

INDICE

<i>Introduzione</i>	1
1.1 Definizione di contenzione	4
1.2 Riferimenti a leggi e normative	5
<i>Capitolo 2. Ruolo degli infermieri nelle contenzioni</i>	6
2.1 Problematiche fisiche.....	8
2.2 Chi arriva ad aver bisogno delle contenzioni.....	9
2.3 Gli effetti sulla qualità della vita.....	11
<i>Capitolo 3. Contenzione domiciliare nel paziente geriatrico</i>	13
3.1 Ruolo dell'infermiere territoriale nella contenzione geriatrica.....	14
<i>Capitolo 4. Revisione della letteratura</i>	18
4.1 Obiettivi di ricerca	18
4.2 Materiali e Metodi	18
4.2.1 Procedimento	18
4.2.2 Database.....	18
4.2.3 Picos.....	18
4.2.4 Stringa di ricerca.....	18
4.2.5 Flow-chart di selezione (allegato 1).....	19
4.2.6 Risultati: tabella riassuntiva (allegato 2)	19
4.2.7. Commento risultati	20
<i>Capitolo 5. Conclusioni</i>	24
<i>Bibliografia e sitografia</i>	25

Riassunto

Introduzione

La contenzione si riferisce all'atto di limitare e controllare il movimento o il comportamento di una persona tramite restrizioni fisiche, chimiche o farmacologiche. Il fine di questa pratica è quello di garantire la sicurezza, la protezione e il controllo di quest'ultima. È importante notare che l'uso della contenzione dovrebbe essere sempre ben ponderato e motivato da ragioni legittime, rispettando i diritti umani e le leggi vigenti. In questo procedimento, la funzione dell'infermiere è essenziale per garantire che venga eseguita in modo sicuro, etico e rispettoso nei confronti dell'assistito. Inoltre, occorre porre attenzione sulla figura dell'infermiere territoriale che potrebbe risultare di aiuto in questo contesto.

Obbiettivi

L'obiettivo principale di questa Tesi è stato di valutare la contenzione territoriale nel paziente geriatrico. Nello specifico, sono stati raccolti e discussi gli outcome qualitativi e quantitativi presi in considerazione negli studi inclusi.

Materiali e Metodi

È stata svolta una Revisione della Letteratura secondo il metodo PRISMA, consultando la banca dati di PubMed. Nello specifico, sono stati selezionati 1800 records; 1760 sono stati esclusi per titolo ed abstract. Dei 40 letti a full text, e dopo confronto con esperto, ne sono stati esclusi 26. La Revisione ha incluso 14 studi.

Risultati

Dalla revisione è emerso come la contenzione causi diverse conseguenze, sia fisiche che psicologiche. Esempi sono il deterioramento cognitivo, l'isolamento sociale e la mancanza di stimolazione esterna che possono contribuire ad alterazioni psicomotorie nei pazienti con demenza o altre patologie a base neurologica. Si dimostra che l'uso eccessivo di questa pratica può indurre a una riduzione dell'autonomia e della forza fisica del soggetto. In aggiunta, la pressione prolungata e il contatto della cute con cinghie o altri

dispositivi possono provocare lesioni cutanee, abrasioni, ulcere da pressione o irritazioni cutanee.

Conclusioni

Nell'ambito territoriale ci sono ancora tante, forse troppe, problematiche nella gestione del paziente geriatrico e sull'utilizzo improprio della contenzione. Dalla revisione si può concludere che l'infermiere domiciliare dovrebbe aumentare la sua formazione e le sue conoscenze nei confronti di questa pratica.

Parole chiave

Infermiere domiciliare, Paziente geriatrico, Contenzione, Familiari, Effetti negativi.

Abstract

Introduction

Restraint refers to the act of limiting and controlling a person's movement or behavior through physical, chemical or pharmacological restrictions. The purpose of this practice is to ensure the safety, protection, and control of the patient. It is important to note that the use of restraint should always be well thought out and motivated by legitimate reasons respecting human rights and applicable laws. In this procedure, the nurse's role is essential to ensure that it is carried out in a safe, ethical, and respectful manner towards the patient. Furthermore, attention must be paid to the figure of the territorial nurse who could be of help in this context.

Objectives

The main objective of this thesis is to evaluate territorial restraint in geriatric patients. Specifically, the qualitative and quantitative outcomes taken into consideration in the included studies were collected and discussed.

Materials and Methods

A literature review was carried out according to the PRISMA method, consulting the PubMed database. Specifically, 1800 records were selected; 1760 were excluded due to title and abstract. Of the 40 read in full text, and after comparison with an expert, 26 were excluded. The Review included 14 studies.

Result

From the review it emerged that restraint causes various consequences, both physical and psychological. Examples are cognitive deterioration, social isolation and lack of external stimulation which can contribute to psychomotor alterations in patients with dementia or other neurological pathologies. It is shown that the excessive use of this practice can lead to a reduction in the patient's autonomy and physical strength. In addition, prolonged

pressure and skin contact with straps or other devices can cause skin lesions, abrasions, pressure ulcers or skin irritation.

Conclusion

In the home care there are still many, perhaps too many, problems in the management of geriatric patients and the improper use of restraints. From the review it can be concluded that the home health nurse should increase his training and knowledge regarding this practice.

Key Words

Home nurse, Geriatric patient, Restraint, Family members, Adverse effects.

Introduzione

La contenzione è una restrizione applicata nei confronti dell'assistito con lo scopo di limitare la sua attività fisica o controllare il suo comportamento [1]. Si tratta di una misura precauzionale volta a prevenire gravi danni fisici al soggetto o a terzi, applicata in situazioni di emergenza. È necessario sottolineare, a questo proposito, che la possibilità di muoversi risulta essere una condizione essenziale per la vita umana, eppure bastano: uno stato mentale alterato da patologie organiche, invecchiamento o malattie, perché questo diritto venga messo in discussione. La contenzione deve costituire il punto di arrivo di un percorso clinico graduale, caratterizzato inizialmente da atti dissuasivi e impeditivi rivolti all'assistito al fine di riacquisire l'autodeterminazione perduta. Si giunge a questa limitazione delle libertà quando questi interventi non hanno portato a nessun risultato. Quest'ultima può essere utilizzata in diversi contesti, come la medicina, la psichiatria, la sicurezza pubblica e altro ancora. L'obiettivo principale del contenere una persona è proteggere la sicurezza e il benessere del soggetto controllato o di coloro che lo circondano. Nel contesto medico, la contenzione può essere utilizzata per impedire che i pazienti si feriscano o interferiscano con procedure mediche. Ad esempio, durante un intervento chirurgico, potrebbe essere necessario immobilizzare una parte del corpo del paziente per evitare movimenti involontari che potrebbero compromettere l'intervento. Tuttavia, l'uso della contenzione in ambito medico è oggetto di dibattito e dovrebbe essere valutato attentamente in base alla situazione specifica e alle esigenze del paziente. Nel contesto psichiatrico, la contenzione può essere utilizzata per gestire pazienti in stato di agitazione o in pericolo di ferire sé stessi o gli altri. Tuttavia, l'uso eccessivo o inappropriato della contenzione psichiatrica è oggetto di preoccupazione ed è spesso visto come un'ultima risorsa dopo che altre strategie di gestione del comportamento sono state esaurite. In generale, dovrebbe essere applicata in modo responsabile e solo quando è strettamente indispensabile per garantire la sicurezza del soggetto coinvolto. È importante che venga eseguita da personale addestrato e qualificato e che vengano monitorati costantemente gli effetti e la condizione del soggetto controllato al fine di evitare danni fisici o psicologici. La contenzione viene proposta nell'ambito ospedaliero, tanto quanto in quello domiciliare. Ad oggi, però, resta ancora un libro aperto con pagine bianche; vi è infatti una linea sottilissima che separa l'utilizzo di questa tipologia di intervento a scopo terapeutico per il bene del paziente, dal suo utilizzo come costrizione. La contenzione dovrebbe essere applicata solo il tempo strettamente necessario e deve essere monitorata attentamente per prevenire danni fisici o psicologici al paziente. In molti contesti, gli ospedali stanno cercando di ridurre al minimo l'uso della contenzione attraverso l'implementazione di strategie alternative di gestione del comportamento e di cure personalizzate. L'unica ragione per

cui è plausibile l'uso delle contenzioni è la tutela della sicurezza del paziente e di chi se ne occupa; in tutti gli altri casi potrebbe essere considerata come un abuso nei confronti di chi la subisce.

Capitolo 1. Storia delle contenzioni

L'acceso dibattito sulla contenzione è un fenomeno relativamente recente, anche se accenni sull'utilizzo della stessa li ritroviamo nelle raffigurazioni artistiche greche e romane inerenti a contesti medici/ assistenziali. Possiamo quindi affermare che le diverse misure contenitive siano presenti nel panorama clinico fin dai tempi più antichi. Della contenzione ne parla Celso Celio Aureliano, per poi essere rivisitata da Alessandro di Tralles e da Avicenna. E ancora, la contenzione approda al manicomio di Costantinopoli all'inizio del Cinquecento, per poi fare ingresso nei lazzaretti del Seicento, dove la follia e il delirio si accompagnavano alla peste. Nel 1700 per contenere i pazienti si usavano camicie a muro e catene legate alle pareti o ai letti. Il mantra di quegli anni era: "più dolorosa era la contenzione, migliori sarebbero stati i risultati". Benjamin Rush, noto come il padre della psichiatria americana, crea la sedia sedativa, dove il paziente veniva immobilizzato in uno stato di dolore insostenibile. Nel 1787 lo psichiatra francese Philippe Pinel dà origine ad una nuova visione della scienza psichiatrica. Le catene spariscono, ma al contempo nascono nuovi strumenti di costrizione come: camice di forza, ferma testa, casco del silenzio, cintura di protezione, guanto senza dita, manette, forca, letto di contenzione, coperchio per bagnarola di forza. Nel 1800 vediamo l'utilizzo di cinture legate a manette, bracciali di cuoio, catene da caviglia e sedie di contenzione; tutte virtù curative acclamate dagli psichiatri più in voga dell'epoca. La contenzione, oggi, come ieri è una presenza tangibile, fortemente percepibile e palpabile, ma allo stesso tempo innominata. Uno strumento talvolta inevitabile, ma al tempo stesso si tratta di un argomento ancora oggi poco trattato perché visto come un "male", ma pur sempre "necessario". Fino agli anni Cinquanta, il sistema più semplice per controllare i malati era dunque quello di immobilizzarli, in modo da contenerne la pericolosità. In Italia, con la riforma Basaglia, ha in qualche modo superato la contenzione, e al tempo stesso non ne ha impedito la ricomparsa. Gli ultimi Trent'anni hanno visto un intenso dibattito sui temi etici inerenti alle cure mediche e ai trattamenti sanitari di tale pratica potenzialmente lesiva, sia dal punto di vista fisico che psichico. Ad oggi la contenzione la ritroviamo sempre più presente in pazienti geriatrici incapaci di autogestirsi. Parliamo di una pratica ricorrente sia negli ospedali, sia in ambiente domestico. Il processo che dà come risultato la contenzione del soggetto ha origine dalla necessità di sorveglianza, per poi passare alla custodia totale e infine all'immobilizzazione fisica [2]. Si tratta comunque di un atto improprio a tal punto da rendere complicato stabilire i limiti delle esigenze assistenziali. Il disorientamento spazio-temporale, il frequente rischio di caduta e l'aggressività fisica rappresentano una condizione di pericolosità per sé e gli altri, sono questi motivi principali per cui si ricorre alla contenzione.

1.1 Definizione di contenzione

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. Può essere attuata mediante metodiche manuali o fisiche, strumenti meccanici, materiali o altre attrezzature applicate al corpo del paziente. I mezzi di contenzione sono definiti dalla Food and Drug Administration (FDA) come quegli «accessori o dispositivi per uso medico, adottati al fine di limitare i movimenti del paziente per il tempo necessario a consentirne il trattamento, l'esame clinico o la protezione del paziente o altri» [3]. Il Documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 2010, sottolinea che è nel silenzio che si realizza un uso poco critico di questa pratica; un documento dedicato alla contenzione, che non vuole gettare le basi tecniche per una contenzione ben fatta ma creare una strategia, laddove possibile, per la sua prevenzione. Ciò che ruota attorno a questi dispositivi è ancora poco chiaro: infatti, esistono diverse tipologie di contenzione che prevedono in linea generale gli stessi concetti, seppur con qualche differenza soprattutto nella classificazione dei mezzi. I presidi che riducono o limitano il movimento di una persona sono classificabili in quattro categorie [4]:

- contenzione fisica: questa impone una limitazione manuale del movimento di una persona con uso della forza. Fra le principali tecniche di contenzione fisica rientra anche quella di Holding, usata per contenere la crisi acuta della persona. Si ricorre alla propria forza fisica con lo scopo di limitare i movimenti del soggetto, per poi passare all'ascolto dello stesso. Il fine ultimo è quello di stabilizzarlo e nel mentre instaurare un dialogo;
- contenzione meccanica: è definita come qualsiasi azione o procedura che impedisca il movimento libero del corpo di una persona. Si attua mediante l'uso di un mezzo fissato a una superficie rigida adiacente alla corporatura dell'assistito, ma a questo inaccessibile;
- contenzione farmacologica: consiste nella somministrazione di un farmaco che non fa parte del regime di trattamento della persona. Implica l'uso di un sedativo spesso somministrato in risposta a un atto percepito come violento/aggressivo o per rendere più agevole la gestione assistenziale;
- contenzione ambientale: viene generalmente definita come l'azione di allontanare un individuo dagli altri, isolandolo, limitando peraltro la sua capacità di stare in uno spazio definito. Può essere attuato costringendo il paziente in uno spazio circoscritto o in un'area specifica bloccando, di conseguenza, ogni accesso.

1.2 Riferimenti a leggi e normative

La pratica della contenzione pone questioni etiche e medico-legali che devono essere affrontate al fine di superarne le profonde contraddizioni. La gestione del proprio corpo è un diritto garantito dalla Costituzione che, nell'art. 13, sancisce la libertà personale e individuale: "Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla Legge" [5]. A seguire, l'art. 32 dispone che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" [6]. In conclusione, nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento se non per disposizione di legge. La sentenza della Cassazione del 20 giugno 2018, n. 50497 si concentra sulla "natura della contenzione" approfondita dai giudici, sul reato di sequestro di persona e sulle conseguenze nei confronti di medici e infermieri coinvolti in atti di abusi [7]. Secondo la Corte di cassazione la contenzione non ha natura di "atto medico", in quanto quest'ultimo ha la finalità di realizzare una "tutela per la salute". La liceità dell'uso dei mezzi contenitivi viene giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 [8] del Codice penale che, recita: "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 deve essere attuale e l'applicazione della contenzione può avvenire solo in via precauzionale sulla base della possibilità di un danno grave alla persona. Occorrono quindi elementi obiettivi che devono essere indicati in modo puntuale e dettagliato in cartella clinica e infermieristica, con un costante monitoraggio del paziente. Per la sua estrema invasività, tale manovra deve essere applicata, oltre che nei limiti dello stretto necessario, e con le dovute valutazioni del clinico di riferimento, e motivando in cartella clinica tutti gli elementi obiettivi che hanno reso inevitabile il suo utilizzo. La cassazione specifica quindi che la contenzione è un atto soggetto a prescrizione medica. Fuori da questi elementi la contenzione è illecita e il medico e il personale sanitario che la applicano, sottopongono il paziente a una illegittima privazione della libertà personale, rischiando quindi gli estremi del reato di sequestro di persona.

Capitolo 2. Ruolo degli infermieri nelle contenzioni

L'Art.3 del codice deontologico dell'infermiere, approvato dal Comitato centrale della Federazione recita: "La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo" [9]. Art. 30: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia un evento straordinario, accompagnato da prescrizione medica o da documentate valutazioni di specialisti" [10]. La formazione del personale è di fondamentale importanza nell'adeguata gestione dell'intervento, ciò deve prevedere: 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. Viene anteposto un "leader" che coordinerà l'interazione con il paziente e darà disposizioni agli altri professionisti, coordinerà la sicurezza ambientale con la rimozione di oggetti, mobili, suppellettili di possibile intralcio e/o potenzialmente pericolosi, allontanando eventuali terzi per prevenire un eventuale minaccia per loro e per il paziente, promuoverà l'uso dei DPI (mascherina sul volto, guanti). L'immobilizzazione del paziente avviene secondo un piano preordinato: ognuno trattiene un arto e uno (di solito il "leader") protegge la testa e controlla la corretta esecuzione delle manovre per evitare compressioni al corpo del paziente; fondamentale è la sicurezza personale con la rimozione di oggetti potenzialmente pericolosi per se e/o altri (accendini, oggetti taglienti etc.) È essenziale spiegare al paziente, durante la procedura, le motivazioni e le finalità dell'intervento, utilizzando ogni canale comunicativo. È necessario utilizzare dispositivi conformi alla Direttiva CEE 93/42 come recepita dal D.Lgs. 46/97. Per quanto riguarda le responsabilità, l'infermiere può contenere soltanto se esiste una prescrizione medica ed effettuando la relativa registrazione nell'apposito modulo che diventa parte integrante della cartella clinica e infermieristica. La prescrizione deve indicare: la motivazione, le circostanze che hanno inciso sulla decisione, tipo di contenzione scelta, caratteristiche e corretta tecnica di applicazione, durata della contenzione (che deve essere limitata nel tempo). La necessità di prolungare o ridurre l'uso della contenzione deve avvenire solo dopo un'ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'equipe. La contenzione non può durare per più di 12 ore consecutive a meno che non lo richieda la condizione del soggetto. All'atto della contenzione, il medico deve assicurarsi delle condizioni cliniche del paziente e deve provvedere a richiedere ogni esame necessario alla sua tutela come esami clinici ed ECG. Gli stessi devono essere considerati urgenti per il paziente in relazione al particolare stress a cui sarà sottoposto. Durante la contenzione la persona va monitorata dal personale infermieristico ogni 4 ore, per prevenire effetti dannosi come: abrasioni, edemi agli arti inferiori, ematomi o lesioni da decubito [11]. Qualora durante il monitoraggio si rilevi la presenza di questi effetti nocivi, è indispensabile che il processo di

contenzione venga interrotto e contattato il medico. L'osservazione prevede anche il corretto posizionamento dei presidi e il relativo controllo che va documentato con annotazione scritta sulla cartella clinica e infermieristica. I dati relativi alla contenzione devono essere riportati in ordine cronologico in un apposito registro, in quanto la responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione coinvolge la condotta di tutta l'equipe clinica [12]. Durante il periodo di contenzione al paziente deve essergli garantita la possibilità di movimento ed esercizio per almeno 10 minuti ogni 2/3 ore. La contenzione deve essere accompagnata del consenso dei familiari (fig.1); in quanto spesso il paziente non è in grado di esprimere validamente il proprio parere, appunto per questo la famiglia deve essere informata tramite un colloquio con il medico referente dove si illustrano i motivi e le modalità di contenzione. In ambito professionale, gli infermieri si adoperano affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia un evento straordinario ed eccezionale, e non una metodica abituale di accudimento, nell'ottica di limitare il più possibile il ricorso ai mezzi di contenzione. L'interruzione della contenzione va stabilita dal medico e motivata nella documentazione clinica [13]. Successivamente il personale sanitario (infermiere e OSS) rimuoveranno i presidi e nel periodo immediatamente successivo va posta particolare attenzione al comportamento e allo stato generale del paziente.

Fermo,

Il sottoscritto _____

(grado di parentela) _____ del paziente _____

Tutore legale (barrare) si no

Autorizza il personale sanitario di questa U.O.C., ad utilizzare i mezzi di contenzione più adeguati (sponde per il letto e/o fasce per gli arti o altri presidi) qualora lo stato mentale del paziente sia tale da poter provocare nocimento a se stesso, anche nel senso di non consentire la terapia necessaria e ritenuta più adeguata, o possa nuocere ad altre persone.

Dichiara altresì di essere stato informato adeguatamente dal personale medico riguardo le condizioni cliniche del paziente che rendono necessarie le procedure di contenzione suddette e sui possibili effetti collaterali delle stesse.

Firma del medico _____ Firma familiare e/o tutore _____

Figura 1: Esempio di un consenso informato per l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

2.1 Problematiche fisiche

L'uso della contenzione fisica è stato messo in discussione per vari motivi, uno dei quali è il rischio di complicazioni fisiche e psicologiche. Le conseguenze di quest'ultima sono state ampiamente analizzate per la loro gravità e la ripercussione sulla qualità della vita del soggetto. 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 l'assistito o per altri, o se i tentativi precedenti alla contenzione fisica non hanno avuto successo. Inoltre, il loro uso regolare è considerato un indicatore di scarsa qualità dell'assistenza e può anche rispecchiare abusi fisici e psicologici [14]. Si è dimostrato che la contenzione è capace di aumentare il rischio di morbidità e di mortalità ed aumenta il rischio di infortuni gravi e di morte, in particolare per i soggetti contenuti che presentano una disabilità. I soggetti contenuti tendono ad avere un tempo di ospedalizzazione più elevata fino a 13 giorni, e più frequenti episodi di ricovero. Si potrebbero suddividere le lesioni associate alla contenzione fisica in due gruppi: danni diretti e indiretti. Dei danni diretti fanno parte quelli causati da:

- pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione);
- lesioni nervose, date da dispositivi di contenzione applicati al tronco (corpetti e polsini usati in pazienti con la testata del letto elevata). La forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita 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 data da una contenzione di durata pari a 48 ore. Le stesse subiscono una pressione contro una cinghia di cuoio ancorata al bacino.
- tromboembolia, l'uso dei dispositivi di contenzione rappresenta un fattore di rischio per trombosi venosa ed embolia polmonare.
- asfissia, la persona rimane intrappolata nel dispositivo, o viene trovata appesa ad esso, 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, la contenzione provoca un'eccessiva sudorazione che porta alla disidratazione dell'organismo con conseguente perdita di funzionalità da parte degli organi.
- sindrome neurolettica maligna, l'uso di farmaci neurolettici determina rigidità muscolare, febbre e cambiamenti cognitivi.

I danni indiretti comprendono tutte quelle complicanze non causate direttamente dall'azione del dispositivo. Tra questi si evidenziano [15]:

- maggiore durata del ricovero.
- aumento della mortalità intraospedaliera.
- aumento delle infezioni acquisite durante il ricovero.
- rischio di cadute.
- aumento di disturbo cognitivi.
- diminuzione dei contatti sociali.
- infezioni ospedaliere e lesioni da pressione, soprattutto in pazienti sottoposti al trattamento per più di quattro giorni. È stato, inoltre, dimostrato che i soggetti contenuti continuamente riportano lesioni più gravi.
- incontinenza urinaria e fecale.

In uno studio di Michael Gottlieb et al [16] hanno esaminato l'agitazione psico motoria nei pazienti geriatrici. Quest'ultima è sempre più percepibile negli accessi al Pronto Soccorso, dove le cause possono essere: eziologiche, tossicologiche e psichiatriche. L'agitazione psico motoria presenta sintomi come: irrequietezza, smania, ansia, paura, smarrimento e nervosismo. La valutazione e la gestione del paziente devono avvenire contemporaneamente, in quanto la mancata diagnosi può provocare grave mortalità e morbilità. La gestione iniziale prevede tecniche verbali per ridurre l'irascibilità dell'assistito al fine in primis di tranquillizzarlo e poi successivamente ritrovare la sua autosufficienza. Le opzioni farmacologiche, da prendere in esame quando le tecniche verbali non hanno successo, includono antipsicotici di prima generazione, antipsicotici di seconda generazione, benzodiazepine e ketamina. Infine, la gestione del paziente con agitazione acuta e prolungata può richiedere l'intervento anche di restringimenti fisici. Da questo articolo è possibile constatare la necessità di rilevare nuove strategie terapeutiche e cliniche per la gestione più appropriata dei pazienti con alterazioni psichiche, al fine di aiutare medici e sanitari di emergenza per gestire in modo sicuro ed efficace questi pazienti senza creare effetti nocivi.

2.2 Chi arriva ad aver bisogno delle contenzioni

I mezzi di contenzione, come già citato precedentemente, limitano la libertà della persona e devono essere utilizzati solo nei casi di estrema necessità cioè in quelle situazioni di eccezionale gravità. Non deve, perciò, essere un metodo abituale di cura, ma va motivata la ragione principale che spinge ad utilizzare questi sistemi. Deve essere impiegata come ultima soluzione, quando i mezzi alternativi

meno restrittivi si sono dimostrati inefficaci, presa cioè in considerazione nel solo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine [17]. Inoltre, i dispositivi devono essere idonei e proporzionati alle circostanze del paziente. Per chiarire meglio i termini sulla contenzione, sono stati esaminati sette database di scienze della salute e sono state approfondite in letteratura pubblicata tra il 1995-2019, con un'ulteriore ricerca manuale. Il processo prevede una selezione sistematica, utilizzando uno strumento di valutazione per i metodi misti grazie alla guida Prisma, sono stati inclusi un totale di 23 studi e sono stati individuati quattro temi principali: la mancanza di una pratica standardizzata, le caratteristiche del paziente associate all'uso della contenzione, la lotta nella pratica e la decisione di applicare la contenzione. Quest'ultima è vista come un metodo per preservare la sicurezza del paziente, gli infermieri sono i principali decisori nell'applicare questi dispositivi e riferiscono che la cura dei pazienti con agitazione psico motoria è fisicamente e psicologicamente più impegnativa. La decisione di contenere questi pazienti può essere influenzata dall'ambiente di lavoro, dai comportamenti degli assistiti e dall'intensità clinica. È consigliato un supporto e una guida per i professionisti sanitari che assistono i pazienti con patologie come il delirio e agitazione. Queste rappresentano una potenziale minaccia per l'assistenza del paziente e la difficoltà per il mantenimento delle terapie salvavita. Tuttavia, non è ancora chiaro se l'uso delle contenzioni sia fondato su pratiche basate sull'evidenza o su consuetudini e culture. Tra i motivi che portano gli operatori sanitari ad utilizzare i mezzi di contenzione c'è sicuramente il deterioramento cognitivo, spesso citati come motivazione clinica per l'inizio della procedura, che si mostra con disturbi del comportamento come: deficit delle funzioni esecutive e spaziali, associati ad apatia, umore depresso, ansia, allucinazioni, cambiamenti di personalità, agitazione e iperattività. Rileviamo anche vocalizzi e urla; irritabilità e rifiuto dell'assistenza; aggressività; disturbo del sonno; disorientamento spazio-temporale e agitazione psico-motoria; riduzione del visus; rischio di caduta; Wanderlingh (vagabondaggio); rischio di rimozione di devices (CVC, CVP, CV, SNG, PEG, cannula tracheostomica); comportamenti auto o etero lesionistici; necessità di praticare terapia farmacologica; in occasione di trasporto in barella; in caso d'inerzia degli operatori [18]. La contenzione viene anche spesso utilizzata per motivi logistici del reparto: se il soggetto è contenuto ha bisogno di minor sorveglianza e il personale può dedicarsi ad altri assistiti, evita di disturbare gli altri ricoverati, è più semplice somministrare la terapia farmacologica e permette di agire in maniera più tempestiva. Oltre che in situazioni di urgenza o emergenza, per le quali l'atto di contenzione rappresenta, in quel momento, l'unico e inevitabile strumento per la salvaguardia della persona o di terzi. Nonostante questo, anche di fronte ad una situazione non del tutto controllabile, caratterizzata da un concreto rischio per la persona assistita e per terzi si impone sempre di valutare ed eseguire ogni provvedimento alternativo alla misura contenitiva. In circostanze in cui questo non risulta sufficiente, poiché sussiste

l'obbligo di scongiurare l'insorgenza di eventi avversi durante l'assistenza (garantito dall'art. 40 [19] del Codice penale "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo"), risulta necessario ricorrere a misure più gravose. Fatte salve le situazioni sopracitate, è sempre doverosa una corretta informazione della persona assistita, volta a spiegare le ragioni del provvedimento proposto e a ottenerne in qualche modo l'accettazione.

2.3 Gli effetti sulla qualità della vita

Non è difficile affermare che la contenzione causa patimento soprattutto dal punto di vista psicologico, e particolarmente nei soggetti portatori di deficit cognitivo rappresenta un'esperienza negativa. Il vissuto da parte dell'assistito incide a livello emotivo, tanto che spesso questi provvedimenti vengono testimoniati come "disumani" e "umilianti". L'uso di restringimenti fisici, in particolare quelli che coinvolgono l'area del tronco, viene percepito come una perdita della libertà e dell'autonomia, per la totale assenza di controllo sull'ambiente e per la privazione di comfort. Peggiorano, inoltre, le relazioni sociali del soggetto generando un senso di impotenza, colpendo pesantemente l'immagine di sé e l'identità del soggetto. A questi aspetti fondamentali, si aggiungono sentimenti di umiliazione, punizione e trauma che costituiscono non solo un problema di sicurezza, ma di violazione dei diritti fondamentali dell'uomo. Questa impressione di abuso dei propri diritti, associata a restrizione dell'autonomia e della mancata partecipazione nelle scelte del proprio percorso terapeutico, non viene vissuta come "necessaria", ma anzi come punitiva. Ciò si manifesta tramite un insieme di emozioni quali: senso di non essere preso in carico, di non essere rispettato o ascoltato, di sentirsi svalutato, non autosufficiente. La qualità della vita è stata valutata longitudinalmente grazie ad uno studio di Ashild Gjellestad et al [20], con tre misurazioni in sei case di cura geriatriche, dove un gruppo usava una tecnologia di sorveglianza (n = 170) e l'altro gruppo le contenzioni fisiche/meccaniche/ farmacologiche (n = 22). Le contenzioni sono state utilizzate quasi esclusivamente nei pazienti con bassa indipendenza nelle attività della vita quotidiana (18 su 22), che avevano un punteggio dell'indice Barthel ≤ 5 . I risultati hanno mostrato che i residenti dipendenti dove si impiegava con tecnologia di sorveglianza avevano effetti significativamente più positivi rispetto ai residenti anch'essi dipendenti con restrizioni fisiche. Tuttavia, questa differenza si è rivelata ancora più significativa dopo l'inserimento dei dati personali come: età, sesso, stadio della demenza, qualità della vita dei residenti nelle case di cura, assistiti totalmente dipendenti. Si è concluso che gli strumenti alternativi alla contenzione possono migliorare sia l'aspetto psicologico sia fisico degli assistiti. Sul tema degli effetti negativi delle pratiche contenitive sulla salute dei pazienti, le relatrici Maila Mislej, Livia Bicego e Melania Salina, dirigenti infermieristiche in servizio nella Regione

Friuli, hanno riferito i contenuti di molteplici studi che dimostrano come la pratica della contenzione determina nel paziente umiliazione, paura, apatia e insicurezza, rabbia, collera, tristezza, ansia e senso di abbandono [21]. Cambierà il loro modo di vivere la vita e le persone, accompagnata da timori, carenza di fiducia verso l'altro, specialmente nei confronti dei sanitari, compromettendo direttamente la relazione terapeutica e aumentando i dubbi dell'assistito nei confronti dei servizi alla persona. Rimarcando le conclusioni svantaggiose delle contenzioni, il soggetto riporterà dentro di sé, da lì in avanti, un segno indelebile del proprio vissuto, temerà il riproporsi dell'evento contenitivo, si sentirà considerato con scetticismo e tenterà di prevenire una futura riospedalizzazione. La contenzione è capace di incidere pesantemente sulla qualità di vita del soggetto, per senso di inadeguatezza e di non autosufficienza esponendolo a mortificazione all'interno del contesto in cui si trova [22]. Sarà frequente il senso di vergogna, d'insicurezza e l'evoluzione verso un atteggiamento ansioso accompagnato da sensi di colpa, concentrandosi poco sulla sua guarigione. Tutto ciò comporterà effetti negativi sulla sua autostima.

Capitolo 3. Contenzione domiciliare nel paziente geriatrico

La contenzione domiciliare nei pazienti geriatrici si racchiude in un insieme di misure e disposizioni che possono essere usati a domicilio per garantire la sicurezza del paziente. In Giappone è stato eseguito uno studio da Sadami Kurata et al [23] in cui hanno valutato le conoscenze e le percezioni dei caregiver familiari e dei sanitari nella contenzione fisica utilizzata nell'assistenza domiciliare. Il Giappone è un paese con la più alta percentuale di popolazione senile al mondo e dove l'assistenza domiciliare è molto comune. È stato svolto uno studio trasversale che prevedeva che su 494 assistiti a domicilio, 201 caregiver, 78 infermieri che lavoravano presso i domicili di questi assistiti, 131 medici domiciliari e 158 badanti/ assistenti di pazienti fragili che vivono in casa e che necessitano di cure e supporto medico. Sono stati somministrati questionari sulla conoscenza di 11 procedure di contenzione fisica vietate e 10 effetti nocivi che provoca la contenzione, 17 motivi validi per richiederle ai medici e professionisti e le esperienze negative che causano quest'ultime sui pazienti. Il risultato è che i caregiver non erano conoscenza della maggior parte delle procedure proibite e di effetti nocivi dichiarati che provocano la contenzione rispetto alle conoscenze che avevano i professionisti sanitari. Dei 17 motivi per richiedere le contenzioni era più alta la richiesta tra i caregiver rispetto ai professionisti sanitari. Queste differenze dipendevano dalla partecipazione ai corsi di educazione da parte dei professionisti. Mentre il 20,1% dei caregiver familiari aveva dubitato sull'uso di questi restringimenti fisici, il 40,5% degli operatori sanitari aveva osservato questa procedura nelle case degli assistiti e il 16,7% dei sanitari avevano consigliato questi dispositivi visti come un mezzo educativo e l'aveva impiegata lui stesso. Possiamo affermare che la conoscenza sulle restrizioni fisiche differivano tra i caregiver familiari e gli operatori sanitari ed erano diverse anche tra quest'ultimi, in quanto loro stessi dovrebbero acquisire più conoscenze sugli effetti dannosi che può recare e ricercare procedure standardizzate e appropriate per aiutare i caregiver per ridurre l'uso di questi restringimenti. Uno studio simile è stato realizzato da Patrick Pui- Kina et al a Rio de Janeiro [24], si tratta di uno studio trasversale con 162 pazienti assegnati in modo casuale a un programma di assistenza domiciliare da marzo a luglio 2018. Hanno utilizzato come tecnica per la raccolta dei dati l'osservazione diretta e l'intervista strutturata dei dati clinici sui pazienti. Si nota che c'era una prevalenza del 13% nell'uso della contenzione meccanica negli assistiti in ambito domiciliare. Erano frequenti l'uso di bende, fazzoletti e lenzuola nelle braccia/gambe e nel torace, e la giustificazione del loro utilizzo è stata per il controllo del comportamento aggressivo (28,6%), la prevenzione delle cadute (19%) e la protezione (19%). Dai dati è possibile rilevare che il 42,9% degli assistiti è rimasto contenuto per più di 24 ore e nell'85,7% dei casi sono stati confinati in una stanza. È quindi necessario ampliare la formazione dei caregiver, consigliando pratiche assistenziali che preservino l'autonomia del paziente, concedendo più dignità, rispettando i principi etici della persona. Da questi studi si è

dedotto che è preferibile concentrarsi su strategie di assistenza che favoriscano l'indipendenza e l'autonomia del paziente. Queste strategie possono includere:

- adattamenti ambientali: apportare modifiche all'ambiente domestico per ridurre i rischi di caduta, come l'installazione di maniglie di sostegno, tappetini antiscivolo e l'eliminazione di ostacoli;
- monitoraggio a distanza: utilizzare dispositivi di teleassistenza o sistemi di monitoraggio a distanza per rilevare situazioni di emergenza e fornire assistenza tempestiva;
- assistenza domiciliare: assicurare la presenza di un caregiver o di un assistente domiciliare per fornire supporto e supervisione al paziente, specialmente se hanno bisogno di assistenza nelle attività quotidiane;
- assistenza sociale e supporto emotivo: garantire un adeguato sostegno sociale attraverso visite regolari, attività sociali o coinvolgimento in gruppi di interesse, per evitare l'isolamento e promuovere il benessere emotivo [25].

È importante coinvolgere un professionista della salute o un assistente sociale per valutare le esigenze specifiche del paziente e fornire indicazioni appropriate per garantire la loro sicurezza e benessere in casa.

3.1 Ruolo dell'infermiere territoriale nella contenzione geriatrica

L'infermiere domiciliare, oggi in via di sviluppo nella figura dell'infermiere di Famiglia è un professionista sanitario che interviene direttamente a casa del paziente sia per intervenire nelle malattie croniche ma anche per interventi più semplici come medicazioni, rimozione punti di sutura, cambio catetere, iniezioni o per somministrare le terapie farmacologiche [26]. L'assistenza infermieristica domiciliare si rivolge al paziente ma coinvolge direttamente o indirettamente anche chi lo assiste quotidianamente (caregiver) e l'intero nucleo familiare. Il suo obiettivo è migliorare le condizioni di vita del paziente assicurando allo stesso tempo una continua interazione con l'ambiente familiare. Questo tipo di sostegno, si basa su un approccio globale delle necessità, non solo sanitarie, ma anche di supporto psicologico-emozionale e di educazione sanitaria dell'utente, dell'ambiente familiare, tenendo conto dei limiti che può offrire questo tipo di assistenza. Questo professionista è in grado cogliere quei segnali, spesso celati, di malessere sociale, di conflittualità legate alla difficoltà di relazione, nonché interpretare e mitigare le situazioni di ansietà. Questi possono svolgere un ruolo cruciale nel garantire che le misure di contenzione siano adottate in modo appropriato, sicuro ed etico, valutando la condizione fisica, cognitiva e psicologica del paziente e identificando i rischi per la sicurezza. Sulla base di questa valutazione, possono sviluppare un piano

di assistenza individualizzato che includa misure di contenzione appropriate, se necessario. I professionisti sanitari possono offrire anche consulenza e istruzioni alle famiglie sull'impiego adeguato di questi sistemi. Ciò può includere l'insegnamento di tecniche di movimentazione sicura, conoscenza sulle diverse tipologie di contenzioni, l'illustrazione sui potenziali rischi, tecniche alternative. I professionisti devono monitorare regolarmente l'efficacia delle misure di contenzione e apportare eventuali modifiche o aggiustamenti necessari. Devono anche valutare l'impatto psicologico ed emotivo che questi dispositivi possono creare nell'assistito; lavorano spesso in equipe con altri professionisti della salute, come medici, psicologi e assistenti sociali, per garantire un'assistenza globale. Gli infermieri domiciliari sono responsabili del monitoraggio dello stato di salute generale del paziente per rilevare eventuali segni di complicanze o effetti avversi. Il fine ultimo a cui si ambisce è promuovere l'autonomia e il benessere dell'assistito, assicurando che vengano adottate misure di contenzione appropriate rispettando i loro diritti e della loro dignità. Nonostante le crescenti evidenze sulle sue conseguenze negative che può creare la contenzione, e che questa dovrebbe essere impiegata come ultima soluzione, è ancora avvertibile in molti paesi, con una prevalenza che varia tra il 4% e l'85% a livello domiciliare e tra il 6.2% e il 16.6%, negli ospedali [27]. Poco, però, si conosce sull'uso della contenzione a domicilio per quegli assistiti gestiti da caregiver e/o badanti. Nella recente revisione di Scheepmans [28] di 8 articoli, pubblicati tra il 2002 e il 2017 su studi condotti in Europa, Giappone e USA, la prevalenza dell'utilizzo di questi presidi variava dal 5% in soggetti affetti da demenza, del 5 al 7% in soggetti con deficit cognitivo assistiti dai servizi domiciliari, con una prevalenza che variava dal 3% nei Paesi Bassi, al 4% in Inghilterra, al 18% in Spagna e al 20% in Germania. È stato applicato un campionamento casuale con 6.397 soggetti che ricevono assistenza domiciliare, nella ricerca qualitativa di Scheepmans, gli infermieri hanno riportato che la contenzione veniva somministrata senza un continuo controllo e che la famiglia aveva un ruolo dominante nella decisione. Le ragioni più comuni per giustificare la scelta per impiegare quest'ultimo erano: la sicurezza (50.2%), la richiesta da parte del familiare (31.9%) o dello stesso assistito (18.7%), fornire sollievo alla famiglia (8.2%) e tenere il paziente a casa il più a lungo possibile per evitare il ricovero in una casa di riposo (18.6%). Un'altra indagine conoscitiva del fenomeno è stata condotta presso il Servizio Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) del Distretto 1 di Bassano del Grappa [29], dell'ULSS7 Pedemontana della Regione Veneto. Il Distretto 1 comprende 28 comuni per complessivi 180.336 abitanti, i dati sono stati raccolti dai 28 infermieri del Servizio ADI dal 13 marzo al 15 aprile 2017, dove ciascun assistito è stato valutato una sola volta, la scheda di raccolta dati riportava età, sesso, capacità di deambulare (autonoma o con aiuto), capacità di collaborare nei trasferimenti letto-carrozzina, presenza di confusione o agitazione, numero e tipo di mezzi di contenzione, il motivo e la durata nelle 24 ore della contenzione e la presenza di prescrizione.

Si è inoltre indagato se i caregiver erano stati istruiti sull'applicazione di questi presidi e informati sui possibili danni diretti e indiretti. Sono stati quindi valutati 510 assistiti: 175 (34.3%), età media 84.6 anni e 62.3% donne, utilizzavano uno o più mezzi di contenzione, 16 utilizzavano un mezzo di contenzione per mantenere la postura o facilitare i passaggi posturali e, pertanto, non sono stati considerati contenuti, poiché i mezzi usati non limitavano la libertà di movimento, ma favorivano il posizionamento in una posizione confortevole che la persona da sola, non era in grado di assumere e mantenere. Tra le persone contenute 27 (15.4%) erano allettate, 42 (24.0%) avevano una mobilità limitata ai trasferimenti dal letto alla carrozzina, 58 (33.1%) camminavano con o senza aiuto, 48 (27.4%) erano confuse o agitate e in grado di camminare da sole o con aiuto. I motivi principali che portavano a prendere in esame questa tipologia di assistenza era: la prevenzione delle cadute dal letto o dalla carrozzina. Il 77.1% degli assistiti erano contenuti con un solo mezzo, il 20.6% con due mezzi e il 2.2% con tre mezzi. Più mezzi di contenzione, erano utilizzati nel 60.4% delle persone confuse o agitate. In Norvegia tra il 1° gennaio 2015 e il 31 dicembre 2016 Angela Teece et al [30] hanno sviluppato uno studio trasversale, basato su provvedimenti per il trattamento forzato per persone con demenza gestite a livello domiciliare, approvato dal Comitato regionale per l'etica della ricerca medica e sanitaria e dal Centro norvegese per la ricerca. Si è verificato 108 preferenze per il trattamento forzato per assistiti affetti da demenza. Le decisioni di ricovero rappresentano il 57% dei dati, il 27% riguarda decisioni per utilizzo di mezzi per limitare la libertà di movimento del paziente, l'assistenza alle attività della vita quotidiana il 16%. Nella maggior parte dei casi, i medici erano responsabili delle decisioni (77%), ma erano decisamente più coinvolti infermieri e familiari, questo studio ha dimostrato grazie a disposizioni documentate, la preferenza da parte di medici e caregiver per un nuovo ricovero rispetto che nell'intraprendere un trattamento forzato. Una scarsa conoscenza sull'utilizzazione di questi dispositivi può costituire un rischio per la sicurezza e il benessere degli assistiti. Il numero di persone con disabilità psico motorie che vivono a domicilio è in aumento e sono in crescita i loro bisogni assistenziali. In alcune situazioni, gli operatori sanitari forniscono assistenza contro la volontà dell'assistito, denominato come trattamento involontario, ovvero l'assistenza non consensuale da parte del paziente, con l'ausilio di farmaci psicotropi e contenzione fisica. A tal riguardo, è stato realizzato un ulteriore articolo svolto da Angela M H J Mengelers et al [31] nei Paesi Bassi tra giugno e novembre del 2016 diretto a ottenere informazioni sugli atteggiamenti degli infermieri domiciliari e dei familiari nei confronti negli assistiti con patologie cognitive residenti a domicilio. Prevedeva uno studio trasversale con un totale di 228 professionisti tra personale infermieristico, medici generici e altri operatori sanitari come fisioterapisti e psicologi e 77 familiari di questi pazienti che hanno completato un questionario sull'atteggiamento verso il paziente con un trattamento forzato. Il questionario rileva la difficoltà o meno percepita dai sanitari e dai caregiver

durante la procedura di restrizione della libertà non consensuale ai pazienti. Un aspetto constatato nei caregiver è sicuramente il grande carico di lavoro percepito e hanno indicato di sentirsi più sicuri quando si utilizzano questi dispositivi, al contrario del personale infermieristico che predilige misure alternative, è importante tenere conto delle differenze negli atteggiamenti e favorire il dialogo tra i caregiver e i professionisti familiari per trovare un terreno comune e assicurarsi alternative al trattamento involontario. Questi risultati mirano a prevenire il trattamento involontario nell'assistenza domiciliare.

Capitolo 4. Revisione della letteratura

4.1 Obiettivi di ricerca

L'obiettivo principale di questa tesi è stato quello di valutare l'uso delle contenzioni nel paziente geriatrico. La revisione ha cercato di rispondere ai seguenti quesiti di ricerca:

- Quali sono gli effetti della contenzione nel paziente geriatrico nel setting territoriale?
- Quali sono i ruoli che assume l'infermiere nella contenzione territoriale?

4.2 Materiali e Metodi

4.2.1 Procedimento

Revisione della letteratura secondo il metodo PRISMA [32].

4.2.2 Database

Pubmed Strategy.

4.2.3 Picos

P: paziente geriatrico

I: interventi di nursing nella contenzione

C: interventi di nursing nella contenzione territoriale e/o presso residenze territoriale vs. nessun intervento e/o intervento diverso

O: outcome quali/quantitativi

S: studi primari

4.2.4 Stringa di ricerca

Search: (((((((((((((physical restraints nursing) OR (restraints nursing)) OR (physical restraints nursing home)) OR (educational intervention reduce physical restraints nursing)) OR (educational intervention reduce physical restraints)) OR (educational intervention reduce physical restraints nursing home)) OR ("Home Care Services"[Mesh] OR "Home Care Services, Hospital-Based"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh])) OR ("Primary Health Care"[Mesh])) OR (((("Home Health Nursing"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Advanced Practice Nursing"[Mesh] OR "Evidence-Based Nursing"[Mesh] OR "Family

Nursing"[Mesh]) OR "Public Health Nursing"[Mesh]) OR ("Nursing Homes"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh])) OR "Community Health Nursing"[Mesh])) OR (nursing home care)) OR (domiciliary care)) OR (home care services)) OR (home care nursing)) AND (((((((("Frail Elderly"[Mesh]) OR ("Aged"[Mesh])) OR (older adults)) OR (frailty older adults)) OR (older people)) OR (frailty older)) OR (geriatric)) OR (geriatric assessment)) OR (geriatric patients))) AND (((("Restraint, Physical"[Mesh]) OR (Restraint)) OR (physical restraint)) OR (physical restraints)) Filters: in the last 10 years.

Criteri di inclusione:

- Testi in lingua inglese
- Reperimento full text
- Limite temporale ultimi 10 anni

4.2.5 Flow-chart di selezione (allegato 1)

4.2.6 Risultati: tabella riassuntiva (allegato 2)

4.2.7. Commento risultati

Nello studio descrittivo qualitativo condotto da Jun Wang et al [33] nel 2022 che ha valutato gli effetti di un programma introdotto nelle case di cura cinesi, ha arruolato 126 sanitari introducendo un nuovo programma educativo al fine di ridurre al minimo l'uso della contenzione. Questo è stato rivolto in particolare agli infermieri e comprendeva tre lezioni teoriche e una lezione pratica. L'obbiettivo è stato quello di aumentare le loro conoscenze. Dopo un mese dalla fine del programma è stato somministrato un test dove è stato verificato una diminuzione dei tassi della pratica contenitiva ($P < 0,001$) ed è diminuita anche la durata della contenzione durante il giorno ($P < 0,05$). Lo studio ha portato benefici sia sui pazienti sia sugli infermieri aumentando le loro conoscenze e trovando nuove alternative alla contenzione. Anche Ching- Fang Chien et al [34] nel 2022 nelle case di cura in Taiwan ha voluto ricercare il tasso di contenzione fisica e i fattori di rischio in cui incorrevano i pazienti. L'autore sottolinea come questa pratica dovrebbe essere usata solo in quei casi dove ogni strada ha fallito, e in quei casi dove è in pericolo il paziente e terzi. Gli effetti collaterali che possiamo ritrovare nei pazienti che hanno subito costrizioni fisiche sono: peggioramento cognitivo, aggravamento della mobilità, depressione, può persino portare alla morte dell'assistito. Dei 5752 intervistati il 30% è stato sottoposto a contenzioni fisiche, il tasso aumenta in presenza di età avanzata, deficit cognitivi, demenza, grado di dipendenza elevata, malattie cerebro vascolari, epilessia intrattabile. Diminuiscono i tassi di contenzione verso le malattie ortopediche e lesioni al midollo. Si è così dimostrato che i rischi legati alla contenzione sono maggiori dei benefici e per questo bisognerebbe ridurla. Romulo Delvalle et al [35] nel 2020, con l'articolo trasversale condotto in 14 istituti in Brasile, hanno preso in esame 443 pazienti dove è stato connotato la presenza della contenzione meccanica nel 7,45%, le sponde del letto erano presenti nel 3,84%. Si mostra chiaro l'aumento della pratica quando sono presenti delle patologie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer e la demenza, dove si richiedono più interventi e prestazioni dai sanitari. La principale giustificazione dell'uso dei mezzi contenitivi era per il rischio di cadute accidentali e la rimozione dei device. Anche l'autrice Lara Pivodic [36] et al ha verificato, nel 2020 con uno studio epidemiologico, l'utilizzo dei metodi contenitivi nei pazienti in fine vita nelle case di cura di sei Paesi Europei (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Italia, Paese Bassi, Polonia). In queste case di cura sono stati somministrati dei questionari al personale sanitario per comprendere il tipo/i di contenzione usata, la frequenza con cui si impiegava, e se il suo aumento era influenzato da alcune patologie. Dei 1.384 residenti deceduti la presenza di atti contenitivi era dell'81%. Le costrizioni degli arti e/o del tronco sono state utilizzate quotidianamente nell'ultima settimana di vita nell'8% (Belgio), 1% (Inghilterra), 4% (Finlandia), 12% (Italia), 0% (Paesi Bassi) e 0,4 % (Polonia) di residenti; e meno frequentemente del quotidiano nel 4% (Belgio), 0% (Inghilterra), 0,4% (Finlandia), 6% (Italia), 0% (Paesi Bassi) e 3,5% (Polonia) dei

residenti. La percentuale di pazienti contenuti è stata più alta in Italia e in Belgio. Secondo l'autore Jun Wang et al [37] con uno studio osservazionale e trasversale effettuato nel 2020, ha preso in esame 1026 pazienti provenienti da strutture per l'assistenza a lungo termine a Chongqing (Cina). I dati sull'uso della contenzione e le caratteristiche che avevano i pazienti che subivano questa pratica sono stati raccolti utilizzando metodi di osservazione e questionari rivolti agli infermieri. Dai dati è emerso che le restrizioni fisiche venivano somministrate nel 25,83% dei campioni totali, venivano adoperate cinture in vita (55,47%), cintura per i polsi (52,83%), e solo il 60% dei pazienti aveva il consenso informato e il 13,58% hanno avuto complicanze fisiche dopo la contenzione. Secondo l'analisi dell'articolo, il deterioramento cognitivo, la dipendenza delle cure, la limitazione della mobilità, il rischio di cadute e l'agitazione fisica aumentava il rischio di attuare la pratica contenitiva. Kuen Lam FRCP et al [38] nel 2017 ha effettuato uno studio sugli effetti negativi riguardante l'impiego della contenzione nelle strutture di Hong Kong. Lo studio osservazionale della durata di dieci anni vuole sottolineare come nelle strutture di Hong Kong la contenzione sia molto più adottata rispetto agli altri paesi, analizzando i dati di 2896 pazienti presi in esame con età media di 83 anni. Tra il 2005 e il 2015 l'uso della contenzione è aumentato dal 52,7% al 70,2%, la contenzione chimica è aumentata dal 57,9% al 75,7%. L'utilizzo di restrizioni era strettamente associato all'età, alla compromissione delle attività di vita quotidiana, patologie neurodegenerative, incontinenza fecale e urinaria. Si è confermato dallo studio che in questi dieci anni l'uso della contenzione fisica e chimica sono accresciuti, ed è necessario una formazione maggiore per i professionisti. Un'altra indagine è stata fatta in Corea da Eun- Hi Kong et al [39] nel 2017 dove l'obiettivo era quello di proporre un programma in grado di ridurre i tassi di contenzione. È stato elaborato per gli infermieri nelle case di cura coreane, tramite uno studio randomizzato cluster, che venivano divisi 62 nel gruppo sperimentale e 60 nel gruppo senza programma. Dei 62 infermieri che hanno ricevuto il programma educativo con tre lezioni, i dati sono stati raccolti pre e post test. Nel post test si è verificato un miglioramento delle conoscenze ($P < 0,001\%$), nelle percezioni verso la contenzione ($P < 0,01\%$) e verso gli atteggiamenti con gli assistiti ($P = 0,11\%$). Tutti questi progressi sono stati mantenuti per tre mesi. Ruben Muniz et al [40] nel 2016, tramite uno studio longitudinale effettuato in 41 case di cura spagnole, voleva mettere in luce come le pratiche contenitive procurano afflizione e perdita del rispetto nell'assistito. Lo studio è stato svolto in due momenti settembre 2011 con 4361 e a settembre 2014 con 5051 soggetti presi in esame. Si sono osservate almeno dieci diversi tipi di pratiche contenitive. L'età media dei pazienti era 83 anni e il 65% soffriva di demenza. Mediante questo studio si è cercato di centrare l'assistenza sulla persona, diminuendo l'uso della contenzione dal 18,1% all' 1,6%, si è ridotto anche l'utilizzo della contenzione farmacologica come le benzodiazepine. Ruben sottolinea come l'assistenza limitando l'uso delle contenzioni è molto più sicura. Il declino della funzione cognitiva

può influire negativamente sulla qualità di vita dei pazienti. Questo emerge nello studio di Shannon Freeman et al [41] nel 2016 con uno studio longitudinale, esamina come la contenzione fisica e l'uso di farmaci antipsicotici possono danneggiare e peggiorare lo stato cognitivo dei pazienti, conducendoli verso un declino neurologico. I dati sono stati raccolti al momento del ricovero nelle case di cura in Canada e al primo follow up, i soggetti esaminati sono stati 111.052. Dai follow up si è notato che il 16,1% del campione aveva mostrato un declino cognitivo e motorio dopo l'utilizzo dei farmaci antipsicotici e restrizioni fisiche. Lo studio suggerisce di utilizzare la contenzione come ultima risorsa, concentrando maggiormente l'assistenza sui bisogni globali dell'assistito mantenendo così una buona qualità della vita. In Svizzera si è condotto uno studio trasversale multicentrico nel 2015 dove Hedi Hofmann et al [42] hanno indagato la presenza delle restrizioni nelle case di cura svizzere. I campioni erano 1362 pazienti provenienti da due case domiciliari diverse. I dati sono stati raccolti mediante questionari rivolti a infermieri e direttori di queste strutture. Il 26,8% del campione ha subito almeno una contenzione fisica; le sponde del letto sono state utilizzate nel 95% dei campioni. Ciò che aumentava l'utilizzo di quest'ultima era la dipendenza nelle cure, grado di deficit cognitivi, limitazione della mobilità, patologie neurologiche degenerative, patologie motorie. Bernadette Dierckx de Casterlè et al [43] nel 2015, tramite uno studio descrittivo qualitativo nelle Fiandre, voleva comprendere il processo decisionale degli infermieri che somministravano l'atto della contenzione. Sono state condotte ventuno interviste ad infermieri domiciliari che assistevano pazienti con demenze, in età avanzata, con patologie psicomotorie che richiedono maggior sorveglianza. Lo studio si basa sul comprendere il processo decisionale dell'infermiere che sceglie questa pratica clinica. Quello che si rileva è una scarsità di materiali a disposizione, astio con i colleghi e tanta richiesta di fronte a poco personale, la struttura architettonica, non conoscenze o competenze su alternative alla pratica contenitiva, il non possedere una guida a loro disposizione che possa essere un supporto e dare consigli su nuovi comportamenti da adottare. È necessario, per gli autori, dare agli infermieri maggiore preparazione, avere una guida su cui fare affidamento e supportarli al fine di condurre pratiche cliniche etiche nella cura della persona. Emilio Farina- Lopez et al [44] nel 2014 ha esaminato la percezione degli infermieri riguardante le restrizioni fisiche, chimiche e farmacologiche fornite ai pazienti. È stato eseguito uno studio multicentrico trasversale e di correlazione, la ricerca è stata condotta nel 2013 con 2940 pazienti in diciannove case di cura spagnole. È stato distribuito un questionario agli infermieri che lavorano in queste case di cura, in merito alla loro percezione nei confronti della contenzione e come la vivevano. Il questionario voleva evidenziare le conoscenze degli infermieri sugli effetti negativi a cui potevano incorrere gli assistiti, se erano a consapevoli di nuove alternative, la loro esperienza professionale e le caratteristiche sociodemografiche dei sanitari. La formazione degli infermieri, emersa dai risultati, è molto scarsa,

l'83,7% degli infermieri aveva poca o nulla formazione post-laurea, il 29,2% aveva letto qualche documento sui rischi della pratica contenitiva, il 66,6% degli infermieri ritiene la propria formazione inadeguata. I professionisti intervistati, nonostante siano a conoscenza della loro poca formazione, ritengono in molti casi che quest' ultima pratica sia necessaria nell'assistenza quotidiana. Il pericolo che il paziente possa cadere o possa rimuoversi i device, possa avere comportamenti aggressivi, e soprattutto perché ci sono pochi infermieri per tanti pazienti, non permette di eliminare dall'assistenza la contenzione. Un'analisi retrospettiva è stata eseguita nello studio di R. Tamara Konetka et al [45] nel 2014. Questa voleva valutare se la riduzione della contenzione fisica potesse aumentare l'uso degli antipsicotici nei pazienti con deterioramento cognitivo. Tra il 1999 e il 2008 l'impiego della pratica contenitiva in America si è ridotto nei pazienti nelle case domiciliari. È stato diviso in due gruppi il campione, chi aveva un grave deterioramento cognitivo conclamato (gruppo 1) e chi invece non presentava segni di alterazioni cognitive (gruppo 2). È stato osservato un calo notevole delle contenzioni nel gruppo 1 passando da 8.3% a 3.3% ma è aumentato per l'uso degli antipsicotici del 36% nello stesso gruppo. L'analisi suggerisce come una diminuzione della contenzione fisica ha avuto una conseguenza secondaria, ovvero l'aumento della contenzione farmacologica tramite gli antipsicotici. In Taiwan la contenzione fisica è comunemente usata nelle case domiciliari per pazienti geriatrici per prevenire cadute e lesioni. Purtroppo, molti sanitari non sono consapevoli dei danni che può provocare, in quanto gli assistiti non possono muoversi liberamente e ciò accresce il rischio di atrofia muscolare, riduzione della loro autonomia e della loro funzionalità fisica. Tutto questo è stato espresso da Hui Chi Huang et al [46] in uno studio epidemiologico, dove ha campionato 20 case domiciliari, somministrando diversi quiz ai sanitari al fine di comprendere il tipo di assistenza che offrivano ai pazienti. Il 62% dei residenti è stato sottoposto a pratiche contenitive durante tutto lo studio. Per partecipare all' osservazione i pazienti, avevano un punteggio di Barthel > 15.

Capitolo 5. Conclusioni

L'infermiere è una figura che richiede un'ampia sfera di conoscenze e competenze. Si affianca ad altri operatori della salute e vi collabora nell'empowerment del paziente, instaurando una relazione terapeutica basata sul senso di fiducia. Non solo, questo professionista fornisce cure e assistenza anche nel territorio e al domicilio del paziente, collaborando anche con i suoi famigliari. È chiamato ad effettuare controlli e monitoraggi in tempi molto ristretti e ciò lo qualifica come un esperto deputato a cogliere i primi segnali di modifica del comportamento e di evoluzione delle condizioni cliniche del paziente. Inoltre, cerca di lavorare per migliorare il coping dell'assistito rendendolo protagonista del suo percorso di cura. Un'altra sfida che si trova ad affrontare l'infermiere domiciliare è relativa al tema della contenzione. Da quanto emerso dalla revisione, si rimarca come sia un problema e non una soluzione per gestire i pazienti. Gli studi inclusi dimostrano diverse alternative che permettono di ridurre l'uso e/o la durata di questa pratica, ma con diversi limiti. Nello specifico, nessun studio preso in esame fornisce un'alternativa definitiva al problema, ne valuta in maniera precisa la loro applicazione nella clinica di tutti i giorni. Questi forniscono una risposta generale, che si può sicuramente tenere valida ma che rimane generica. In definitiva, tutti gli studi della revisione confermano l'importanza di trovare una soluzione diversa alla contenzione in quanto ritenuta una procedura non clinicamente sempre valida. Molto può essere fatto per ridurre il fenomeno della contenzione fisica in ambito domiciliare, specie relativamente all'ambito geriatrico. Gli studi inclusi nella review, si focalizzano su strategie che mirano al potenziamento del soggetto e del personale sanitario con: progetti di formazione, eventi formativi specifici (seminari, conferenze e congressi, corsi di aggiornamento, nuovi programmi educativi), nuove alternative da impiegare nella pratica clinica quotidiana, sistemi logistici ed ambientali per migliorare l'organizzazione del servizio e valorizzare il clima terapeutico. In conclusione, va sottolineata l'importanza di aggiornare continuamente le conoscenze dei professionisti con percorsi formativi che rendano quest'ultimi consapevoli delle varie alternative alla contenzione e gli effetti positivi che possono portare al paziente e all'organizzazione nel lungo termine. Nonostante questa pratica sia ritenuta "inevitabile" da molti studi presi in considerazione in questo elaborato, si è dimostrato che la maggior parte delle volte rappresenta invece la prima scelta dell'infermiere. Infatti, viene considerata come uno strumento di "controllo" per gestire situazioni di aggressività o per prevenire il rischio di caduta (aumentando così solamente il rischio). Altre volte la si usa per scarsa conoscenza o per motivazioni poco credibili e altre ancora per propria decisione personale, descrivendo quindi un quadro di uso inappropriato della stessa. La contenzione dovrebbe quindi essere una pratica estrema da utilizzare con attenzione ed in casi rari di reale necessità assistenziale.

Bibliografia e sitografia

1. Online: <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/contenzione/>.
2. Online: <http://amsdottorato.unibo.it/8251/1/Tesi%20Sundas%20Valeria.pdf>.
3. Nicoletta Scarpa. La contenzione fisica Autore dossier [2012].
Online: http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/contenzioni/quesiti_assistenziali_contenzione_2012.pdf.
4. Marco Nuti. Linee di indirizzo regionali per la contenzione fisica del paziente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura [2020].
Online: https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/Download.aspx?name=Dgr_1106_20_AllegatoA_426131.pdf&type=9&storico=False.
5. Titolo I: rapporti civili. Online: <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-i-rapporti-civili/2844>.
6. Titolo II: rapporti etico-sociali. Online: <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali>.
7. Luca Benci. “La contenzione fisica non è un atto terapeutico”. La Cassazione sul caso “Mastrogiovanni [2018]. Online: https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=67779.
8. Articolo 54 della costituzione.
Online: <https://www.normattiva.it/urires/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione:1947-12-27~art54>.
9. Articolo 3 codice deontologico infermieri. Online: <https://www.opicarboniaiglesias.it/il-codice-deontologico-dellinfermiere/>.
10. Articolo 30 costituzione. Online: <https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-ii/art30.html>.

11. Regione Piemonte. Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali in materia di utilizzo dei presidi di sicurezza che limitano i movimenti dei pazienti". [2022].
Online:http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2022/49/attach/dda1400002139_10100.pdf.
12. Luca Benci. Legare i pazienti? Liceità e illiceità giuridica e deontologica della contenzione [2019]. Online: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73657.
13. Linee guida per la contenzione fisica nelle strutture aziendali dell'asp di Ragusa [2015].
Online:https://www.asp.rg.it/images/PDF/rischio_clinico/linee_guida/Linee_Guida.Contenzione_Fisica.pdf.
14. Laura Paglicci Reattelli. Procedura operativa per la redazione delle informative e dei moduli per l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario. Online:
<https://www.ospedale.perugia.it/MC-API/Risorse/StreamRisorsa.ashx?guid=e02a036d-8d19-46bd-8eb9-0322a812a8af>.
15. Camilla Ingrosso, Ione Moriconi. Le conseguenze psicologiche della contenzione fisica: che cosa dice la letteratura [2017]. Online:<https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/le-conseguenze-psicologiche-della-contenzione-fisica-che-cosa-dice-la-letteratura/>.
16. Michael Gottlieb, Brit Long, Alex Koyfman. Approach to the Agitated Emergency Department Patient [2018]. Rivista: The journal of emergency medicine. Volume 54 issue 4.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.049>.
17. Patrik Tron. Contenere la contenzione [2020]. Online:
<https://tesi.supsi.ch/3479/1/Tron%20Patrick.pdf>.
18. Nadia Poli, Anna M.L. Rossetti. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica [2001].
Online:https://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/contenzioni/contenzione_nursing_oggi_2001.pdf.

19. Articolo 40 Codice penale. Online: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=5&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=40&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10.pdf.
20. Åshild Gjellestad, Trine Oksholm, Frøydis Bruvik. Home-dwelling persons with dementia [2022]. Doi: <https://doi.org/10.1177/09697330211041745>. Rivista: Sage Jpurnals, Volume 30.
21. Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Online: https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf.
22. Margherita Azzini. Istruzione Operativa per le Persone che necessitano di contenzione fisica degenti presso il Dipartimento Riabilitativo Azienda ULSS 20 Verona. Online : http://dmo.ulss20.verona.it/c/document_library/get_file?uuid=2184f0c8-bd24-4f75-938c-6d37a0dbb4a0&groupId=16917.
23. Sadami Kurata, Toshiyuki Ojima. Knowledge perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. [2014]. Doi: 10.1186/1471-2318-14-39. Rivista: BMC Geriatrics.
24. Patrick Pui-Kin Kor, Rick Yiu Cho Kwan, Justina Yat-Wa Liu, Claudia La. Knowledge, Practice, and Attitude of Nursing Home Staff Toward the Use of Physical Restraint: Have They Changed Over Time? [2018]. Doi: 10.1111/jnu.12415. Rivista: JNS, Volume 50, Issue 5 Ordine dei medici Latina. Quando serve la contenzione [2018].
25. Regione Emilia-Romagna. Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale [2021]. Online: <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/n-74-del-18-03-2021-parte-seconda.2021-03-18.7881794670/approvazione-del-documento-di-indirizzo-tecnico-alle-strutture-sanitarie-della-regione-in-materia-di-buone-pratiche-per-la-prevenzione-della-contenzione/allegato-det-linee-indirizzo-b.2021-03-18.1616052836>.

26. Cosa fa un Infermiere a Domicilio. Online:
<https://www.diagnosticamedicaveloce.it/infermiere-a-domicilio/>
27. Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza. Online:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5874_0_file.pdf.
28. Kristien Scheepmans, Bernadette Dierckx de Casterlé, Louis Paquay , Koen Milisen. Restraint use in older adults in home care: A systematic review [2018].
Doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008>. Rivista: International Journal of Nursing studies, Volume 79, pag. 112-136.
29. La contenzione a domicilio: indagine di prevalenza tra gli utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana di Bassano del Grappa. Online: <https://www.air-online.it/archivio/2940/articoli/29551/>.
30. Angela Teece, John Baker, Helen Smith. Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit [2020]. DOI: 10.1111/jocn.15052. Rivista JCN, volume 29, Issue 1-2.
31. Angela M H J Mengelers , Michel H C Bleijlevens , Hilde Verbeek , Elizabeth Capezuti , Frans E S Tan , Jan P H Hamers. Professional and family caregivers' attitudes towards involuntary treatment in community-dwelling people with dementia [2019]. Doi: 10.1111/jan.13839. Rivista: Volume75, Issue1, January 2019, page. 96-107.
32. Academia and Clinic. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. [18 August 2009] Online:
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>.
33. Jun Wang , Weichu Liu , Xuelian Li , Luyong Li , Jinyan Tong, Qinghua Zhao, Mingzhao Xiao . Effects and implementation of a minimized physical restraint program for older adults in nursing homes: A pilot study [2022].
Online:<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.959016/full>. Doi: 10.3389/fpubh.2022.959016.

34. Ching-Fang Chien , Ling-Chun Huang Yang-Pei Chang , Chung-Fen Lin, Chih-Cheng Hsu , Yuan-Han Yang .What factors contribute to the need for physical restraint in institutionalized residents in Taiwan? [2022] Online: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36395117/>. Doi: 10.1371/journal.pone.0276058.
35. Romulo Delvalle , Rosimere Ferreira Santana , Ariana Kassiadou Menezes , Keila Mara Cassiano , Ana Carolina Siqueira de Carvalho , Patrícia de Fátima Augusto Barros. Mechanical Restraint in Nursing Homes in Brazil: a cross-sectional study. [2020] Online: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CWgnLprybmRHCYJy9khJpZM/?lang=en>. Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0509.
36. Lara Pivodic , Tinne Smets , Giovanni Gambassi, Marika Kylänen , H Roeline Pasman , Sheila Payne ,Katarzyna Szczerbińska , Luc Deliens , Lieve Van den Block ; PACE. Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries – [2020]. Online: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919303189?via%3Dihub> Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103511.
37. Jun Wang , Weichu Liu , Daomei Peng , Mingzhao Xiao , Qinghua Zhao. The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study [2020]. Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14486>.
38. Kuen Lam, Joseph S K Kwan , Chi Wai Kwan , Alice M L Chong , Claudia K Y Lai , Vivian W Q Lou , Angela Y M Leung , Justina Y W Liu , Xue Bai, Iris Chi. Factors Associated With the Trend of Physical and Chemical Restraint Use Among Long-Term Care Facility Residents in Hong Kong: Data From an 11 Year Observational Study [2017]. Online: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(17\)30361-4/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(17)30361-4/fulltext) Doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.018.
39. Eun-Hi Kong , Eunjin Song , Lois K Evans. Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff [2017]. Online: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12296>.
40. Ruben Muñiz , Sergio Gómez , David Curto, Raúl Hernández , Beatriz Marco , Pilar García , José F Tomás, Javier Olazarán. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria

Wolff and Sanitas [2016]. Online: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30050-0/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30050-0/fulltext).
Doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.011.

41. Shannon Freeman , Lina Spirgiene , Melinda Martin Khan , John P Hirdes .Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities [2016]. Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12707>: Doi: 10.1111/ggi.12707.

42. Hedi Hofmann , Ewald Schorro , Burkhard Haastert , Gabriele Meyer . Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study [2015]. Online:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?size=200&term=Haastert+B&cauthor_id=26489664 Doi: 10.1186/s12877-015-0125.

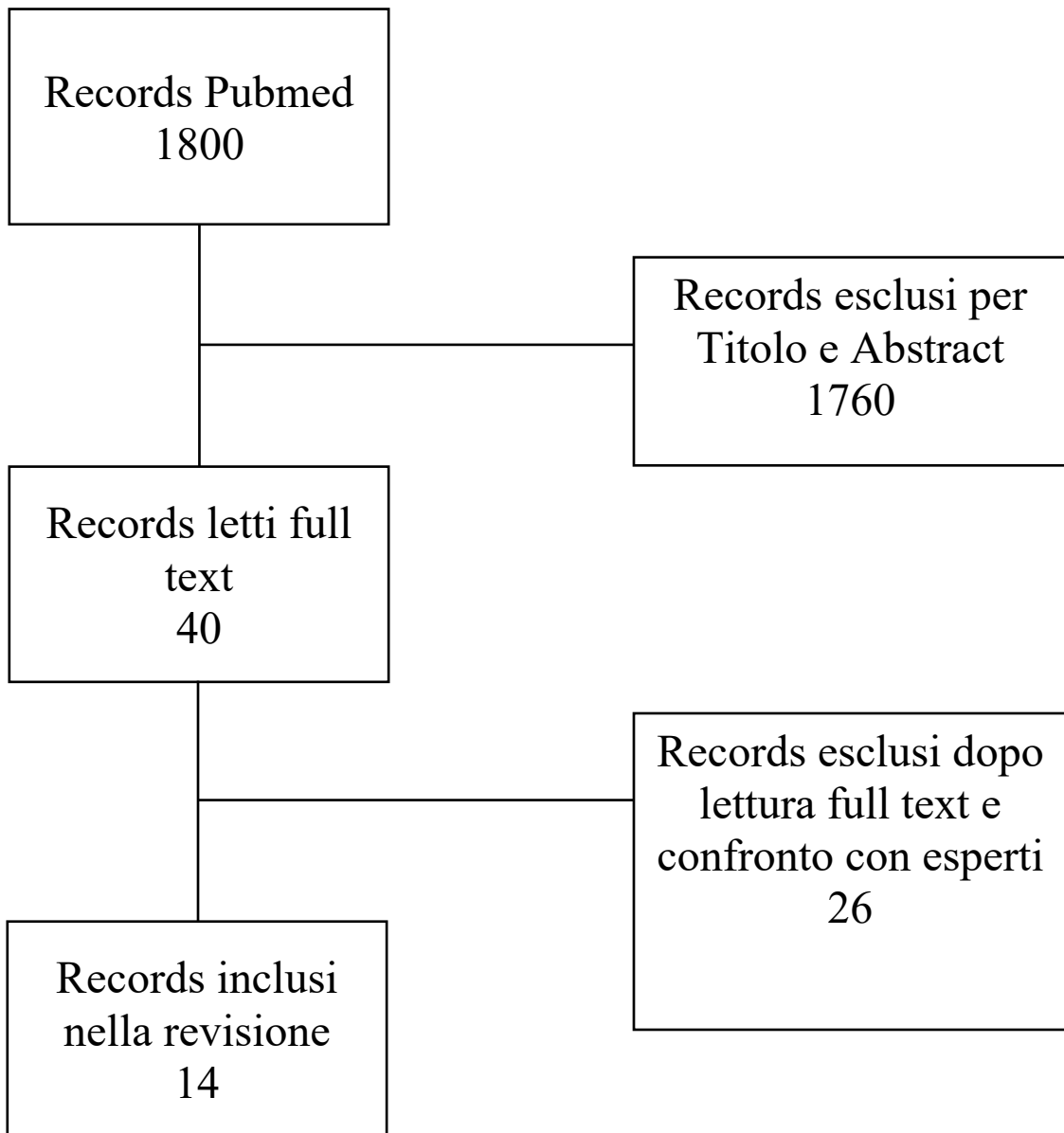
43. Bernadette Dierckx de Casterlé , Sabine Goethals , Chris Gastmans. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint [2015]. Online:<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733014543215>.

44. Emilio Fariña-López , Gabriel J Estévez-Guerra, Manuel Gandoy-Crego, Luz M Polo-Luque, Cristina Gómez-Cantorna, Elizabeth A Capezuti. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints [2014]. Online:<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12087>.

45. R Tamara Konetzka , Daniel J Brauner, Joseph Shega, Rachel M Werner. The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment [2014]. Online: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12711>.

46. Hui Chi Huang , Yu Tai Huang , Kuan Chia Lin , Yong Fang Kuo. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan [2013]. Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12176>.

4.2.5 Flow Chart di selezione



4.2.6 Risultati: tabella riassuntiva

Autore (anno)	Tipo e durata dello studio	Obiettivo	Risultati	Campione	Qualità dello studio
Jun Wang et al. [33] / 2022	Studio descrittivo qualitativo, condotto da dicembre 2020 al 21 marzo 2021	Studio eseguito nelle case di cura cinesi. È stato introdotto un programma per i sanitari al fine di ampliare le loro conoscenze sulle pratiche contenitive	L'intervento educativo fornito ai 126 sanitari ha ridotto notevolmente l'uso della contenzione fisica già nel primo mese ($P < 0,001$) e la durata della contenzione di giorno è diminuita ($P < 0,05$)	126 casi	Bassa
Ching – Fang Chien et al. [34] / 2022	Studio epidemiologico trasversale, eseguito da luglio 2019 a febbraio 2020	È stato ricercato il tasso di contenzione fisica nelle case di cura di Taiwan	Di 5757 pazienti il 30% ha subito atti di contenzione. Le cause sono state: età avanzata, funzione cognitiva ridotta, maggior dipendenza, malattie neurologiche, demenza	5752 casi	Media
Romulo Delvalle et al. [35] / 2020	Studio trasversale condotto in 14 istituti brasiliani, da agosto 2017 a dicembre 2017	Lo studio indaga la predominanza sull'uso della contenzione nelle case di cura in Brasile e gli effetti che crea nei pazienti	Si osserva nei 443 pazienti una presenza del 7,45% dell'uso delle contenzioni meccaniche, rischio di decessi per la contenzione del 66,7%, durata della contenzione nelle 24 ore al giorno nel 84,8% dei casi	443 casi	Bassa

Lara Pivodic et al. [36] / 2020	Studio di indagine epidemiologica, con campione casuale stratificato, da settembre 2017 a ottobre 2018	In questo studio si esamina la frequenza dell'utilizzo delle contenzioni fisiche nel fine vita degli assistiti nelle case di cura. Lo studio è stato somministrato in sei Paesi europei (Inghilterra, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Belgio)	È stato rilevato che dei 1384 pazienti, le contenzioni fisiche agli arti e tronco sono state usate nell'ultima settimana di vita 8%(Belgio),1%(Inghilterra),4%(Finlandia), 12%(Italia), 0% (Paesi Bassi),0,4%(Polonia). La contenzione è associata all'età, patologie degenerative e allo stato neurologico	1384 casi	Media
Jun Wang et al. [37] / 2020	Studio osservazionale e trasversale con campionamento a grappolo, da luglio a novembre 2019	Sono stati somministrati dei questionari rivolti agli operatori sanitari che lavoravano nelle case di cura di Chongqing (Cina), si considerava l'uso della contenzione fisica nei pazienti in fine vita	Lo studio ha dimostrato che il 25.83% del campione esaminato ha subito atti di contenzione. Nello specifico sono state utilizzate cinture in vita nel 55.47% e contenimento dei polsi per il 52.83%. Il 61.51% dei pazienti con contenzioni non aveva il consenso informato	1026 casi	Bassa

Kuen Lam FRCP et al. [38] /2017	Studio osservazionale longitudinale di Hong Kong tra il 2005 e 2015	Lo studio analizza gli effetti negativi della contenzione nelle case di cura di Hong Kong	L'uso della contenzione fisica nei 2896 pazienti è aumentata dal 52.7% al 70.2%, l'uso della contenzione chimica dal 15.9% al 21.78%. In generale la contenzione è aumentata dal 57.9% al 75.7%. Aumenta la percentuale se il paziente è portatore di device	2896 casi	Media
------------------------------------	---	---	--	-----------	-------

<p>Eun- Hi Kong et al. [39] / 2017</p>	<p>Studio controllato randomizzato in cluster, in singolo cieco, dalla durata di sei mesi</p>	<p>Lo studio eseguito in Corea si concentra su nuovi programmi educativi per ridurre la contenzione rivolta al personale infermieristico a livello residenziale. Lo studio comprendeva tre sessioni educative per misurare le conoscenze e le percezioni dei professionisti</p>	<p>L'analisi dello studio ha riportato dati statisticamente significativi per: conoscenza tra gli operatori ($p < 0.001$), percezione del tempo della contenzione ($p < 0.01$), l'atteggiamento durante la pratica ($p = 0.11$). L'atteggiamento del gruppo sperimentale è migliorato dal pre-test al post test ed è stato rilevato anche a tre mesi dall'intervento</p>	<p>62 casi</p>	<p>Alta</p>
<p>Ruben Muniz et al. [40] / 2016</p>	<p>Studio longitudinale elaborato in 41 case di cura spagnole, da settembre 2011 a settembre 2014</p>	<p>L'analisi si è svolta in due momenti, ed è volto a fornire un'assistenza centrata sulla persona, eliminando la contenzione dalle prestazioni dei sanitari</p>	<p>Inizialmente la disposizione della contenzione nei campioni era del 18,1%, con l'avvento di questa nuova assistenza si è ridotta all'1,6%, per pazienti con demenza si è ridotta dal 29,1% al 2,2%</p>	<p>4361 casi la prima somministrazione. 5051 casi la seconda somministrazione</p>	<p>Alta</p>

<p>Shannon Freeman et al. [41] / 2016</p>	<p>Analisi longitudinale dei dati secondari tra il 2005 e il 2011</p>	<p>Lo studio ha esaminato il ruolo della contenzione fisica e dei farmaci antipsicotici che influenzano lo stato cognitivo dei pazienti nelle case di cura in Canada</p>	<p>Nei follow up dei 111.052 il 16.1% dei residenti nelle case di cura hanno avuto un declino del sistema cognitivo a causa dell'uso della contenzione, il 69.1% dei residenti dopo la somministrazione della contenzione ha riportato grave dipendenza nelle attività quotidiane, il dolore era presente per il 42.1%, il 31.9% aveva subito un calo ponderale del peso corporeo</p>	<p>111,052 casi</p>	<p>Alta</p>
---	---	--	---	---------------------	-------------

Hedi Hofmann et al. [42] / 2015	Studio trasversale multicentrico da novembre 2013 a febbraio 2014	Si indaga la predominanza sull'uso dei mezzi di contenzione più usati nelle case di cura svizzere	Il 26,8% dei 1362 ha subito restrizioni. In specifiche sponde del letto bilaterali il 20,3%, le polsiere il 5,7%, la sedia a rotelle con tavolino bloccato l'1,8%. La durata di questa dipendeva dagli assistiti e la loro mobilità	1362 casi	Media
Bernadette Dierckx de Casterlè et al. [43] / 2015	Studio descrittivo qualitativo da ottobre 2009 ad aprile 2011	Lo studio condotto nelle Fiandre, vuole illustrare il processo decisionale degli infermieri riguardante la contenzione fisica. Sono state condotte 21 interviste per comprendere il processo decisionale che porta all'utilizzo della contenzione	La fascia di età dei 63 infermieri interrogati era tra i 24 e 53 anni, con una gamma di esperienze tra gli 1 e 28 anni, ¼ aveva la laurea triennale, 3 % avevano la laurea magistrale poca formazione su alternative alla contenzione	63 casi	Bassa

<p>Emilio Farina- Lopez et al. [44] / 2014</p>	<p>Studio multicentrico trasversale e di correlazione, effettuato nel 2013</p>	<p>Questo studio ha analizzato la percezione degli infermieri in quattro case di cura in Spagna. Si è inoltre analizzato il livello di formazione e percezione degli infermieri in merito alla contenzione</p>	<p>È stato utilizzato un questionario dove dei 2940 campioni il 3.47% del personale ha somministrato delle restrizioni, 83.7% ha partecipato a poca o nulla formazione riguardante gli effetti negativi sul paziente, il 29.2% ha letto due o tre documenti sull'uso della contenzione, il 66,6% ritiene la sua formazione bassa. Gli infermieri considerano bassa la loro formazione</p>	<p>2940 casi</p>	<p>Media</p>
--	--	--	---	------------------	--------------

<p>R. Tamara Konetzka et al. [45] / 2014</p>	<p>Analisi retrospettiva dal 1999 al 2008</p>	<p>Lo studio indaga se riducendo l'uso della contenzione fisica, si aumenta l'uso di antipsicotici nei residenti delle case di cura in America. L' uso dell'antipsicotica causa negli assistiti grave deterioramento cognitivo</p>	<p>Il campione è stato diviso in due gruppi, l'uso di antipsicotici ha ridotto l'utilizzo delle restrizioni da 8.3% a 3.3%, l'uso degli antipsicotici è aumentato da 2.9% a 4.5%. Il 36% lo somministra per evitare contenzioni fisiche. Le conseguenze di tutto ciò sono però un deterioramento cognitivo grave</p>	<p>809.645 casi</p>	<p>Media</p>
--	---	--	--	---------------------	--------------

<p>Hui Chi Huang et al. [46] / 2013</p>	<p>Studio epidemiologico su base comunitaria, in dati raccolti da giugno a dicembre del 2007</p>	<p>Lo studio identifica il tasso e i fattori di rischio della contenzione fisica nelle strutture residenziali a Taiwan, usate negli anziani per prevenire cadute e rimozione dei device. Lo studio ricerca nuove alternative</p>	<p>Di 5173 il 62% è stato trattenuto, il 37,8% è stato trattenuto fisicamente con un solo tipo di contenzioni, il 17,7% da due tipi di contenzioni, l'8,5% da tre. più tipi di contenzioni, i motivi principali erano per il 59,0% per prevenire cadute, poi per rimozione del sondino naso gastrico il 15,4%, rimozione del catetere vescicale il 7%</p>	<p>5173 casi</p>	<p>Alta</p>
---	--	--	---	------------------	-------------