

Introduzione

Da una revisione epidemiologica del 2002, emerge che una media del 10% dei soggetti ricoverati nei reparti per acuti e addirittura una media del 27% nelle case di cura residenziali geriatriche, subisce la contenzione.

Essa è definita come l'applicazione di dispositivi al corpo o a parte di esso e allo spazio circostante l'individuo, al fine di limitarne le possibilità di movimento volontario.

A tale scopo, si possono usare anche farmaci specifici, ma all'interno del mio studio ho voluto considerare esclusivamente la contenzione di tipo fisico.

Il corpo dell'elaborato è suddiviso, come indicato, in tre parti: "Descrizione del contesto e del fenomeno", "Materiali, metodi e risultati" ed infine "Conclusioni e considerazioni finali".

Nel primo capitolo ho preso in considerazione il problema da un punto di vista puramente descrittivo, teorico e poco pragmatico, contestualizzandolo all'interno dell'epidemiologia reperita attraverso il motore di ricerca di Pubmed; le parole chiave utilizzate sono state: "physical restraint, use restraint e accidental fall". La ricerca ha prodotto risultati soddisfacenti in quanto tale pratica è oggetto di studi scientifici che forniscono importanti contributi per la precisazione della condizione di salute del paziente contenuto, relativa alla sua integrità funzionale, fisica, psicologica e cognitiva.

Inoltre, attraverso la storia, ho ricostruito le origini della pratica contenitiva, che deriva dalla tradizione dei secoli passati, in cui era utilizzata per preservare la società dai "folli".

Con il passare degli anni, l'utilizzo della contenzione si modificò fino a diventare una vera e propria modalità terapeutica per limitare la possibilità di movimento delle persone con disturbi mentali. Quindi nei paragrafi seguenti ho trattato temi diversi: dalla descrizione alle implicazioni etico-legali, dalle indicazioni alle linee guida che orientano la pratica e inducono a riflettere su di essa. Infatti in campo legislativo, un operatore, ignaro dei riferimenti normativi vigenti, rischia di incorrere in provvedimenti a proprio carico se utilizza le contenzioni fisiche al di fuori dei limiti consentiti dalla legge e dal Codice Deontologico per non causare danni fisici e psicologici al paziente.

Se nel primo capitolo ho analizzato il contesto generale, nel secondo ho preso in considerazione quello locale dell'Ospedale Cardinal Massaia; ho condotto un'indagine presso tre reparti medici (neurologia, geriatria e medicina interna A) in cui, nell'ambito della mia esperienza di stage, le contenzioni vengono maggiormente applicate. Ho somministrato personalmente agli infermieri cinque domande a risposta aperta con l'obiettivo di indagare come gli operatori si interfacciano con la pratica della contenzione fisica, se e in che modo attuano degli interventi preventivi, quali strumenti oggettivi usano per valutare il rischio ed infine quali sono gli atteggiamenti che manifestano verso un paziente contenuto.

I risultati possono essere considerati soddisfacenti, validi per la loro concretezza e coerenti con il materiale bibliografico consultato; tuttavia è emerso che permangono carenze a livello di dotazione di strumenti di valutazione del rischio cadute e più in generale a livello organizzativo.

In seguito a queste riflessioni, nel terzo capitolo ho affrontato diverse tematiche, quali la riduzione della contenzione fisica secondo la classificazione dei pazienti su tre livelli progressivi in base ai loro bisogni assistenziali.

Alla luce dei risultati conseguiti e del materiale reperito, propongo l'adozione, da parte degli operatori dell'Asl.At, della scala di valutazione di Conley per prevenire le cadute e della scheda di registrazione della metodica di applicazione della pratica, auspicando così il miglioramento dell'assistenza erogata.