relativi all'uso della moderazione fisica e sulle strategie alternative di assistenza nettamente maggiore alla controparte con un uso moderato della contenzione.

È tuttavia vero che l'infermiere quasi mai desidera utilizzare la moderazione fisica come prima opzione di intervento, ma ritenendo le alternative inadeguate o inapplicabili nella realtà assistenziale data la riferita mancanza di tempo.

Il bilancio tra valori personali e responsabilità professionale crea un dilemma etico nell'infermiere che spesso l'infermiere gestisce razionalizzando l'uso della contenzione e giustificando le proprie azioni asserendo alla disponibilità giuridica nella sua applicazione (52).

Menzione va fatta anche alla percezione che l'infermiere ha del comportamento del paziente. Se un comportamento viene percepito come un deficit cognitivo situazionale o causale si tenderà a scegliere di contenere mentre quando il comportamento è dovuto da

un deficit dell'orientamento con la quale il paziente deve convivere allora si sarà propensi ad evitare di utilizzare la contenzione (53).

3.3.3 Fattori relativi al contesto lavorativo.

Il contesto lavorativo si è visto come influenza il processo decisionale.

Una politica sanitaria ben indirizzata alla lotta all'uso inappropriato della contenzione si è vista ridurre notevolmente l'uso. Questo suggerisce che laddove vi sia un abbondante uso di tale pratica i professionisti non abbiano a disposizione linee guida e protocolli attui a fronteggiare situazioni di criticità (54).

Un numero limitato di personale influisce sull'incidenza dell'uso delle contenzioni, in quanto meno personale è presente più alto sarà il carico di lavoro e ne conseguirà un minor tempo da dedicare alle pratiche assistenziali (42).

Questo è rafforzato da studi sulla prevalenza delle contenzioni in Giappone dove il rapporto infermiere-paziente è molto basso e l'uso delle contenzioni è molto frequente (55).

L'architettura fisica di reparto può influenzare la decisione del personale sanitario. La locazione di un paziente con comportamenti di fuga in una stanza singola o in una camera non in diretta prossimità dell'infermeria può essere cruciale nell'applicazione della contenzione fisica.

Nelle unità operative o residenze sanitarie nelle quali le visite dei caregivers sono possibili in un intervallo di tempo ampio e dove terapisti riabilitativi sono in stretta associazione con l'equipe sanitaria l'uso delle contenzioni risulta minore (53).

3.4 Discussione

Questa revisione della letteratura mette in luce come il processo di applicazione della contenzione non sia univoco a tutte le realtà assistenziali e possa essere correlato a caratteristiche modificabili e non.

Negli studi presi in considerazione emerge come vi sia una tendenza dell'infermiere a modificare i propri processi assistenziali a seconda delle consuetudini che sono presenti

nei reparti. Questo, associato alla cronica mancanza di tempo per fornire un'assistenza olistica e personalizzata implica la necessità di una revisione dei modelli assistenziali e un'adozione di processi di cura incentrati sul paziente.

Per superare questa problematica sono forniti diversi suggerimenti. Innanzitutto, stabilire una politica sanitaria chiara ed univoca per tutti i lavoratori che sia finalizzata alla diminuzione delle tecniche coercitive e alla promozione di strategie alternative di trattamento per le situazioni più critiche. Nella maggior parte degli studi presi in considerazione l'infermiere risultava contenere un paziente perché a suo giudizio era l'unica soluzione per poter avere un senso di "sicurezza" mentre si è lontani e si stanno effettuando altri compiti, riferendo una mancanza cronica di tempo da dedicare all'assistenza. È compito della struttura sanitaria fornire linee guida per la gestione dei pazienti agitati o con qualsiasi fattore predisponente alla moderazione, precedentemente descritto, e garantire materiali e mezzi fisici per poter attuare un modello di assistenza alternativo. Le strutture virtuose in tale ambito predispongono al paziente un personale formato e in aggiornamento continuo, garantiscono uno spazio ampio ed aperto di assistenza, con la presenza costante di caregivers senza limiti di orario e la presa in carico multidisciplinare del malato.

La ricerca delle evidenze mostra la visione della contenzione da parte del personale come una forma di controllo e riduzione delle libertà con la presunzione di sapere cosa sia meglio per il paziente evitando il confronto con altri professionisti. Talvolta si preferisce adottare schemi assistenziali fissi, già in uso in reparto, che rischiano di risultare superati e non adatti alla realtà odierna. Coinvolgere il paziente nell'intero processo di cura, stabilendo assieme obiettivi condivisi, può essere una strategia utile nell'instaurare un rapporto terapeutico ed avere un assistito più compliant alle procedure di cura, evitando l'utilizzo delle contenzioni.

Grande importanza è data anche all'ambiente fisico di cura. È evidente come un reparto con una disposizione di degenze che non permettono all'infermiere di poter vedere costantemente i pazienti non sia adatto alla gestione di persone predisposte ad improvvisi momenti di nervosismo. Una tale situazione può mettere a repentaglio la salute non solo dell'assistito, ma anche dell'operatore stesso che potrebbe ritenersi non in grado di gestire la situazione, spingendolo a ricorrere all'uso della contenzione. Possibili soluzioni possono essere ad esempio l'installazione di un sistema di

videosorveglianza che permetta al personale di poter visionare ogni camera e notare situazioni potenzialmente pericolose sul nascere. Altra visione d'approccio a questo problema può essere la completa rivisitazione del classico ambiente di reparto ospedaliero. Una nuova architettura con, ad esempio, l'infermeria al centro e i degenti disposti circolarmente potrebbe rappresentare una valida soluzione a questo problema.

Bisogna ricordarsi però che anche il paziente risente dell'ambiente di cura. Un ambiente arieggiato, con colori caldi non troppo accesi, ma illuminati da luce naturale favoriscono il benessere psichico del malato e possono prevenire stati di agitazione.

Nella maggior parte delle situazioni il personale non utilizza approcci alternativi data la mancanza di formazione o di una guida sanitaria.

L'uso della contenzione è dovuto a un'automatica ed ormai ritualizzata risposta a determinati stati di complessità assistenziale ed elevati carichi di lavoro, lasciando il dubbio che l'attuazione di tale pratica non sia nell'interesse dell'assistito ma dell'operatore.

Questo automatismo è supportato dalla mancata condanna morale all'uso della contenzione e dai pochi spunti di dibattito che vengono a crearsi all'interno delle realtà assistenziali. Nelle realtà nelle quali l'uso di queste pratiche è elevato e costante si nota una mancanza di confronto tra i vari operatori e più trasversalmente, tra i vari professionisti operanti nel campo della sanità.

3.5 Conclusioni

In rapporto al quesito in revisione è stato appurato che l'applicazione delle tecniche di moderazione risulti essere influenzata da svariati fattori lavorativi, anche se negli studi presi in esame non è emerso quali siano i loro valori di impatto sulle pratiche assistenziali.

Nonostante la contenzione sia vista purtroppo da molti professionisti come inevitabile in casi di agitazione psicomotoria è evidente che essa risulti essere un ulteriore problema piuttosto che una soluzione.

Questa visione si ritiene possa essere superata unicamente attraverso l'educazione e la formazione continua del personale.

Avendo messo in luce le problematiche dell'uso della contenzione sia fisiche che psicologiche, la loro non liceità giuridica e le loro implicazioni deontologiche, può apparire strano come tuttavia ancora oggi non sia troppo inusuale andare in ospedale e vedere una persona con i polsi e le caviglie fissate al proprio letto.

L'uso della contenzione di fatto rappresenta un evento che evidenzia come all'interno della struttura nella quale si pratica si abbia una carenza di risorse organizzative, un disequilibrio tra personale e pazienti cui si presta assistenza o delle criticità a livello formativo dell'operatore stesso.

Si ritiene dunque indispensabile coinvolgere le istituzioni per poter fornire al personale mezzi, materiali e strutture con lo scopo di fornire un'assistenza centrata sul paziente che limiti l'utilizzo dei mezzi di restrizione.

Il dilemma etico che ogni professionista sanitario si trova a vivere nell'utilizzo di tale pratica, lascia pensare tuttavia che vi sia un'insofferenza generale ed una volontà di superare i modelli organizzativi ed assistenziali che costringono l'infermiere a contenere un paziente.

Pertanto, a conclusione della revisione, va sottolineata l'importanza di implementare corsi di formazione ed aggiornamento continui e la predisposizione di ambienti di assistenza adatti, al fine di modificare i fattori predisponenti alla contenzione e lasciare libero il personale da elementi che ostacolano l'assistenza diretta e l'utilizzo della contenzione.

Il gesto della cura dall'alba dei tempi ha significato nell'uomo l'affidarsi ad un'altra persona, affidare le proprie speranze di salute e le proprie aspettative a un estraneo con cui implicitamente si instaura un rapporto di fiducia.

Nell'infermiere tale rapporto si espleta mostrando empatia, dialogo, rispetto ed un'assunzione di impegni che prevede la presa in carico globale dell'assistito.

Un paziente che si trova strappato dalla quotidianità e catapultato in una realtà ben diversa come quella ospedaliera, in cui talvolta i diritti della persona vengono barattati con le esigenze di reparto, rischia di perdere il proprio concetto di sé, divenendo di fatto nient'altro che un corpo da riabilitare.

Bibliografia

1. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study, *International Journal of nursing studies*. 2013.
2. M. Misley, L. Bicego. *Contro la contenzione*. Maggioli editore. 2018.
3. *Contenzione, problemi bioetici*. Comitato nazionale bioetica. 2015.
4. R. Catanesi, L. Ferrannini, P.F. Peloso. *La contenzione fisica in psichiatria*. Giuffrè editore. 2006.
5. Azienda USL Bologna. *Liberi dalla contenzione, il percorso per il superamento della contenzione dell'azienda USL e delle Case Residenza per anziani di Bologna*. Maggioli editore. 2017.
6. *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. E Zanetti, A. Castaldo, R. Miceli, M. Magri, L. Mariani, M. Gazzola, P. Gobbi, G. Carniel, N. Capodiferro, G. Muttillio. *L'infermiere*, 2012.
7. Degan M, Iannotta M, Genova V et al. *Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 2004
8. de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004
9. Irving K. Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Aust J Adv Nurs*. 2004.
10. Minnick AF, Mion LC, Leipzig R et al. Prevalence and patterns of physical restraint use in the acute care setting. *J Nurs Adm*. 1998.
11. Z. Feng, J. P. Hirdes, T. F. Smith, H. Finne-Soveri, I. Chi, J. Du Pasquier, R. Gilgen, N. Ikegami, V. Mor. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross national study. *International Journal of geriatric psychiatry*. 2009.

12. Livia Bicego, contro la contenzione, Bicego-Mislej, 2018 Maggioli editore.
13. Moylan LB, Cullinan M: Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011.
14. Hollins LP, Stubbs B: The shoulder: Taking the strain during restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010.
15. Tan. Austin, Shaughassy, Higgins, Mcdonald, Mulkerrin, O'Keeffe, *Irish Journal of medial science*. 2005.
16. Evans D., Wood j, Lambert L., *Journal of advanced nursing*. 2005.
17. Strout TD: Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010.
18. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, et al.: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within psychiatric settings. *Psychiatric* .2005.
19. Robins CS, Sauvageot JA, Cusack KJ, et al.: Consumers' perceptions of negative experiences and "sanctuary harm" in psychiatric settings. *Psychiatric Services*. 2005.
20. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N: Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002.
21. Smith SB: Restraints: Retraumatization for rape victims? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1995.
22. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbloff N, Bleich A: Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 2009
23. Chuang YH, Huang HT: Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007.
24. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D: Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. 2008.
25. Castle NG, Engberg J: The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Medical Care*. 2009

26. Scherder, Bogen, Eggermont, HamersSwaab, International Psychogeriatrics. 2010.
27. Castle NG: Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. Administration and Policy in Mental Health. 2006.
28. Wang WW, Moyle W: Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. Australian Journal of Advanced Nursing. 2005.
29. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD: Adverse effects associated with physical restraint. Canadian Journal of Psychiatry. 2003
30. Haägg S, Joänsson AK, Spigset O: Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy. Expert Opinion on Drug Safety, 2009
31. Paciullo CA: Evaluating the association between clozapine and venous thromboembolism. American Journal of Health System Pharmacy .2008.
32. Dickson BC, Pollanen MS: Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2009
33. Cecchi R, Lazzaro A, Catanese M, et al.: Fatal thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia. International Journal of Legal Medicine. 2012.
34. Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV: Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. Acta Psychiatrica Scandinavica 2005.
35. Berzlanovich AM, Schoöpfer J, Keil W: Deaths due to physical restraint. Deutsches Arzteblatt International 2012
36. Canosa R. Storia del manicomio in Italia dall'unità ad oggi Milano Feltrinelli 1979
37. FNOPI, codice deontologico delle professioni infermieristiche, 2019
38. Codice civile, articolo 2047
39. Comitato Nazionale per la Bioetica, La contenzione: problemi bioetici. 2015
40. Johnson, M. E., & Hauser, P. M. The practices of expert psychiatric nurses, accompanying the patient to a calmer personal space. Issues in Mental Health Nursing, 2001
41. Costituzione italiana, articolo 13

42. C. Heinze, T. Dassen, U. Grittner. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2011
43. J. Guzman-Parra, Guzik J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Aguilera-Serrano C, Mayoral-Cleries F. Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode. *Psychiatry Res*. 2016.
44. Ryan C.J. & Bowers L. An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006
45. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002.
46. Knutzen M., Sandvik L., Hauff E., et al. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007.
47. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/ restrain in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013.
48. Perkins E., Prosser H., Riley D., et al. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law & Psychiatry*. 2012.
49. V. Hantikainen, S. Kappeli. Using restraint with home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision making. *Journal of Advanced Nursing*. 2000.
50. R. Ludwick, A. Meehan, R. Zeller. Safety work initiating, maintaining, and terminatig restrains. *Clinical Nurse Specialist*. 2008.
51. C.S. Silver. Staff resistance to restraint reduction: identifying and overcoming barriers. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2007.
52. R. Kontio, M. Valimaki, H. Putkonen, L. Kuosmanen. A. Scott. Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*. 2010.

53. V. Hantikainen. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: a qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2001.
54. B.D. Casterlé, S. Goethals, C. Gastmans. Contextual influences on nurse's decision-making in cases of physical restraint. *Nursing Ethics*. 2014.
55. T. Noda, N. Sugiyama, M.Sato, H. Ito, E. Salias, H. Putkonen. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013.

Sitografia

www.biancofrancesco.altervista.org

www.nurse24.it

www.slegalosubito.it

www.ordinemedicilatina.it