

# Una revisione narrativa della letteratura sulla contenzione fisica in Italia dal 1960 ad oggi

Stefano Busti<sup>1</sup>, Ilaria Milani<sup>2</sup>, Stefano Romano Capatti<sup>3</sup>, Filippo Ingrosso<sup>4</sup>, Paola Ripa<sup>5</sup>, Elisa Rimoldi<sup>6</sup>, Rita Biscotti<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Infermiere, Milano, Italia

<sup>2</sup>Infermiera tutor, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

<sup>3</sup>Infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

<sup>4</sup>Infermiere tutor, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

<sup>5</sup>Direttore didattico, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

<sup>6</sup>Infermiera tutor, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

<sup>7</sup>Infermiera tutor, Corso di Laurea in Infermieristica UNIMI, sede didattica San Giuseppe – Milano, Italia

Corrispondenza: ste.busti@gmail.com

## RIASSUNTO

**Introduzione:** Il Centers for Medicare and Medicaid Services definisce la contenzione fisica come qualsiasi mezzo manuale, dispositivo fisico o meccanico, materiale o attrezzatura che immobilizza il paziente o ne riduce la capacità di muovere liberamente le braccia, le gambe, il corpo o la testa. In Italia la contenzione fisica è una pratica ancora molto diffusa, nonostante venga più volte ribadita la necessità di limitarne l'uso.

**Obiettivi** Effettuare una disamina dell'evoluzione del concetto e dell'uso della contenzione fisica dal 1960 ad oggi in Italia.

**Materiali e metodi** È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione delle banche dati PubMed, Embase, Scopus, Cinahl e Ovid PsycInfo nel mese di marzo 2023.

**Risultati** È emersa un'evoluzione del concetto di contenzione parallela al progresso della professione infermieristica, entrambi alla base dei successivi aggiornamenti dei Codici deontologici. I temi emersi riguardo alla contenzione sono stati quelli inerenti alla diffusione dell'uso, le motivazioni che giustificano l'atto, le tipologie utilizzate, il ruolo svolto dall'infermiere e le emozioni suscitate nel farlo.

**Discussione e conclusioni** Il ruolo dell'infermiere è diventato centrale nella gestione della contenzione fisica, ma le tipologie di dispositivi adottati e le motivazioni che ne giustificano l'applicazione non sono evoluti in modo sostanziale nel periodo storico indagato. Sono emersi vuoti legislativi e lacune conoscitive da parte dei professionisti, ma anche evidenze per un'assistenza "no restraint".

**Parole chiave:** Contenzione fisica, evoluzione, conoscenze, infermieri, Italia.

## A narrative review of physical restraint in Italy since 1960

### ABSTRACT

**Introduction** The Centers for Medicare and Medicaid Services defines physical restraint as "any manual method, physical or mechanical device, material, or equipment that immobilizes or reduces the ability of a patient to move his or her arms, legs, body, or head freely". In Italy it is still a very widespread practice, despite the necessity to limit it is reiterated.

**Objectives** Analyze the evolution of the concept and use of physical restraints since 1960 in Italy.

**Materials and methods** A narrative review was conducted by consulting the databases of PubMed, Embase, Scopus, Cinahl and Ovid PsycInfo in March 2023.

**Results** An evolution of the concept of restraint emerged in parallel with the progress of the nursing, both characterizing the updates of the deontological Code. The themes that emerged regarding restraint were those inherent to the spread of its use, the reasons justifying the act, the typologies used, the role of the nurse and their emotions.

**Discussion and conclusions** The role of the nurse has become central in the management of physical restraint, but the types of adopted devices and the reasons justifying their application have not evolved substantially in the investigated historical period. Legislative and knowledge gaps have emerged, as well as evidence for "no restraint" assistance.

**Key words:** Physical restraint, evolution, knowledge, nurses, Italy.

## INTRODUZIONE

La letteratura internazionale riporta numerose definizioni più o meno dettagliate del termine contenzione fisica; a titolo di esempio è bene ricordare la definizione data dal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): "qualsiasi metodo manuale, fisico, o mediante l'utilizzo di un dispositivo meccanico o di un presidio, che immobilizza o riduce la possibilità di un assistito di muovere liberamente le braccia, le gambe, il corpo o la testa; oppure una sostanza o un farmaco quando è utilizzato con il fine di limitare il controllo del comportamento dell'assistito o quando la restrizione della libertà di movimento non permette l'attuazione dello standard di trattamento o di dosaggio per l'assistito". Sempre il CMS ricorda anche che "la contenzione non include alcuni dispositivi, quali i presidi ortopedici, le medicazioni o i bendaggi, gli elmetti protettivi o altri metodi che comportino il trattenimento fisico dell'assistito al solo scopo di condurre esami routinari fisici o di laboratorio, o per proteggere l'assistito da cadute dal letto, o per permettergli la partecipazione ad attività senza il rischio di ferirsi" (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023).

I mezzi di contenzione fisica possono essere applicati al letto (es. fasce di sicurezza o spondine), alla sedia/carrozzina (es. corpetto o corsetto con bretelle, tavolino per carrozzina, cinghia pettorale, imbracature inguinali), a segmenti corporei (es. polsiere o cavigliere in schiuma di poliuretano con regolazione a velcro) o al fine di mantenere una postura obbligata (es. cuscini anatomici) (Mancino et al., 2022). La decisione di includere le spondine nei mezzi di contenzione si basa su vari aspetti, tra i quali le modalità di impiego e l'impatto che avrebbero avuto sulla mobilità della persona. In particolare, secondo lo studio di Healey F. le spondine non vengono considerate contenzioni nel caso in cui queste vengano applicate a sicurezza del paziente esclusivamente al fine di ridurre il rischio di scivolamento e caduta

accidentale, senza circondare completamente il letto, garantendo quindi la libertà della persona. Al contrario sono da considerarsi mezzo di contenzione fisica nel caso in cui le spondine siano utilizzate al fine di impedire i movimenti e la volontà della persona (Healey, 2007). Oltre a non essere considerate terapeutiche le contenzioni fisiche possono anche portare a conseguenze negative per la salute della persona, causando effetti indesiderati sia psicologici che fisici che possono portare fino alla morte della persona (Mancino et al., 2022). Nonostante questo, la contenzione fisica è una forma di restrizione della libertà personale che ancora oggi è molto praticata, ma non è possibile fornire dati epidemiologici certi a causa di fonti poco attendibili e dati sottostimati (Pivodic et al., 2020).

La stima della prevalenza varia a seconda dell'ambito di applicazione, ospedale o RSA, dal 6% all'85% dei pazienti (Ambrosi et al., 2021).

Se in passato l'ambito di applicazione delle contenzioni era principalmente, se non esclusivamente, quello psichiatrico, al giorno d'oggi troviamo applicate le contenzioni anche all'interno di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle unità operative ospedaliere per acuti quali medicina, chirurgia, terapia intensiva e Pronto Soccorso (Cortigiano, 2014).

Nel corso degli anni si è cercato di creare linee guida e indicazioni specifiche a livello locale per permettere di ridurre l'uso della contenzione e migliorarne la gestione da parte degli operatori sanitari. Infatti, la conoscenza da parte dell'infermiere del corretto uso della contenzione fisica influenza in senso positivo l'efficacia delle cure. Nonostante questo, la preparazione degli infermieri a riguardo spesso non è risultata sufficiente (Gaeta et al., 2019). Di particolare rilevanza è stata l'esperienza fornita dal presidio ospedaliero cremonese che nel 2001 stilò delle linee guida sull'utilizzo della contenzione. Da questo protocollo emerse che la durata della contenzione dovrebbe essere inferiore alle 12 ore consecutive e che si dovrebbero rimuovere le contenzioni almeno

ogni due ore per non meno di dieci minuti, ad esclusione delle ore notturne, per permettere al paziente di muoversi. Inoltre, emerse la necessità di valutare almeno ogni 3-4 ore l'insorgenza di effetti collaterali e di perseguire sempre ed in ogni caso il confort e la sicurezza della persona assistita (Poli and Rossetti, 2001).

Altre raccomandazioni sul superamento della contenzione sono state fornite dalla delibera regionale del Friuli-Venezia Giulia n. 1904 del 14 ottobre 2016 che forniva raccomandazioni e indicava comportamenti da adottare in situazioni specifiche che si sarebbero potute presentare. In particolare, venne indicato di fornire compagnia continuativa, rivalutare frequentemente l'effettiva necessità di trattamenti che potrebbero indurre agitazione, rimuovendoli tempestivamente quando non più necessari. Inoltre, venne raccomandato di agire sull'ambiente aumentando l'illuminazione soffusa e non diretta, creando un ambiente tranquillo, rendendo accessibile il campanello o altri oggetti necessari, utilizzando letti più possibile bassi, prevedendo percorsi circolari e accessi mimetizzati/facilitati e fornire diversivi e attività occupazionali e/o di gruppo (*Delibera regionale n. 1904, 2016*).

A livello nazionale nel 2011 il Ministero della Salute condivise le "raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" nelle quali venne ricordata l'inefficacia dell'utilizzo delle contenzioni fisiche al fine di prevenire le cadute nei pazienti. Vennero fornite direttive al fine di limitare la contenzione che prevedevano l'applicazione di ogni possibile strategia assistenziale alternativa, quali interventi relazionali, interventi sull'ambiente ed il coinvolgimento del paziente stesso e del suo nucleo familiare, favorendone la presenza continua e la collaborazione. Inoltre, si sottolineò l'importanza di garantire l'osservazione diretta e una durata limitata al tempo minimo indispensabile (Ministero della Salute, 2011).

In ambito legislativo pochi sono i riferimenti normativi ai quali si può attingere per l'utilizzo della contenzione fisica in Italia. In primo luogo, si può far riferimento direttamente alla

Costituzione Italiana, in particolare all'articolo 13: "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" (Costituzione della Repubblica Italiana, GU Serie Generale n.298, 1947). Dal 1978, con l'entrata in vigore della legge n.180, conosciuta come "Legge Basaglia", si abolì l'unico riferimento normativo specifico sull'uso delle contenzioni, ovvero il Regolamento applicativo della legge del 1904 stabilito dal Regio decreto n. 615 del 16 agosto 1909 (Legge n. 180, 1978). I riferimenti normativi in merito alla contenzione fisica che rimasero validi a livello giuridico in seguito alla legge 180 del 1978 furono esclusivamente gli articoli 13 e 32 della Costituzione italiana, i Codici deontologici professionali e gli articoli 40, 52 e 54 del Codice penale. L'articolo 54 è risultato essere il più rilevante in materia di contenzione fisica in quanto tratta lo "Stato di necessità": "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se' 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" (Regio Decreto n. 1398, 1930).

Le informazioni in letteratura in merito all'utilizzo della contenzione fisica in Italia risultano di difficile consultazione e manca un lavoro che raggruppi le principali nozioni disponibili. Per discutere consapevolmente della contenzione fisica è utile analizzarne il percorso storico che ha portato all'attuale gestione della stessa da parte degli operatori sanitari. In particolare, come si sia arrivati alla stesura dell'articolo 35 del Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche del 2019 che identifica chiaramente l'ambito di applicazione della contenzione fisica e ne limita conseguentemente l'utilizzo alle situazioni di necessità. Per fare questo è necessario avere in mente i cinque codici deontologici dell'infermiere e gli articoli di riferimento per l'utilizzo della contenzione fisica (Tabella 1).

**Tabella 1** – Articoli dei cinque Codici deontologici in merito alla contenzione fisica.

CODICI DEONTOLOGICI	1960 Art. 3	1977 Art. 2	1999 Art. 4 Comma 10	2009 Art. 30	2019 Art. 35
<b>Articolo di riferimento per l'uso delle contenzioni</b>	“Proteggono il malato, difendendone i diritti, in quanto uomo libero ed intelligente che la malattia pone in stato di minorazione, e continuano ad assisterlo con uguale impegno e amore anche se esso sia inguaribile” (Federazione Nazionale IPASVI, 1960)	“L' infermiere rispetta la libertà, la religione, l'ideologia, la razza, la condizione sociale della persona” (Federazione Nazionale IPASVI, 1977)	“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali” (Federazione Nazionale IPASVI, 1999)	“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali” (Federazione Nazionale IPASVI, 2009)	“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” (FNOPI, 2019).

Da questi emerge come il tema della contenzione sia stato esplicitato solamente dal Codice deontologico del 1999, mentre gli articoli precedenti identificavano più grossolanamente i diritti e la libertà della persona.

Con questa revisione narrativa della letteratura si vogliono quindi fornire le basi necessarie per un migliore agire infermieristico in materia di contenzione fisica.

**OBIETTIVI**

Alla luce delle lacune presenti in letteratura si è ritenuto necessario esplorare l'utilizzo della contenzione fisica in Italia dal 1960 sino ai giorni nostri.

Attraverso questa revisione narrativa della letteratura si è risposto alle seguenti domande di ricerca:

- DR1) Qual è stata l'evoluzione del concetto di contenzione fisica?
- DR2) Il ruolo dell'infermiere nell'applicazione della contenzione fisica è cambiato?
- DR3) I dispositivi utilizzati per la contenzione fisica sono cambiati?
- DR4) Nell'applicare la contenzione fisica sono cambiate le sensazioni provate dagli infermieri?
- DR5) Com'è cambiato l'interesse verso le considerazioni esposte della persona soggetta a contenzione fisica?

**MATERIALI E METODI**

*Criteri di eleggibilità*

La ricerca ha incluso studi con diversi disegni metodologici - qualitativi, quantitativi e a metodi misti - nonché fonti di letteratura grigia.

Sono stati inclusi tutti i contributi in lingua italiana, inglese e francese, pubblicati tra il 1960 e il 2023. Sono stati esclusi i contributi che non rispondevano alle domande di ricerca e che presentavano dati in cui la contenzione fisica non era chiaramente distinta da altri tipi di contenzione.

*Ricerca bibliografica*

La ricerca è stata condotta attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche: PubMed, Embase, Scopus, Cinahl e Ovid PsycInfo.

*Strategie di ricerca*

La ricerca si è svolta nel mese di marzo 2023. Sono state identificate specifiche parole chiave quali: “restraint”, “physical restraint”, “coercive measure”, “Italy”.

La strategia di ricerca è riportata in Appendice 1.

*Processo di selezione*

Il processo di selezione dei record prodotti dalle stringhe di ricerca ha coinvolto due autori (SB e RB) che in autonomia hanno revisionato i report per titolo ed abstract. Successivamente, i full text dei report che rispettavano i criteri di inclusione sopra citati sono stati revisionati dagli stessi autori. Un terzo autore (ER) è intervenuto quando le decisioni degli autori risultavano discrepanti.

La ricerca ha prodotto un totale di 287 record. Dopo aver rimosso i record duplicati (N=94), 193 record sono stati sottoposti allo screening per titolo ed abstract. Di questi 160 sono stati esclusi per popolazione o outcome

inappropriati. 33 record sono risultati idonei per analisi del full-text. Infine, 24 report sono risultati idonei per i criteri di eleggibilità e coerenti con gli obiettivi dell'elaborato.

Il processo di selezione è rappresentato dal PRSIMA flow diagram (Figura 1) (Page MJ et al., 2020).

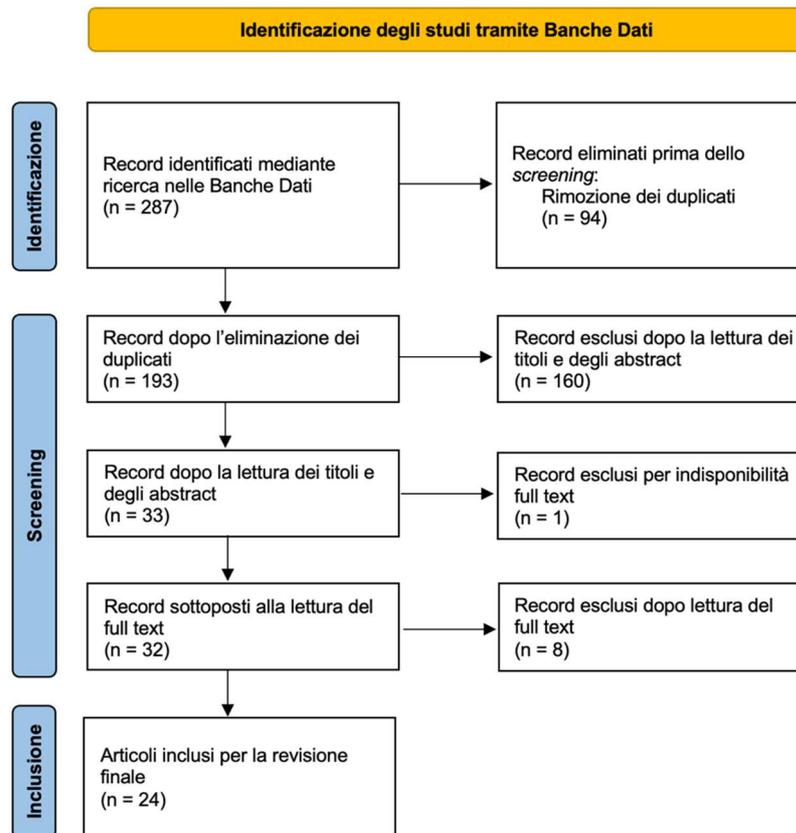


Figura 1 – Prisma flow diagram.

*Estrazione dei dati e sintesi*

Terminato il processo di selezione dei record di interesse, è stata costruita una tabella di estrazione dati per organizzare le informazioni degli studi inclusi. I risultati sono stati riassunti attraverso sintesi narrativa.

**RISULTATI**

*Caratteristiche dei record inclusi*

Tutti gli studi inclusi sono stati pubblicati tra il 1987 e il 2022 con provenienza geografica dalla regione italiana, ad esclusione di quattro studi multicentrici che hanno indagato il tema della contenzione fisica anche in altri paesi europei. Di questi studi si sono considerate solamente le riflessioni emerse in merito al territorio italiano. I contributi erano costituiti da articoli scientifici, principalmente studi osservazionali e studi qualitativi, e compendi storici ed etico-giuridici. La tabella estrazione dati (Appendice 2) mostra in dettaglio i risultati che rispondono ai quesiti di ricerca.

*DR1) Qual è stata l'evoluzione del concetto di contenzione fisica?*

A partire dagli anni Sessanta iniziò ad emergere un importante dibattito sull'uso dei termini "contenzione" e "contenimento" che portò poi alla chiusura dei manicomi.

Se con il termine contenzione ci si riferiva ad una pratica che immobilizzava e bloccava la persona, con il termine contenimento vennero racchiuse tutte quelle pratiche che si mettevano in atto per arginare, moderare e limitare il comportamento di una persona. I significati delle due parole tendevano comunque a sovrapporsi e non sempre è stato possibile considerarne una migliore dell'altra (Brutti and Parlani Brutti, 2006).

La contenzione è stata la pratica che fino a quegli anni si adottava soprattutto negli ospedali psichiatrici e che si cercò di ridurre al minimo in quanto le nuove evidenze dimostravano chiaramente come essa non potesse essere considerata parte

dell'assistenza. Nonostante questo, gli studi dell'epoca hanno dimostrato che medici e infermieri consideravano necessaria questa pratica che, infatti, veniva ancora molto utilizzata in quegli anni benché fosse diventata sempre più comune l'idea che si dovesse ricorrere alla contenzione solo in contesti di reale emergenza e necessità (Brutti and Parlani Brutti, 2006).

Emerse quindi la necessità di riformare l'assistenza psichiatrica e in generale l'applicazione delle misure di contenzione; si sottolineò come il problema fosse ancora nella difficile distinzione tra custodia, controllo e cura (Brutti and Parlani Brutti, 2006). La contenzione che avrebbe dovuto essere applicata solo come mezzo per "controllare" la persona durante un periodo limitato ed emergenziale, impedendole di arrecare danno a sé stessa o ad altri, non avrebbe dovuto essere scambiata per un trattamento "curativo" né tanto meno essere applicata solo a fini di "custodia" per nascondere il problema agli occhi della società (Brutti and Parlani Brutti, 2006).

La contenzione fisica continuò ad essere frequentemente applicata anche negli anni successivi alla pubblicazione del secondo Codice deontologico del 1977, sia in ambito psichiatrico e negli ospedali per acuti che nelle residenze per anziani. Nell'ambito delle residenze per anziani emerse chiaramente come ci fosse una correlazione tra l'uso della contenzione fisica, l'aumento della dipendenza fisica e il deterioramento cognitivo. Questi ultimi infatti risultarono essere dei fattori predittivi molto importanti dell'attuazione di una limitazione della libertà personale attraverso mezzi contenitivi (Ljunggren *et al.*, 1997).

Un altro fattore che diventò cruciale nella scelta di ricorrere o meno alla contenzione fu quello inerente alla numerosità del personale della struttura. Infatti, la carenza di personale ha spinto ad un ricorso maggiore alla contenzione fisica rispetto a strutture con personale adeguato. Allo stesso modo il personale non qualificato e non edotto delle possibili alternative alla contenzione è emerso ne abbia ricorso più frequentemente (Ljunggren *et al.*, 1997). Con queste evidenze anche in questo periodo emerse, quindi, la necessità di ridurre drasticamente l'uso della contenzione fisica e riecheggiarono proposte di formazione del personale, di valutazione del rischio di aggressività e di predisposizione di risorse alternative come fattori essenziali in questo processo (Ljunggren *et al.*, 1997).

Nonostante le indicazioni fornite dal Codice Deontologico del 1999 e nonostante venisse ribadito spesso che l'uso della contenzione avrebbe dovuto essere considerato solo come

ultima ratio, apparve ancora evidente nello studio di Degan M. *et al.* come invece la pratica fosse ancora molto diffusa, quasi con uso routinario, in particolare in contesti di assistenza a persone anziane, confuse e con patologie acute che necessitavano di trattamenti intensivi (Degan *et al.*, 2004).

Nei primi anni del 2000 fu difficile trovare un filo conduttore che accomunasse tutti i pazienti che venivano ancora sottoposti a contenzione fisica, ma si osservò spesso una prevalenza di soggetti maschi, ricoverati a seguito di un trattamento sanitario obbligatorio, con sintomi da eccitazione maniacale (Dembinskas *et al.*, 2010; Sampogna *et al.*, 2019), più frequentemente disoccupati (Kalisova *et al.*, 2014) e stranieri (Di Lorenzo *et al.*, 2012).

I motivi più frequentemente citati che portavano al ricorso alla contenzione fisica sono stati la prevenzione di danni a sé stessi o agli altri e il permettere l'attuazione di interventi medico-terapeutici salva-vita (Degan *et al.*, 2004).

La carenza di personale e la crisi economica post boom economico non hanno sempre impedito l'attuazione di progetti migliorativi come ha dimostrato lo studio di Leoni M. *et al.* che seguì alcune residenze per persone con disturbi del neurosviluppo in Lombardia dal 2006 al 2017 nelle quali si cercò di eliminare completamente l'utilizzo della contenzione fisica. Già nei primi anni si vide come questo approccio fosse particolarmente positivo, la riduzione di restrizioni fisiche fu drastica e negli anni diventò totale, inoltre diminuirono le aggressioni al personale e anche la contenzione fisica fu ridotta al minimo. Per raggiungere questi livelli è stato necessario fornire una formazione intensiva al personale con continui aggiornamenti, lavorare sui feedback dati dal personale e adottare un approccio multidisciplinare (Leoni *et al.*, 2018). Nonostante le evidenze dimostrassero la necessità di limitare ed eliminare la contenzione fisica, essa rimase un fenomeno diffuso anche successivamente al Codice deontologico del 2009, la prevalenza variava tra il 4% e il 22% dei pazienti ricoverati in ospedale e tra il 3% e l'83% degli ospiti delle RSA (Gaeta *et al.*, 2019; Pivodic *et al.*, 2020; Zanetti *et al.*, 2012). I reparti che ricorrevano più spesso al loro utilizzo sono stati quelli di geriatria, terapia intensiva, medicina e ortopedia e l'età avanzata è quasi sempre stata un fattore predittivo. Le motivazioni che principalmente venivano adottate per giustificarne il ricorso furono la prevenzione delle cadute, il contenimento di agitazione, aggressività e autolesionismo (Poloni *et al.*, 2020), per protezione dei dispositivi medicali (Gatti and Casati, 2019; Zanetti *et al.*, 2012) e la carenza di personale

(Castaldo et al., 2015).

Un importante passo avanti nell'abolizione dell'uso della contenzione è stato compiuto dal Friuli-Venezia Giulia che nel periodo compreso tra il 2013 e il 2015 ha sperimentato nei suoi dipartimenti di salute mentale la pratica del "non restraint". In questo periodo di tempo nessun utente è stato sottoposto a contenzione fisica. Questo ha dimostrato come puntare su linee guida, educazione del personale e un'assistenza mirata a sostenere le capacità personali, a lavorare sull'ambiente e sul tessuto sociale abbia potuto portare a risultati che da anni si era cercato di ottenere (Castelpietra, 2017).

È risultato fondamentale quindi intervenire sull'educazione dell'intera équipe multidisciplinare al fine di andare a colmare carenze che erano presenti nel personale infermieristico e che avrebbero potuto inficiare l'assistenza. In particolare, lo studio di Gaeta A. et al. (Gaeta et al., 2019) condotto tra ottobre 2016 e febbraio 2017 dimostrò come solo poco meno del 70% degli infermieri sottoposti ad indagine avesse dimostrato una buona conoscenza sulle contenzioni. Emersero infatti lacune per quanto riguarda l'utilizzo della contenzione in emergenza, la necessità di allentare la contenzione ogni due ore, l'esistenza di valide alternative alla contenzione fisica, la possibile morte causata dalla contenzione, le circostanze in cui sarebbe stato possibile non applicare la contenzione e la possibilità di rifiutare la contenzione da parte di pazienti ricoverati volontariamente (Gaeta et al., 2019).

Parallelamente si dimostrò fondamentale la presenza di personale volontario sia durante il giorno che durante la notte che affiancasse le persone a rischio di contenzione fisica, come per esempio anziani disorientati e con problemi di mobilitazione. L'integrazione dei volontari nell'équipe multidisciplinare ha dimostrato contribuire in modo significativo sulla riduzione della contenzione, grazie ad interventi che garantiscono compagnia e aiuto in modo continuato nelle ventiquattro ore (Bicego et al., 2020).

In un contesto sociale dove l'assistenza domiciliare iniziò ad essere parte integrante della sanità italiana, la contenzione fisica entrò anche nelle case dei cittadini; le motivazioni principali che ne giustificavano l'utilizzo sono state simili a quelle che si ritrovarono nei contesti ospedalieri o residenziali, ovvero la protezione dal rischio caduta e dagli stati di agitazione (Zanetti et al., 2018).

A seguito del Codice deontologico del 2019 le motivazioni che sono state fornite dagli infermieri per spiegare la scelta di applicare la

contenzione sono state sintetizzate nella prevenzione dei pericoli da parte del paziente, come per esempio il rischio di auto-rimozione dei presidi medici. In ogni caso l'infermiere adottava la contenzione come ultima opzione quando tutte le altre strategie alternative non sono risultate efficaci nell'ottenere la collaborazione del paziente. Infatti, intervenire sui bisogni della persona, gestire il dolore, permettere la presenza di un parente e rimuovere dispositivi non necessari e che creano disturbo è risultato sufficiente a mettere in sicurezza la persona e a tranquillizzarla. Nonostante ciò, è emerso da questo studio che la pratica della contenzione fisica come azione routinaria in alcune realtà era frequente e veniva "insegnata" e tramandata dagli infermieri esperti ai più giovani come necessaria (Canzan et al., 2021).

#### *DR2) Il ruolo dell'infermiere nell'applicazione della contenzione fisica è cambiato?*

Si incominciò a parlare del ruolo dell'infermiere nell'applicazione della contenzione fisica solo nell'ultimo periodo caratterizzato dal secondo Codice deontologico, durante il quale l'uso della contenzione fisica doveva sempre essere prescritto dal medico e doveva essere dettagliatamente riportato in cartella clinica (Ljunggren et al., 1997).

In seguito al Codice deontologico del 1999, la scelta di applicare un mezzo di contenzione fisica diventò sempre più una decisione presa in autonomia dalla figura infermieristica che in alcune realtà smise di confrontarsi con la figura del medico e non raramente ometteva anche di segnalare l'applicazione e il monitoraggio sulla documentazione clinica (Degan et al., 2004).

Per andare incontro alle nuove norme che identificavano l'infermiere come professionista sanitario, ma allo stesso tempo regolamentando una pratica che doveva essere messa in atto con le più attente accortezze, si iniziarono a presentare proposte d'azione che prevedessero linee guida che l'infermiere potesse seguire in autonomia. Questo avveniva informando sempre e comunque il medico come se si trattasse di un qualsiasi trattamento terapeutico, lasciando a quest'ultimo esclusivamente la gestione dei casi più difficili nei quali il rapporto di rischio e beneficio non fosse facilmente valutabile o nel caso di persone che necessitassero anche di un trattamento farmacologico (Degan et al., 2004). Con il Codice deontologico del 2009 si attribuì responsabilità anche al professionista infermiere che in base a documentate valutazioni assistenziali, un'attenta analisi del rapporto rischio-beneficio per la salute della persona, ebbe la possibilità di adottare la

contenzione in autonomia, a patto che venisse documentato minuziosamente sulla documentazione clinica il processo decisionale seguito. La decisione di utilizzare la contenzione fisica in ogni caso non avrebbe dovuto mai coinvolgere soltanto gli infermieri ma l'intera équipe, a meno che non si trattasse di situazioni di assenza del medico o di comprovata emergenza, ovvero eventi straordinari che mettessero a rischio l'incolumità della persona stessa o degli operatori (Castaldo et al., 2015).

A seguito dell'articolo 35 del Codice deontologico del 2019, la contenzione fisica è stata spesso applicata dagli infermieri in autonomia, questo venne ricondotto al fatto che essi sono gli operatori sanitari maggiormente a contatto con il paziente e coloro i quali avrebbero potuto accorgersi per primi dei rischi che la persona avrebbe potuto correre (Canzan et al., 2021). In situazione di emergenza, quindi, come suggerito dal Codice deontologico, gli infermieri sono intervenuti tempestivamente in autonomia in merito alla contenzione. Mentre in situazioni di ordinaria gestione emerse come effettivamente ci fosse un consulto tra i vari membri dell'équipe e la decisione finale venisse concordata anche con il medico, che, facendo leva sul rapporto di fiducia che intercorreva con gli infermieri, spesso appoggiava la loro decisione di intervenire o meno (Canzan et al., 2021).

#### *DR3) I dispositivi utilizzati per la contenzione fisica sono cambiati?*

I mezzi di contenzione fisica utilizzati dal 1960 ad oggi sono stati influenzati soprattutto da alcuni eventi storici importanti, in primo luogo in seguito alla chiusura degli ospedali psichiatrici nel 1978 si assistette ad una progressiva diminuzione dell'utilizzo di dispositivi quali la camicia di forza e le cinghie di cuoio (Brutti and Parlani Brutti, 2006). Un altro cambiamento fondamentale è stato quello iniziato a partire dagli anni del terzo Codice deontologico in ambito psichiatrico con la progressiva sostituzione della contenzione fisica con la contenzione chimica, che diventò il mezzo coercitivo principalmente adottato (Sampogna et al., 2019).

I mezzi di contenzione adottati negli anni a seguire non si differenziarono particolarmente da quelli utilizzati precedentemente, si ritrovavano ad esempio: fasce per carrozzina, fascia pelvica, divaricatore inguinale, fasce antiscivolamento, corsetto con bretelle, corsetto con cintura pelvica, tavolino per carrozzina o sedia, spondine per il letto, bracciali di immobilizzazione in gomma schiuma e le fasce di sicurezza per il letto (Cortigiano, 2014;

Mattiussi et al., 2022).

Per quanto riguarda l'uso delle spondine per il letto, dallo studio di Castaldo A. et al. (2015), è emerso come la posizione degli infermieri intervistati a riguardo non fosse univoca: per alcuni esse erano considerate un mezzo di contenzione, mentre altri le categorizzavano come un dispositivo di protezione (Castaldo et al., 2015).

Al domicilio le spondine sono state il mezzo di contenzione più frequente ed in secondo luogo alcuni caregiver adottavano anche l'uso di polsiere o il "tutone", pigiama intero con cerniera posteriore e cuciture rinforzate, per impedire la rimozione di dispositivi sanitari o i presidi assorbenti. Spesso al domicilio la decisione di ricorrere alla contenzione è stata presa da familiari le cui conoscenze sui possibili effetti collaterali non erano sufficientemente adeguate (Zanetti et al., 2018).

#### *DR4) Nell'applicare la contenzione fisica sono cambiate le sensazioni provate dagli infermieri?*

La prima testimonianza riguardo alle sensazioni degli infermieri si ha negli anni Novanta, in particolare applicare le contenzioni fisiche ha causato spesso turbamento all'infermiere che doveva eseguire la prescrizione medica e ha sollevato in lui numerose questioni etiche (Ljunggren et al., 1997).

Dal 2009 in poi vennero prese in considerazione le emozioni, a volte contrastanti, che il personale infermieristico ha provato nell'attuare misure di contenzione fisica. Le emozioni più ricorrenti sono state la rabbia, la pena, l'angoscia, la tristezza, l'imbarazzo, la sensazione di prevaricazione, il senso di impotenza e il fallimento (Castaldo et al., 2015).

Negli anni più recenti l'utilizzo della contenzione fisica non è sempre stato visto come un aspetto negativo. Lo studio di Canzan F. et al. (2021) ha evidenziato come i mezzi di contenzione fisica, soprattutto in ambito intensivo venissero considerati dagli infermieri anche come mezzo per garantire l'assistenza, ovvero come protezione per il paziente che altrimenti si sarebbe potuto rimuovere i dispositivi medici necessari alla sopravvivenza. In questi contesti intensivi quindi la percezione che hanno avuto gli infermieri riguardo all'uso della contenzione è stata positiva. Al contrario, nelle unità operative di degenza ordinaria gli infermieri hanno considerato la contenzione come una "prigione" per il paziente che ne limita la libertà personale (Canzan et al., 2021).

#### *DR5) Com'è cambiato l'interesse verso le considerazioni esposte della persona soggetta a contenzione fisica?*

Dopo gli anni 2000 il passaggio ad un approccio sempre meno paternalistico nella medicina ha portato anche all'attuazione di un modello di assistenza in cui veniva posta sempre più attenzione ai sentimenti soggettivi dei pazienti, che in precedenza non venivano presi particolarmente in considerazione; si è visto come i pazienti, che al momento del ricovero presentavano un sentimento di privazione della loro libertà, successivamente venissero con più probabilità sottoposti a contenzione fisica (Kalisova et al., 2014). Nacque quindi l'importanza di assistere la persona dimostrando un atteggiamento di interesse, di cura e mai autoritario. Vennero favoriti comportamenti come il mantenere un tono di voce calmo, l'usare tecniche di problem solving, il mettersi nei panni del paziente, il tranquillizzare il paziente, l'evitare prese di posizione, l'offrire il proprio aiuto e l'adoperare tecniche di rilassamento (Sangiorgio and Mosticoni, 2011).

Per adottare questi comportamenti e gestire le contenzioni al meglio riemerge la necessità di un'attenta formazione del personale, un cambiamento a livello di normative e linee guida e di organizzazione a livello di leadership (Sangiorgio and Mosticoni, 2011). Queste linee di indirizzo non sono state recepite dalla maggior parte delle regioni italiane, ma in alcune realtà come quella della regione Liguria si cercò di promuovere i cambiamenti necessari attraverso la creazione, partendo da protocolli ospedalieri, di linee guida a livello regionale (Sangiorgio and Mosticoni, 2011). Un fattore che rese difficile l'attuazione di questi cambiamenti venne rilevato nella mancanza dei posti letto e nella carenza di personale che spesso si presentavano nelle strutture sanitarie (Sangiorgio and Sarlato, 2008). Questo si osservò anche nei turni di notte, dove il personale era ridotto e più faticosamente riusciva a gestire al meglio la totalità dei pazienti, ricorrendo quindi più frequentemente alla contenzione fisica (Di Lorenzo et al., 2012). Se le emozioni del personale infermieristico sono state più volte studiate in letteratura successivamente al Codice deontologico del 2009, pochi sono stati i dati che interessano le emozioni del paziente sottoposto a contenzione e dei suoi familiari, che in alcuni casi, si sono sentiti curati e protetti avendo compreso la motivazione dell'utilizzo della contenzione (Palese et al., 2021). Questo dimostra l'importanza di estendere la decisione anche alla persona e ai caregiver, per coinvolgerli nel processo di cura e migliorare l'assistenza e l'outcome della contenzione (Palese et al., 2021).

## DISCUSSIONE

Nella credenza comune il termine "contenzione" è stato spesso associato alla psichiatria, ma la letteratura dimostra che la contenzione fisica è invece ampiamente utilizzata in tutti i contesti assistenziali (Cortigiano, 2014). Se il ruolo dell'infermiere è cambiato molto dal 1960 ad oggi, non c'è stato invece un significativo cambiamento nelle motivazioni che vengono documentate per giustificare l'utilizzo della contenzione. Infatti, le giustificazioni più ricorrenti che sono state trovate negli studi degli anni presi in esame riportavano principalmente la prevenzione delle cadute, il contenimento di agitazione, aggressività e autolesionismo e per la protezione dei dispositivi medicali (Zanetti et al., 2012; Castaldo et al., 2015; Zanetti et al., 2018; Gatti and Casati, 2019; Poloni et al., 2020). Solo più recentemente invece venne riportato anche come motivazione all'utilizzo della contenzione il sopperire alla carenza di personale, il che è in linea con l'emergenza attuale di carenza di personale nelle strutture sanitarie (Bartoloni, 2022). Tuttavia, nella pratica clinica i mezzi di contenzione sono stati anche utilizzati al fine di protezione; in questi casi si rese necessario concordare con la persona i termini di applicazione della contenzione e raccoglierne il consenso, anche in considerazione del fatto che le evidenze scientifiche non hanno evidenziato un beneficio dell'uso della contenzione a fini protettivi, anzi hanno dimostrato il contrario (Degani, 2014). Un aspetto molto importante ricordato dalla quasi totalità degli autori è stata l'assenza in Italia di specifici riferimenti normativi per l'applicazione della contenzione fisica. Inoltre, nonostante siano state stilate numerose linee guida a livello aziendale (Poli and Rossetti, 2001), non troviamo nessuna indicazione specifica a livello nazionale, se non la raccomandazione n. 13 del 2011 sull'utilizzo della contenzione nell'ambito della prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2011). Il governo si è interessato all'argomento attraverso un'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica tra il 2016 e il 2017 (Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, 2016) concentrandosi sul rispetto della dignità e dei diritti della persona. Al termine di questa indagine ha stilato delle raccomandazioni che possano essere il punto di partenza per garantire il rispetto dei diritti umani e della dignità nei luoghi di cura, che comprendono anche il colmare l'assenza di dati certi sul fenomeno, investire sulla formazione

del personale e la promozione di approcci “no restraint” prendendo spunto dall’esperienza del Friuli-Venezia Giulia (Castelpietra, 2017). A seguito di questa consultazione il Ministero della Salute però non ha ancora fornito nessun tipo di linea guida da adottare a livello nazionale, misura la cui necessità è stata spesso ripresa in letteratura.

L’evoluzione dell’uso della contenzione fisica nella storia dell’assistenza si è modificata di pari passo all’evoluzione che ha avuto negli anni la figura infermieristica. Questa a sua volta ha influenzato anche il ruolo che l’infermiere ha ricoperto e ricopre al giorno d’oggi nell’applicazione della contenzione fisica. Inizialmente l’infermiere come ausiliario si occupava esclusivamente di eseguire l’ordine del medico di contenere fisicamente un paziente, senza procedere con un’analisi dei bisogni assistenziali né attribuendosi nessun tipo di responsabilità. La contenzione, infatti, non venne nemmeno considerata nei primi due Codici deontologici dell’infermiere, ma apparve solo, dal terzo Codice del 1999, in seguito al riconoscimento dell’infermiere come professionista. Dal 1999 in poi l’infermiere diventò, quindi, partecipe nel processo decisionale, contribuendo con valutazioni assistenziali e con il suo parere da professionista, e dopo un periodo in cui la contenzione rimase comunque appannaggio della prescrizione medica, si arrivò all’attuale Codice deontologico che, escludendo la stessa come atto terapeutico, di fatto eliminò anche la necessità di una prescrizione medica. Nel 2009 l’articolo in merito alla contenzione faceva emergere la necessità esplicita di prescrizione medica o di documentate valutazioni assistenziali a sostegno della scelta in situazioni straordinarie (Federazione Nazionale IPASVI, 2009). La scelta diventò nel 2019 condivisa dall’equipe che giungeva alla valutazione finale in seguito ad un confronto tra diversi professionisti. Inoltre, in caso di necessità, il Codice del 2019 ricordò che l’infermiere ha la possibilità di applicare mezzi di contenzione fisica in autonomia sotto la propria responsabilità (FNOPI, 2019).

I mezzi di contenzione più utilizzati si sono evoluti nel corso della storia, passando dai classici mezzi più arcaici, come la camicia di forza, a mezzi più attuali che dal 1960 ad oggi non hanno visto un’evoluzione particolare. In questi ultimi sessant’anni, infatti, le principali contenzioni utilizzate sono state le spondine per il letto, le bende per polsi e caviglie, le sedie con piani di appoggio fisso, la fascia per carrozzina, la fascia pelvica, i braccioli di immobilizzazione, i corsetti con bretelle e le fasce di sicurezza per il letto (Cortigiano, 2014; Zanetti et al., 2018;

Mattiussi et al., 2022).

Dall’analisi della letteratura è emerso come solo nell’ultima decina d’anni si sia considerato in modo significativo l’impatto che l’utilizzo della contenzione può avere sul professionista che la applica. Questi studi hanno riportato numerosi sentimenti che l’infermiere prova in queste circostanze, a volte anche contrastanti, tra i quali i più ricorrenti sono stati la rabbia, la pena, l’angoscia, la tristezza, l’imbarazzo, la sensazione di prevaricazione, il senso di impotenza, il fallimento (Castaldo et al., 2015). Sebbene invece le emozioni e i sentimenti provati dalle persone che sono state sottoposte a contenzione nel contesto italiano non siano stati studiati in modo approfondito dagli articoli inclusi nella revisione, è emersa l’importanza di assistere la persona soggetta a contenzione dimostrando un atteggiamento di interesse nei confronti dei sentimenti e considerazioni espresse dai pazienti (Sangiorgio and Mosticoni, 2011). In particolare, si è visto come il coinvolgimento nel processo di cura del paziente sottoposto a contenzione e dei suoi familiari abbia permesso agli stessi di percepire maggiormente il senso di protezione e di cura per il quale venivano effettivamente messi in atto determinate azioni coercitive. Questo dimostra l’importanza di estendere la decisione anche alla persona e ai caregiver, per coinvolgerli nel processo di cura e migliorare l’assistenza e l’outcome della contenzione (Palese et al., 2021).

#### *Limiti e punti di forza*

Questa revisione ha riscontrato un importante limite nella ricerca di studi dal 1960 al 1977. L’analisi della letteratura non ha infatti riportato sufficienti studi per analizzare nel migliore dei modi il periodo in esame. Tuttavia, l’elaborato ha permesso di far luce su un importante tema, quello della contenzione fisica, del suo utilizzo in Italia e degli aspetti legati al benessere degli individui coinvolti permettendo di fornire una solida base per promuovere un’assistenza più rispettosa e basata sulle evidenze.

#### **CONCLUSIONI**

I risultati di questo studio riportano negli anni presi in esame importanti cambiamenti per la professione infermieristica e numerose evidenze e raccomandazioni sull’utilizzo della contenzione fisica che potranno essere così facilmente reperibili ed utilizzate dalla comunità professionale. Lo studio evidenzia anche come sia opportuno con futuri studi andare ad indagare più nel dettaglio la situazione attuale in Italia rispetto alle conoscenze e al ruolo che l’infermiere ha nell’applicazione della contenzione fisica in seguito alla pubblicazione

del Codice deontologico del 2019.

### Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

### Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

### BIBLIOGRAFIA

- Ambrosi, E., Debiassi, M., Longhini, J., Giori, L., Saiani, L., Mezzalira, E., Canzan, F., 2021. Variation of the Occurrence of Physical Restraint Use in the Long-Term Care: A Scoping Review. *IJERPH* 18(22), 11918.
- Bartoloni, M., 2022. Introvabili, sottopagati e con poca carriera: emergenza infermieri, ne mancano 70mila. *Il Sole 24 ORE*. [consultato il 16/10/23] Disponibile all'indirizzo: <https://www.ilsole24ore.com/art/introvabili-sottopagati-e-poca-carriera-emergenza-infermieri-ne-mancano-70mila-AERvGkwB>.
- Bicego, L., Mislej, M., Benedetto, L., Guidi, V., 2020. Il contributo delle associazioni di volontariato nel percorso di eliminazione della contenzione meccanica in ambito ospedaliero. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 39, 24–30.
- Brutti, C., Parlani Brutti, R., 2006. Restraint and Containment. Historical Notes and Anthropological perspectives. *Rivista sperimentale di Freniatria* 130, 123–132.
- Canzan, F., Mezzalira, E., Solato, G., Mortari, L., Brugnolli, A., Saiani, L., Debiassi, M., Ambrosi, E., 2021. Nurses' Views on the Use of Physical Restraints in Intensive Care: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* 18, 9646.
- Castaldo, A., Zanetti, E., Muttillio, G., Carniel, G., Gazzola, M., Gobbi, P., Magri, M., Bazzana, S., Noci, C., 2015. Il ricorso alla contenzione fisica: che cosa pensano e vivono gli infermieri? Uno studio qualitativo. *L'Infermiere* 52(4), e50–e59.
- Castelpietra, G., 2017. Non-recours a la contention dans les services de sante mentale: le dispositif de Friuli-Venezia Giulia. *Information psychiatrique* 93, 569–573. *Information psychiatrique* 93, 569–573.
- Centers for Medicare & Medicaid Services, 2023. Title 42-Public Health, Chapter IV-Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health and Human Services, Subchapter G-Standards and Certification, Part 482-Conditions of Participation for Hospitals. Code of Federal Regulations. [consultato il 10/09/23] Disponibile all'indirizzo: <https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-482>.
- Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, 2016. La contenzione meccanica [consultato il 10/09/23] Disponibile all'indirizzo: [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO\\_CONTENZIONE\\_COMMISSIONE\\_DIRITTI\\_UMANI\\_SENATO.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/file/repository/commissioni/dirittiumaniXVII/RAPPORTO_CONTENZIONE_COMMISSIONE_DIRITTI_UMANI_SENATO.pdf).
- Cortigiano, E., 2014. Il ruolo degli infermieri nel superamento delle contenzioni, in: Saltarelli S, Vicchi S., Contenzione o Protezione? Aspetti Assistenziali, Sanitari, Sociali e Legali Nell'uso Delle Contenzioni. Maggioli Editore, pp. 85–100.
- Costituzione della Repubblica Italiana, GU Serie Generale n.298, 1947. [consultato il 15/09/23] Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/dettaglio/codici/constituzione>.
- Degan, M., Iannotta, M., Genova, V., Opportuni, I., Chiusso, G., Bonso, O., 2004. Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. *Assistenza infermieristica e ricerca* 23, 68–75.
- Degani, L., 2014. Possibili profili di responsabilità giuridica, civile, penale ed amministrativa, in: Saltarelli S, Vicchi S., Contenzione o Protezione? Aspetti Assistenziali, Sanitari, Sociali e Legali Nell'uso Delle Contenzioni. Maggioli Editore, pp. 61–74.
- Delibera Regionale n. 1904, Raccomandazione per il superamento della contenzione, Friuli-Venezia Giulia, 2016. [consultato il 14/10/23] Disponibile all'indirizzo: [https://mtom.regione.fvg.it/storage//2016\\_1904/Allegato%201%20alla%20Delibera%201904-2016.pdf](https://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_1904/Allegato%201%20alla%20Delibera%201904-2016.pdf).
- Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., Kallert, T.W., Raboch, J., Kalisova, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., 2010. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services* 61, 1012–1017.
- Di Lorenzo, R., Baraldi, S., Ferrara, M., Mimmi, S., Rigatelli, M., 2012. Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems: Physical Restraints in an Italian Psychiatric Ward: Clinical Reasons and Staff Organization Problems. *Perspectives in Psychiatric Care* 48, 95–107.
- Federazione Nazionale IPASVI, Codice Deontologico dell'Infermiere. 2009. [consultato il 09/07/23] Disponibile all'indirizzo: <https://opi.roma.it/wp>

- content/uploads/2020/07/Codice-Deontologico-2009.pdf.
- Federazione Nazionale IPASVI, Codice deontologico. 1999. [consultato il 09/07/23] Disponibile all'indirizzo: <http://www.opibz.it/wp-content/uploads/2019/05/Codice-Deontologico-1999.pdf>.
- Federazione Nazionale IPASVI, Codice Deontologico Italiano. 1977. [consultato il 09/07/23] Disponibile all'indirizzo: <http://www.opibz.it/wp-content/uploads/2019/05/Codice-Deontologico-1977.pdf>.
- Federazione Nazionale IPASVI, Codice Deontologico dei professionisti sanitari ausiliari. 1960. [consultato il 09/07/23] Disponibile all'indirizzo: <http://www.opibz.it/wp-content/uploads/2019/05/Codice-Deontologico-1960.pdf>.
- FNOPI, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. 2019. [consultato il 09/07/23] Disponibile all'indirizzo: [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/II%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf).
- Gaeta, A., Ferrara, P., Destrebecq, A., Terzoni, S., 2019. Percezioni e conoscenze degli infermieri e degli studenti di infermieristica in tema di contenzione fisica: risultati di uno studio. *L'Infermiere* 56(5), e94–e105.
- Gatti, M., Casati, M., 2019. Monitoraggio degli esiti sensibili dell'assistenza: la contenzione fisica della persona adulta nella media intensità di cura ospedaliera. *L'infermiere* 56(4), e66–e72.
- Healey, F., 2007. Bedrails-reviewing the evidence. National Patient Safety Agency.
- Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T.W., Onchev, G., Karastergiou, A., del Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J.A., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A., Fiorillo, A., 2014. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49, 1619–1629.
- Legge n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori., 1978. [consultato il 03/08/23] Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>.
- Leoni, M., Cavagnola, R., Chiodelli, G., Corti, S., Fioriti, F., Galli, M.L., Michelini, G., Miselli, G., Uberti, M., 2018. The Reduction of Mechanical Restraints and PRN Medication in 400 Persons with Neurodevelopmental Disorders: an Analysis of 11 Years Process in 23 Italian Residential Settings. *Adv Neurodev Disord* 2, 353–361.
- Ljunggren, G., Phillips, C.D., Sgadari, A., 1997. Comparisons of Restraint Use in Nursing Homes in Eight Countries. *Age and Ageing* 26, 43–47.
- Mancino, P., Visentin, C., Ceccato, M., Capitano Cantagallo, L., Zunino, L., De Rosso, M., Pagliarulo, E., 2022. PS SC DIPSASL AL 05 - Procedura aziendale: Gestione della contenzione fisica. [consultato il 29/09/23] Disponibile all'indirizzo: [https://www.aslal.it/allegati/PROCEDURA%20CONTENZIONE%20stesura%20definitiva\\_gennaio\\_22%20non%20firmata\\_PUBB\\_.pdf](https://www.aslal.it/allegati/PROCEDURA%20CONTENZIONE%20stesura%20definitiva_gennaio_22%20non%20firmata_PUBB_.pdf).
- Mattiussi, E., Piani, T., De Marco, A., Portolan, C., Castriotta, L., Danielis, M., 2022. The Use of Physical Restraints in Italian Intensive Care Units: Results From a Multicenter Observational Study. *Dimens Crit Care Nurs* 41, 57–63.
- Ministero della Salute, 2018. Prescrizione [consultato il 20/10/23] Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?area=farmaci&id=3619&lingua=italiano&menu=assfarm](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?area=farmaci&id=3619&lingua=italiano&menu=assfarm).
- Ministero della Salute, 2011. Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. [consultato il 07/07/23] Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1639\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf).
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.
- Palese, A., Longhini, J., Businarolo, A., Piccin, T., Pitacco, G., Bicego, L., 2021. Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design. *IJERPH* 18, 12764.
- Pivodic, L., Smets, T., Gambassi, G., Kylänen, M., Pasman, H.R., Payne, S., Szczerbińska, K., Deliens, L., Van den Block, L., 2020. Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *International Journal of Nursing Studies* 104, 103511.
- Poli, N., Rossetti, A.M.L., 2001. Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi* 4, 58–67.
- Poloni, N., Ielmini, M., Caselli, I., Lucca, G., Isella, C., Buzzi, A.E., Rizzo, L.R.M., Gasparini, A., Introini, G., Callegari, C., 2020. The use of mechanical restraint

in a psychiatric setting: an observational study. *Journal of Psychopathology* 26, 284–289.

Regio Decreto n. 1398, Codice penale. 1930. [consultato il 27/09/23] Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/sommario/codici/codicePenale>.

Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Poci, B., Palumbo, C., Fico, G., Giallonardo, V., De Rosa, C., Fiorillo, A., 2019. Perceived Coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Wards: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front. Psychiatry* 10, 316.

Sangiorgio, P., Mosticoni, S., 2011. Contenzioni ed emergenze psichiatriche a Roma. *Rivista di psichiatria* 46, 97–121.

Sangiorgio, P., Sarlato, C., 2008. Physical Restraint in General Hospital Psychiatric Units in the

Metropolitan Area of Rome. *International Journal of Mental Health* 37, 3–16.

Vergallo, G.M., Gulino, M., 2021. Physical Restraint in Psychiatric Care: Soon to Fall Out of Use? *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 31, 468–473.

Zanetti, E., Castaldo, A., Miceli, R., Magri, M., Mariani, L., Gazzola, M., Gobbi, P., Carniel, G., Capodiferro, N., Muttillio, G., 2012. L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. *L'Infermiere* 49(2), e29–e38.

Zanetti, E., Zani, M., Poli, M., Mottin, C., Marin, M., 2018. 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. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*.

**Appendici**

**Appendice 1.** Strategie di ricerca.

BANCA DATI	STRINGA CON LIMITI	Record estratti 17/03/2023
SCOPUS	(TITLE-ABS KEY ( physical OR mechanical W/3 restraint* ) AND TITLE-ABS-KEY ( ital* ) )	80
EMBASE	('physical restraint'/exp OR (((physical OR mechanical) NEAR/3 restraint*):ti,ab,kw) OR 'coercive measur*':ti,ab,kw) AND ('italy'/exp OR ital*:ti,ab,kw) AND [<1966-2000]/py	65
PUBMED	((ITAL*[Title/Abstract] OR ("Italy"[Mesh])) AND ((COERCIVE-MEASUR*[Title/Abstract] OR "PHYSICAL RESTRAINT*[Title/Abstract] OR "MECHANICAL-RESTRAINT*[Title/Abstract] OR ("Restraint, Physical"[Mesh]))	60
CINAHL	((MH "Restraint, Physical") OR (TI ( (((Physical or mechanical) N3 restraint* or ( COERCIVE-MEASUR*))) OR AB ( (((Physical or mechanical) N3 restraint* or ( COERCIVE-MEASUR*))) AND ((TI ITAL* OR AB ITAL*) OR (MH "Italy"))	40
OVID PSYCINFO	(exp Physical Restraint/) or (((Physical or mechanical) adj3 restraint* or (Immobiliz* or immobilis* or COERCIVE-MEASUR*)):ab,id,ti.) and ("ITAL*":ab,id,ti.)	42

Appendice 2. Tabella estrazione dati.

Primo autore/anno di pubblicazione/banca dati	Scopo	Disegno dello studio	Campione	Risultati
Mattiussi E, 2022 PubMed	Descrivere e osservare: - frequenza d'uso - tipologie di contenzione fisica - motivazioni associate all'uso della contenzione	Studio osservazionale multicentrico	N= 146 pazienti critici. Età >18 aa.	Le contenzioni fisiche sono state applicate nel 56,7% dei casi, con maggiore frequenza agli arti superiori. Le motivazioni principali emerse sono state: - impedire l'autoestubazione (50,0%) - impedire la rimozione dei dispositivi endovascolari (32,2%).
Palese A, 2021 PubMed	Delineare e valutare: - il quadro decisionale utilizzato dagli infermieri nell'applicazione delle contenzioni - le eventuali differenze tra ospedale e strutture per lungodegenze.	Studio a metodo misto	N= 4562 pazienti con una o più contenzioni fisiche in 37 strutture italiane ricoverati in un preciso giorno, nell'anno 2018.	Le ragioni che hanno spinto gli infermieri all'utilizzo delle contenzioni sono state: - confusione e agitazione della persona - rischio caduta - rischio di auto rimozione di dispositivi intravascolari o cateteri - prevenzione d'infezioni dovute ad un accidentale tocco della ferita chirurgica - sicurezza dell'operatore - richiesta dei parenti Ai pazienti lungodegenti sono state applicate contenzioni in misura maggiore rispetto a quelli ospedalizzati.
Canzan F, 2021 PubMed	Valutare l'esperienza degli infermieri di terapia intensiva sull'uso delle contenzioni fisiche	Studio qualitativo	N=20 infermieri di terapia intensiva  Luogo: 10 ospedali del nord Italia  Periodo: dicembre 2018 - febbraio 2019.	Gli infermieri intervistati hanno fatto emergere: - una personale definizione di contenzione - la necessità del coinvolgimento dei parenti - la volontà di applicare la contenzione come ultima ratio - i sentimenti personalmente provati
Poloni N, 2020 Ovid PsycInfo	Delineare le variabili sociodemografiche e cliniche relative alla contenzione fisica	Studio osservazionale	N= 65 pazienti psichiatrici adulti  Luogo: reparto psichiatrico dell'Ospedale Generale di Varese  Periodo: gennaio 2016 - agosto 2017.	Dati emersi: - prevalenza di soggetti maschi (61,5%) - età media 43 anni (maschi). - correlazione tra genere femminile delle infermiere e numero di contenzioni per singolo ricovero.  Motivazioni emerse: - confusione (81,5%) - aggressività (61,5%) - opposizione ai trattamenti (20%)
Pivodic L, 2020 Scopus	Determinare: - la frequenza dell'uso della contenzione nell'ultima settimana di vita dei residenti di case di cura - l'associazione tra uso di contenzione e le caratteristiche dei paesi studiati	Studio epidemiologico trasversale	N=1384 pazienti  Luogo: case di cura in Belgio, Inghilterra, Finlandia, Italia, Paesi Bassi e Polonia	Frequenza dell'uso di restrizioni per gli arti e/o per il tronco: - "quotidianamente" nell'ultima settimana di vita tra lo 0% e il 12% dei casi - "meno frequentemente del quotidiano" tra lo 0% ed il 6% dei casi. L'uso della contenzione non è stato associato al genere dei residenti, alla demenza, allo stato funzionale, al livello del personale o al livello di dipendenza dei residenti all'interno della casa di cura.
Bicego L, 2020 Scopus	Valutare il contributo delle associazioni di volontariato nell'Azienda Sanitaria di Trieste nell'eliminazione della contenzione.	Studio osservazionale	N= 83 pazienti  Luogo: l'Azienda Sanitaria di Trieste  Periodo: 2017-2019.	È emerso come in tutte le situazioni prese in esame nelle quali ai pazienti veniva affiancato un volontario non sia stato necessario ricorrere all'uso di contenzione.
Sampogna G, 2019 Ovid PsycInfo	Identificare i fattori sociodemografici e clinici che influenzano la percezione della contenzione	Studio retrospettivo	N=294 pazienti	I fattori sociodemografici emersi sono stati: - ricovero forzato - sesso maschile - età avanzata - trattamento clinico non soddisfacente.
Gatti M, 2019 Cinahl	Rilevare la prevalenza della contenzione nel contesto di cura dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo.	Studio osservazionale prospettico	N=2539 pazienti	Nel periodo considerato 54 pazienti sono stati sottoposti a contenzione. Il 72% di questi sono stati segnalati nell'U.O. di medicina. È stata registrata una prevalenza del: - 3,15% nelle U.O. mediche - 1,15% nelle U.O. chirurgiche.

Gaeta A, 2019 Cinahl	Indagare la percezione e le conoscenze di un campione di infermieri e di studenti del Corso di Laurea in infermieristica in merito al tema della contenzione fisica.	studio osservazionale trasversale	N=188 (41 studenti e 147 infermieri)	Dallo studio sono emersi: - punteggi critici in 6 items su 15 nei domini "conoscenze" e "aspetti della pratica" - una propensione alla tematica soddisfacente, in particolare negli studenti.
Leoni M, 2018 Scopus	Analizzare l'evoluzione negli ultimi undici anni dell'uso della contenzione in pazienti adulti con disabilità neuromotoria	Studio retrospettivo	N=406 pazienti	Cambiamenti emersi nel periodo indagato: - Le contenzioni fisiche sono diminuite da una media di 167 a meno di 2 al mese. - I farmaci psicoattivi al bisogno sono diminuiti da una media di 123 a 0 al mese.
Zanetti E, 2018 PubMed	Valutare la prevalenza delle contenzioni fisiche tra gli anziani assistiti dai servizi di assistenza domiciliare.	Studio osservazionale	N=510 anziani	- 175 persone su 510 sono state sottoposte a contenzione. - Il mezzo di contenzione più usato sono state le spondine (90.8% dei casi)
Castelpietra G, 2017 Scopus	Fornire elementi di riflessione al fine di evitare l'uso della contenzione fisica nell'assistenza alle persone con problemi di salute mentale	Studio osservazionale	N=20000  Luogo: Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del FVG  Periodo: 2013-2015	- Non è stato registrato alcun utilizzo di contenzioni fisiche. - La frequenza di TSO è stata di 8 su 1000 utenti all'anno. - La frequenza di TSO del FVG è stata la più bassa dell'intero Paese durante il periodo studiato.
Castaldo A, 2015 Cinahl	Identificare in merito alla contenzione fisica: - le motivazioni - gli atteggiamenti, i valori e i sentimenti degli infermieri - i fattori ostacolanti o favorenti	Studio qualitativo – focus group	N= 130 (60 infermieri, 40 coordinatori e 30 dirigenti infermieristici)	Dalle interviste è emerso: - emozioni di rabbia, compassione e frustrazione - una personale definizione di contenzione fisica - un dilemma tra aspetto protettivo e restrittivo della contenzione
Kalisova L, 2014 Ovid PsycInfo	Identificare se determinati fattori correlati al paziente e al reparto sono associati all'uso di misure di contenzione.	Studio osservazionale longitudinale multicentrico	N=2027 pazienti	Non sono stati identificati fattori sociodemografici e fattori relativi al reparto predisponenti l'utilizzo di contenzione.
Tarsitani L, 2013 Ovid PsycInfo	Indagare se l'uso della contenzione fisica, frequenza di TSO e altre caratteristiche dei trattamenti differiscono nei pazienti immigrati e nati in Italia ricoverati in un'unità di terapia intensiva psichiatrica.	Studio prospettico	N=200 pazienti	- I pazienti immigrati sono stati sottoposti a contenzione fisica nel 11% dei casi contro al 3% dei pazienti italiani. - Non sono state riscontrate differenze nella frequenza di TSO. - I pazienti immigrati hanno avuto una degenza più lunga in ospedale.
Di Lorenzo R, 2012 Embase	Analizzare l'uso della contenzione fisica in un reparto psichiatrico italiano per acuti	Studio retrospettivo	N= 268 pazienti	Dati emersi che rendono più frequente l'uso delle contenzioni: - Stato di coscienza alterato - turno di notte - comportamento aggressivo - diagnosi di schizofrenia e/o di altri disturbi psicotici durante le prime 72 ore di ricovero
Zanetti E, 2012 Cinahl	Valutare la prevalenza della contenzione fisica negli ospedali e nelle case di cura per anziani	Studio osservazionale cross-sectional.	N=9498 (N=2808 pazienti ospedalizzati, N=6690 ospiti case di cura)	L'uso della contenzione è stato riscontrato nel: - 15,8% dei degeniti ospedalizzati - 68,7% dei residenti nelle RSA
Sangiorgio P, 2011 PubMed	Verificare se, e in che misura, la contenzione fisica sia un mezzo necessario per la gestione degli stati di agitazione in ambito psichiatrico emergenziale	Studio osservazionale	N=3130 pazienti	- L'uso della contenzione è influenzato dal territorio e dall'organizzazione della struttura operativa. - Il numero di TSO e il numero di pazienti contenuti sono direttamente proporzionali. - L'assenza di un protocollo porta ad un aumento nell'uso della contenzione
Dembinkas A, 2010 PubMed	Valutare e confrontare l'uso di misure coercitive nelle strutture ospedaliere psichiatriche in dieci paesi europei.	Studio di coorte, prospettico, multicentrico	N= 2.030 pazienti	- In otto paesi (Italia compresa), la misura più frequentemente utilizzata è stata la contenzione chimica. - Sono state utilizzate 1.462 misure coercitive su 770 pazienti (38%). - La frequenza di applicazione di restrizioni varia tra il 21% e il 59% nei vari paesi. - La motivazione più diffusa è stata l'aggressività del paziente nei confronti degli altri.
Sangiorgio P, 2008 Scopus	Effettuare una ricerca in merito alle contenzioni su: - utilizzo - caratteristiche in situazioni di emergenza fattori di rischio	Studio osservazionale	N= 304 pazienti sottoposti a contenzione	- 557 casi registrati di contenzione fisica. - 20 SPDC su 21 hanno fatto uso routinario della contenzione con diversa frequenza di utilizzo: da 1 a 74 casi di contenzione per SPDC

Brutti C, 2006 Ovid PsycInfo	Analizzare i termini "Contenzione" e "contenimento", che nel corso degli anni 1970, sono state al centro del dibattito che ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici in Italia	Compendio storico antropologico		Viene avanzata l'ipotesi che contenzione e contenimento possano cadere in disuso a seguito del trionfo della psicofarmacologia e della psichiatria biologica.
Degan M, 2004 Scopus	Fornire un quadro generale delle conoscenze, delle opinioni e dei comportamenti del personale infermieristico riguardo la contenzione fisica	Studio qualitativo	N=343 infermieri	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I tipi di contenzione utilizzati sono stati le sponde da letto e le cinghie per arti</li> <li>- Le motivazioni hanno fatto riferimento a disorientamento, agitazione, aggressività e disturbi dell'equilibrio.</li> <li>- Il 60,8% degli infermieri ha applicato autonomamente la contenzione senza documentarla.</li> <li>- Il 52,9% degli operatori ha provato disagio nell'applicare gli strumenti di contenzione.</li> </ul>
Ljunggren G, 1997 PubMed	Confrontare il tipo di contenzioni utilizzate e la frequenza del suo uso in otto paesi: Danimarca, Francia, Islanda, Italia, Giappone, Spagna, Svezia e Stati Uniti.	Studio osservazionale cross-sectional	N=347211 (campione totale)  N=1044 (Campione in ambito italiano)	<p>Frequenza di utilizzo della contenzione fisica emersa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &lt;9% in Danimarca, Islanda e Giappone,</li> <li>- 15-17% in Francia, Italia, Svezia e USA</li> <li>- 40% in Spagna.</li> </ul> <p>La frequenza maggiore è stata registrata tra i residenti più dipendenti e con disabilità cognitiva.</p> <p>Il tipo di contenzione più utilizzata in Italia: sedia che impedisce di alzarsi</p>
Castiglioni R, 1987 Ovid PsycInfo	Esaminare la liceità dell'uso della contenzione in Italia partendo dalla normativa vigente	Compendio etico-giuridico		<p>Argomenti trattati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- regolamento del 1909 in materia di assistenza psichiatrica</li> <li>- leggi n. 180 e n. 833</li> <li>- "stato di necessità" quale causa di esclusione del reato ai sensi dell'art. 54 del Codice penale.</li> </ul>