

Infermieristica applicata alla persona in età geriatrica

IL PROBLEMA DELLA CONTENZIONE

A photograph of a broken metal chain link on a concrete floor. The chain is dark and appears to be made of heavy-duty metal. One link is broken, with sharp, jagged pieces of metal protruding from the fracture. The background is a light-colored, textured concrete surface. A large, black, wavy banner is overlaid on the left side of the image, containing the text "Liberi da contenzione ... si può!".

**Liberi da contenzione
... si può!**

“Non è stata follia ‘liberare’ i matti, non può essere follia liberare i vecchi” (Bicego, 2016)

sebbene il concetto di contenzione non trovi una definizione universalmente condivisa (Robins et al., 2021; Palese et al., 2018), per contenzione delle persone assistite intenderemo:

l’atto di limitare, attraverso l’utilizzo di mezzi fisici, meccanici, farmacologici o ambientali, la libertà di movimento del corpo o di una parte di esso, oppure il comportamento della persona assistita.

In questo contesto non vengono considerati atti di contenzione le attività/i dispositivi applicati per garantire la sicurezza degli assistiti durante i trasporti, la posturazione durante gli interventi chirurgici, durante esami strumentali o attività cliniche a cui il paziente si sottopone in maniera consensuale.

Robins, L. M., Lee, D. A., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., & Haines, T. P. (2021). Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3639. [HTTPS://DOI.ORG/10.3390/IJERPH18073639](https://doi.org/10.3390/IJERPH18073639)

Palese, A., Cargnelli, G., Bicego, L., Cassin, C., De Lucia, P., & Pitacco, G. (2018). Progettare e condurre studi sulla contenzione fisica: appunti di metodo [How to plan and conduct study on restraints use: notes on methods]. *Assistenza infermieristica e ricerca : AIR*, 37(2), 76–82. <https://doi.org/10.1702/2940.29553>

CONTENZIONE FISICA: attuata da una persona senza utilizzo di strumenti

CONTENZIONE FARMACOLOGICA: somministrazione di farmaci che modificano il comportamento non per motivi terapeutici, ma per facilitare il controllo della persona;

CONTENZIONE AMBIENTALE: cambiamenti apportati all'ambiente di vita di una persona per limitarne o controllarne o impedirne i movimenti o l'allontanamento;

CONTENZIONE MECCANICA: utilizzo di dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante alla persona, per limitarne la libertà dei movimenti. Si distingue fra: mezzi di contenzione per il letto (per esempio spondine), mezzi di contenzione per la sedia (per esempio corpetto), mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere, cavigliere, fasce addominali) e mezzi di contenzione per postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).

La contenzione non è solo la limitazione della libertà personale, ma è un atto che può portare gravi conseguenze sul piano psicologico della persona e di chi la assiste, oltre che provocare gravi conseguenze fisiche a chi viene contenuto.

Queste conseguenze sono distinguibili in **danni diretti** causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione e **danni indiretti** dovuti alla immobilità forzata, come ad esempio le lesioni da pressione, le cadute, infezioni, il prolungamento dell'ospedalizzazione e l'aumento della mortalità.

... non protocollabile, non prescrivibile...

Dice Francesco Maisto, Procuratore Aggiunto alla Procura di Milano al Convegno Giornate della Salute tenutesi a Trieste il 25 maggio 2006, **che la contenzione fisica è ammessa solo per uno stato di necessità, quindi in situazione non prevedibili né protocollabili e per questo non prescrivibili.**

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 13

"La libertà personale è inviolabile.

*Non è ammessa alcuna forma di detenzione, d'ispezione o perquisizione personale e qualsiasi altra **restrizione della libertà personale**, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge.*

*In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere **comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria** e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto.*

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

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 22

*“Nessuno può essere privato [...] della
capacità giuridica della cittadinanza
[...]”*

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 32

*La Repubblica tutela **la salute come fondamentale diritto dell'individuo** e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

***Nessuno può essere obbligato** a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.*

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Ordinamento Penitenziario

Art. 41

L'impiego della forza fisica e uso dei mezzi di coercizione. "... non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento ... e solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire l'incolumità dello stesso soggetto ... l'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario ...".

Codice Deontologico 2009 dell'Infermiere, art. 30:

*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla
contenzione sia evento straordinario,
sostenuto da prescrizione medica o da
documentate valutazioni assistenziali*

Codice Deontologico 2009 dell'Infermiere, art. 8:

“L’infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l’incolumità e la vita dell’assistito”;

Codice Deontologico dell'Infermiere 2018 , art. 21:

*L'infermiere che rileva **privazioni o maltrattamenti** sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.*

Codice Deontologico dell'Infermiere 2018 , art. 3:

*L'infermiere **cura e si prende cura**, nel rispetto **della dignità, della libertà**, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.*

Codice Deontologico dell'Infermiere 2018 , art. 32:

*L'infermiere pone in essere quanto necessario per **proteggere** la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, **mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.***

Codice penale
art. 40

“Non impedire un evento che si ha il dovere di impedire, equivale a cagionarlo”

Codice penale

art. 571

*Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, **cura** o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, **è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente.***

Ipotesi di reato

Applicando la contenzione meccanica si intravedono varie ipotesi di reato, in particolare delitti contro la persona come:

- la violazione della libertà personale,
- sequestro di persona,
- violenza privata,
- minaccia,
- stato di incapacità ottenuto mediante violenza
- lesioni personali
- mantenimento in schiavitù della persona contenuta

Citando Luisa Bertizzolo, 2016

Per contenzione si intende un metodo meccanico, chimico o ambientale per controllare il **corpo**

una sua **parte**

o il **comportamento**

di una persona.

contenzione fisica: attuata da una persona senza utilizzo di strumenti

contenzione meccanica: attuata per mezzo di strumenti fisici (es.: fasce e cinture di contenzione, sponde applicate al letto, polsiere...)

contenzione farmacologica: attuata per mezzo di farmaci (es.: tranquillanti, sedativi)

contenzione ambientale: confina la persona in un ambiente, anche vasto (es. in un reparto ospedaliero, in una casa di cura, nella stanza) vietandogli di uscire liberamente

Ma quante altre forme di contenzione conosciamo?

La contenzione sta nella **relazione**...

Nelle **intenzioni** dei gesti...

La contenzione sta nella **comunicazione** ...

Quando non lascia spazio al dibattito, quando si fa finta di non sentire o di non capire

La contenzione sta nella **scelta del progetto di vita**... se non rispetta la volontà della persona

LA LETTERATURA SEGNALE IN MANIERA
TECNICISTICA LE CONSEGUENZE DELLA
CONTENZIONE:

- ⦿ Errori nella somministrazione dei farmaci
- ⦿ Cadute
- ⦿ Polmoniti
- ⦿ Infezioni del tratto urinario
- ⦿ Ulcere da pressione
- ⦿ Morte
- ⦿ **Incontinenza**
- ⦿ **Umiliazione**
- ⦿ **Depressione**
- ⦿ **Confusione mentale...**

**ERRORI ATTIVI
GLI ERRORI DIPENDONO DA
CHI COMPIE IL GESTO**

CON
UN ER

**ERRORI LATENTI
GLI ERRORI DIPENDONO
DALL'ORGANIZZAZIONE**



I «DETERMINANTI» DI CONTENZIONE...

CHI È A RISCHIO DI SUBIRE CONTENZIONE:

- PERSONE A RISCHIO DI CADERE
- AGITAZIONE PSICOMOTORIA
- DETERIORAMENTO COGNITIVO
- AUTOLESIONISMO

MA ANCHE:

- SCARSA RETE AFFETTIVA
- DIFFICOLTA' A COMUNICARE

IL PROFESSIONISTA
CON LE IDEE
CONFUSE

IL PROFESSIONISTA
CHE HA PAURA

IL PROFESSIONISTA
STANCO

ORGANIZZAZIONI
RIGIDE

ASSENZA DI
DIBATTITO

DISTANZA TRA
LIVELLI DI
GESTIONE

LE CURE
STANDARDIZZATE

I DETERMINANTI DI LIBERTA'!

- La **personalizzazione** delle cure produce libertà
- Non aver paura del **disordine** o di **rompere le regole**
- Dare **tempo**
- Creare **relazione** nell'assistenza...
- **Domiciliarità**
- **La partecipazione dei caregiver**

**IL PROFESSIONISTA
CHE CERCA IL
CONFRONTO**

**IL PROFESSIONISTA CHE SA E
CHE CONDIVIDE LA CULTURA
DELL'ORGANIZZAZIONE**

**ORGANIZZAZIONI IN
CONTINUO
RINNOVAMENTO**

DIBATTITO APERTO

MULTIDISCIPLINARIETA'

FORMAZIONE

NEL SINGOLO

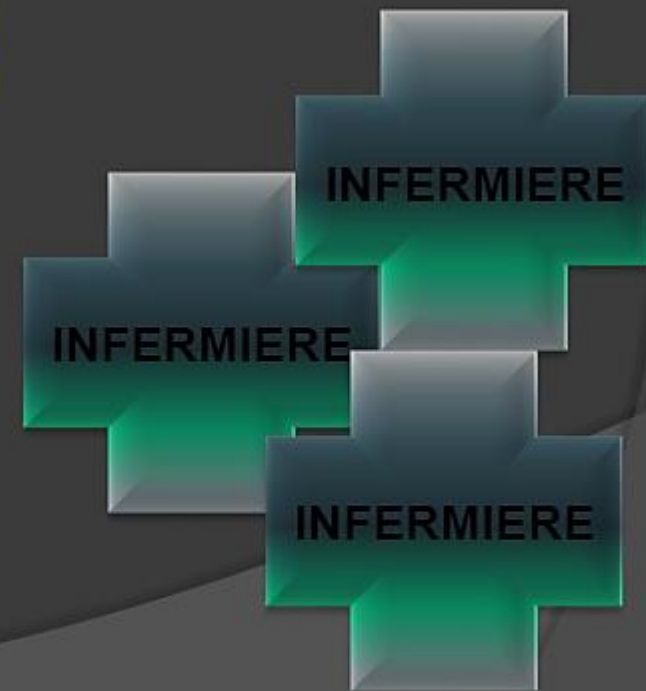
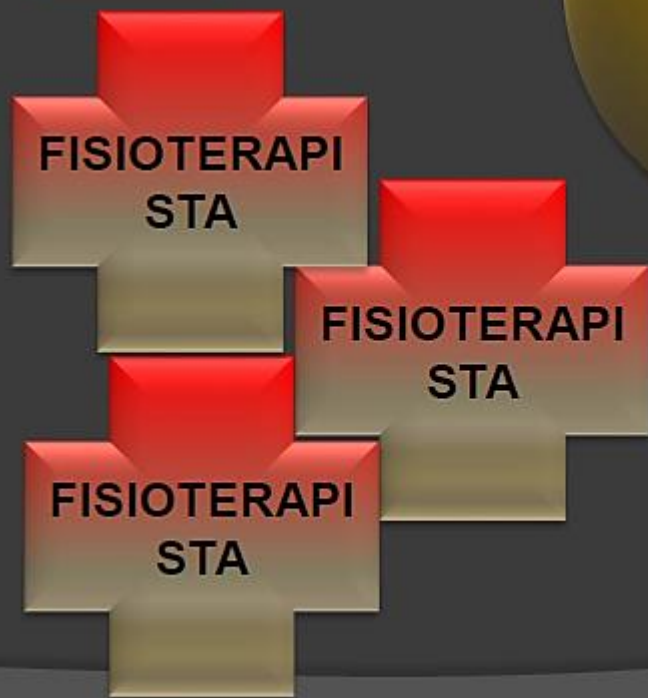
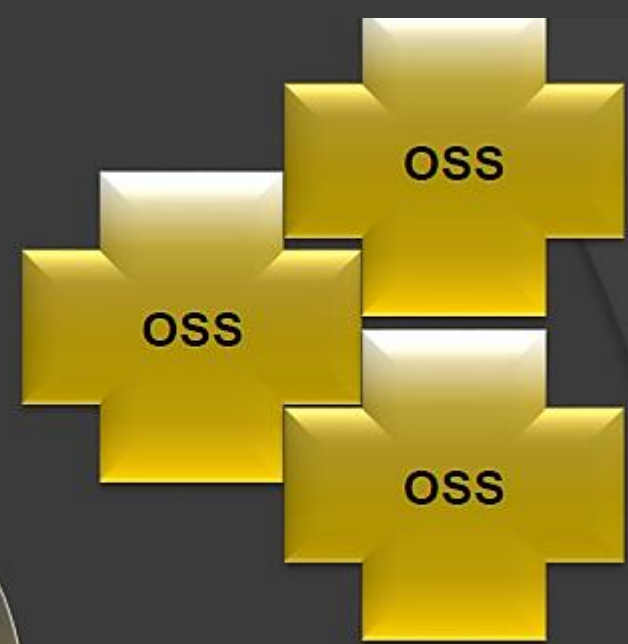
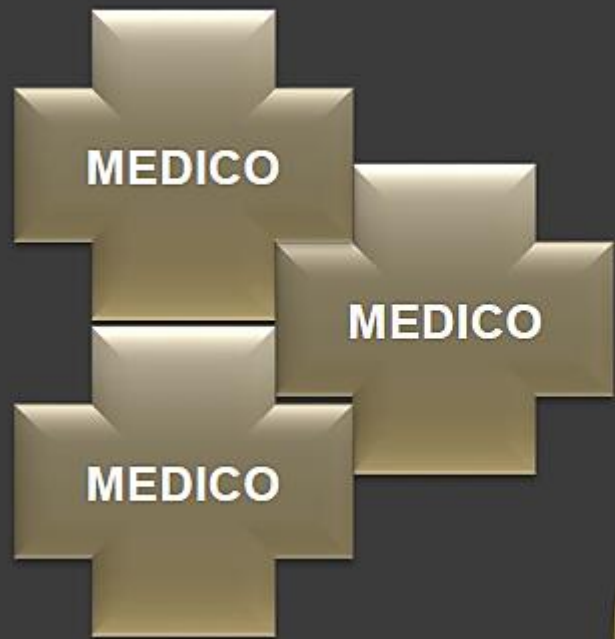
PROMUOVERE LO SVILUPPO PROFESSIONALE

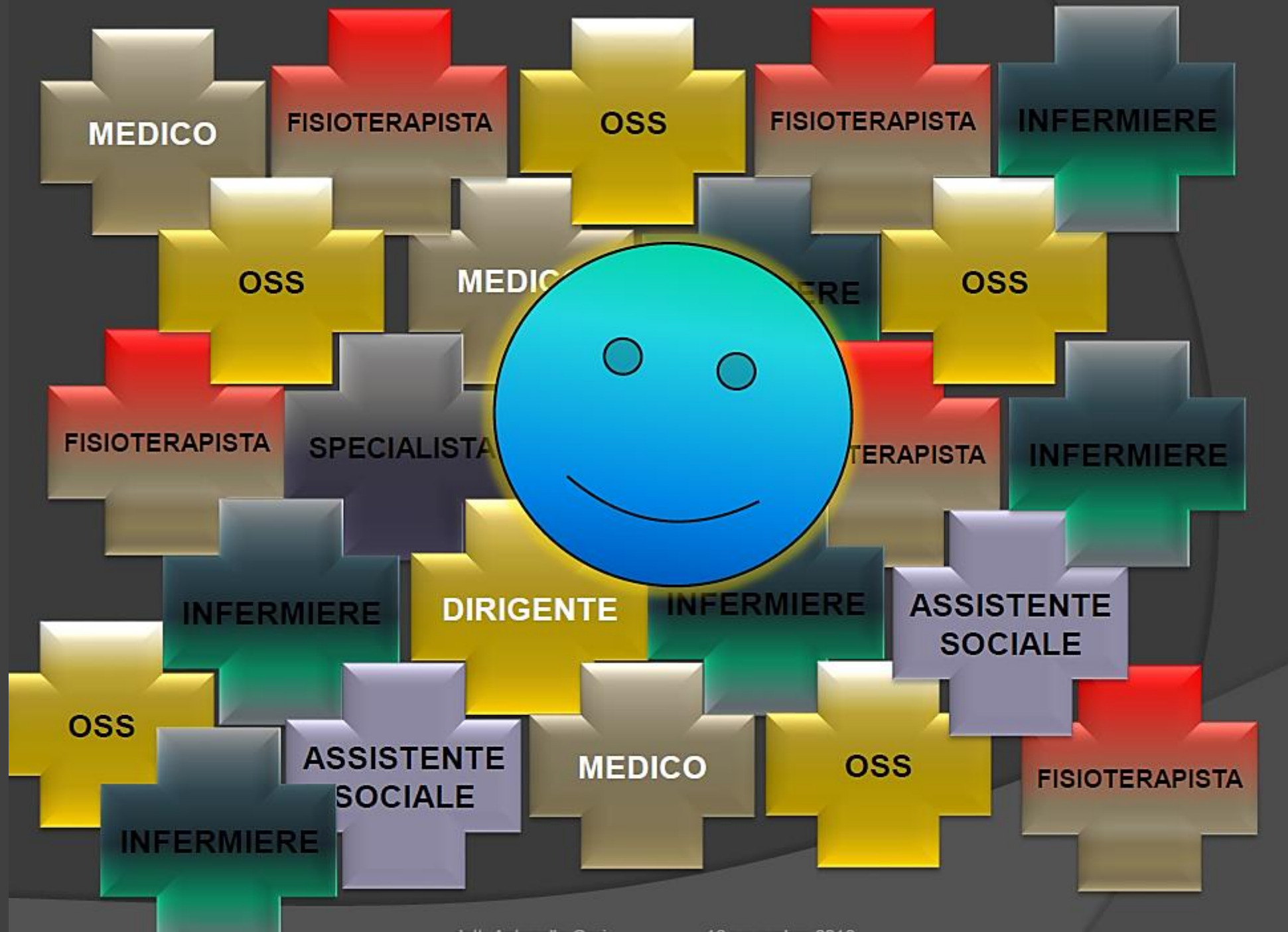
- Abilità scientifiche
- Conoscenze
- Competenze
- Valori deontologici
- Valori etici
- Contaminazione di buone pratiche

FORMAZIONE!

PROMUOVERE LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO

- Tempi e spazi «a misura di persona» nell'assistenza
- Supporto *ai* caregivers
- Supporto *dai* caregivers
- Personalizzazione delle cure
- Multidisciplinarietà
- Reimpiego delle risorse





RESPONSABILITA'

La Responsabilità è affidata a **tutto il personale coinvolto nell'assistenza.**

La responsabilità della diffusione della cultura dell'assistenza libera da contenzione e della formazione interna è dei Direttori, Responsabili Infermieristici/Tecnici/Fisioterapisti di Dipartimento o di Piattaforma assistenziale, dei Coordinatori delle Strutture e dei Link Professional aziendali.

La sorveglianza della corretta applicazione e di capillare monitoraggio del fenomeno della presente procedura fa capo alle diverse strutture: S.C. Coordinamento delle Professioni Sanitarie, Direzione Medica, Direzione di Distretto, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento, Coordinatori, RAP, Link Professional.

L'approccio proattivo alla cultura dell'assistenza libera dalla contenzione è multidisciplinare.

The image features a light blue background with a subtle gradient. In the center, there are two clusters of stylized, dark green leaves. The leaves are elongated and pointed, with some overlapping. The word "LIBERTA'" is written in white, uppercase letters across the upper cluster of leaves. The word "SICUREZZA" is written in white, uppercase letters across the lower cluster of leaves. The overall composition is clean and modern.

LIBERTA'

SICUREZZA

Delibera n° 1904

14 ottobre 2016 FVG

Raccomandazioni per il superamento della contenzione in tutte le aziende della regione fvg

La raccomandazione è destinata a tutte le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico (strutture ospedaliere, di riabilitazione, di lungodegenza, case di riposo, comunità terapeutiche, ecc.) e si rivolge agli operatori coinvolti nelle attività a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali.

SITUAZIONI DI RISCHIO	AZIONI DA INTRAPRENDERE
<p>Agitazione psicomotoria e tentativi di allontanamento inconsapevole</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie relazionali dell'operatore e attività occupazionali atte a distogliere l'ospite dal fattore scatenante dando significato al tempo delle e per le persone • Organizzazione di un ambiente confortevole con luci soffuse, privo di rumori di sottofondo (TV, radio ecc.) e oggetti potenzialmente pericolosi con particolare attenzione al benessere della persona ed alla personalizzazione della cura • Predisposizione di spazi di sicurezza, possibilmente ben illuminati e con poche suppellettili, dove l'ospite possa camminare senza rischi • Predisposizione di uscite mimetizzate o comunque dotate di sistemi d'allarme e/o codice d'ingresso • Cromoterapia

La Delibera della Giunta Regionale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 1904 dd 14/10/2016 "Raccomandazione per il superamento della contenzione" tratta nello specifico le più frequenti situazioni di rischio e suggerisce le conseguenti azioni da intraprendere per evitare il ricorso alla contenzione:

<p>Alterazioni del ciclo sonno veglia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre quanto più possibile i tempi di allettamento nelle ore diurne • Garantire maggiore tolleranza e flessibilità nella scansione degli orari della messa a letto serale • Valutare la presenza di possibili cause di insonnia: dolore, tosse, dispnea, fame, sete • Necessità di essere cambiati o la presenza di condizioni ambientali sfavorevoli quali rumorosità, materassi non idonei, temperature troppo elevate, illuminazione eccessiva
<p>Deliri - allucinazioni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non criticare né negare la situazione vissuta dalla persona assistita • Evitare di commentare o banalizzare la situazione della persona assistita • Assumere un atteggiamento empatico
<p>Trattamenti sanitari</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo frequente dell'ospite/persona assistita da parte degli operatori • Verificare la possibilità e chiedere la collaborazione dei familiari durante il trattamento sanitario

La valutazione delle misure più idonee da applicare è una decisione d'equipe poiché il problema è multiprofessionale e multidisciplinare.

La presa in carico della persona che presenta comportamenti problematici di difficile gestione assistenziale deve essere accompagnata da una pianificazione personalizzata sui bisogni specifici dell'assistito:

PRESA IN CARICO PERSONALIZZATA LIBERA DA CONTENZIONE	
1	Individuazione precoce delle situazioni di rischio e delle cause potenziali
2	Valutazione della presenza di eventuali cause favorevoli e loro eliminazione, ove possibile
3	Individuazione del Case Manager per la stesura e aggiornamento del piano di assistenza; (Link Professional, esperto della problematica, professionista del profilo maggiormente attinente alla problematica della persona; es. infermiere, fisioterapista, TeRP, medico neurologo...)
4	Attivazione familiari/caregivers
5	Stesura del Piano di Assistenza individuale, pianificazione dell'appropriato aggiornamento, delle modalità e dei tempi del monitoraggio
6	Attivazione assistenza personalizzata
7	Eventuale coinvolgimento delle Direzioni (es. SC Coordinamento delle Professioni Sanitarie, Direzione Medica, SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento, ecc.)
8	Coinvolgimento appropriato dei servizi territoriali e della continuità assistenziale (ICA, PUA, COT, CSM, ecc).

Le azioni preventive messe in atto devono comunque essere documentate nella cartella clinica.

COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E/O DEI CAREGIVER

La famiglia deve essere considerata parte integrante dell'equipe nella stesura del piano assistenziale, deve essere informata e resa partecipe in modo tempestivo, esaustivo e completo.

Al familiare o caregiver deve essere consentita la massima accessibilità alla struttura, nonché garantito un supporto ai comportamenti di ruolo di sostegno da agire.

Nei casi in cui sia utile la presenza di un familiare/caregiver accanto all'assistito, la struttura può rilasciare un'attestazione di tale necessità

CASI ECCEZIONALI DI CONTENZIONE

Solo in presenza di un pericolo grave ed attuale che la persona assistita compia atti auto-eterolesivi il personale sanitario e/o gli operatori presenti in servizio possono ricorrere ad azioni ed interventi di difesa e contrasto, limitandoli al tempo strettamente necessario e sospendendoli immediatamente al cessare della situazione di pericolo.

Il processo decisionale che porta all'applicazione di mezzi di contenzione è dinamico, ragionato e riflessivo e segue la valutazione della persona assistita e del contesto.

In ogni caso, qualsiasi pratica di contenzione venga attuata, deve essere soppesata secondo i seguenti criteri:

- deve essere **l'ultima scelta** quando tutte le altre soluzioni non hanno dato esito o non sono risultate percorribili;
- può essere attuata solamente in presenza di fattori di rischio di **azione/comportamento auto-etero lesivo**;
- può essere attuata solamente dopo attenta e documentata **valutazione dei rischi/benefici**;
- deve essere **proporzionale** ai pericoli che si vogliono evitare;
- deve avere carattere **eccezionale, circoscritto e limitato** al minor tempo possibile;
- deve essere attuata nella forma **meno limitante la libertà**, i movimenti, i comportamenti, le relazioni e la volontà della persona e in ogni caso deve essere **esclusa ogni forma di limitazione totale**;
- eventuali **devices** utilizzati devono essere idonei, integri e non avere controindicazioni (scheda tecnica di sicurezza), i dispositivi fisici non vanno applicati se inadeguati alla fisicità, fragilità dell'assistito o alla sua condizione clinica, ovvero adattati o costruiti in proprio;
- deve essere tutelata la **riservatezza, l'immagine e la dignità della persona**;
- vanno evitati se possibile **trasporti** fuori dalla Struttura, e in alternativa, vanno evitate attese e prolungamenti;
- deve essere attuato **costante monitoraggio degli esiti e immediatamente rimossa** qualora si rilevassero danni all'assistito;
- deve essere programmata la **verifica sistematica** della possibilità di rimozione/riduzione/sospensione;
- la pianificazione deve essere stesa e **firmata da almeno due professionisti sanitari**
- Nella cartella sanitaria assistenziale devono risultare documentate in maniera dettagliata almeno le seguenti informazioni:
 - **motivazione circostanziata**;
 - **tipo, modalità e durata dell'intervento**.

Per l'intera durata di un atto limitativo della libertà e della capacità dei movimenti volontari o comportamenti della persona dovrà in tutti i casi essere assicurata senza interruzione l'osservazione da parte di personale sanitario e/o operatori finalizzata alla rivalutazione continuativa per l'estinzione del medesimo nel minore tempo possibile.

MONITORAGGIO DEL FENOMENO

Gli enti del SSR, nell'ambito dell'attività di vigilanza di propria competenza, sono tenuti a controllare l'evidenza della presenza nella documentazione sanitaria del percorso personalizzato sui casi a rischio e di ogni altra dettagliata documentazione delle attività intraprese per ciascun caso. Il monitoraggio del fenomeno verrà effettuato anche in base alle indicazioni regionali (Rete Cure Sicure FVG).

BIBLIOGRAFIA

- Abraham J, Hirt J, Kamm F, Möhler R., (2020) Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *J Clin Nurs.* 2020 Sep;29(17-18):3183-3200. doi: 10.1111/jocn.15381. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32558091.
- Bessey, L. J., & Walaszek, A., (2019). Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Current psychiatry reports*, 21(8), 66. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1049-5>
- Beysard N, Yersin B, Carron PN., (2018) Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. *Intern Emerg Med.* 2018 Jun;13(4):575-583. doi: 10.1007/s11739-017-1697-6. Epub 2017 Jun 17. PMID: 28625000.
- Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., McKenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1273–1281. <https://doi.org/10.1111/jocn.13159>
- Chou, M. Y., Hsu, Y. H., Wang, Y. C., Chu, C. S., Liao, M. C., Liang, C. K., Chen, L. K., & Lin, Y. T. (2020). The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(2), 160–165. [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s12603-019-1306-7](https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7)
- Cosper, P., Morelock, V., & Provine, B. (2015). Please release me: restraint reduction initiative in a health care system. *Journal of nursing care quality*, 30(1), 16–23. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000074>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., & Capezuti, E. A. (2014). Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(5), 322–330. <https://doi.org/10.1111/jnu.12087>
- Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International journal of mental health nursing*, 28(1), 209–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2013). Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *International journal of nursing studies*, 50(5), 603–612. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.006>
- Gottlieb, M., Long, B., & Koyfman, A. (2018). Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *The Journal of emergency medicine*, 54(4), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.049>
- Gower, L. E., Gatewood, M. O., & Kang, C. S. (2012). Emergency department management of delirium in the elderly. *The western journal of emergency medicine*, 13(2), 194–201. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.10.6654>
- Hurlock-Chorostecki, C., & Kielb, C. (2006). Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 17(3), 12–18.
- Nia Manning S. (2021). Managing behaviour that challenges in people with dementia in the emergency department. *Emergency nurse : the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 29(3), 34–40. <https://doi.org/10.7748/en.2020.e2019>
- Okuno, T., Itoshima, H., Shin, J. H., Morishita, T., Kunisawa, S., & Imanaka, Y. (2021). Physical restraint of dementia patients in acute care hospitals during the COVID-19 pandemic: A cohort analysis in Japan. *PloS one*, 16(11), e0260446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260446>
- Palese, A., Cargnelli, G., Bicego, L., Cassin, C., De Lucia, P., & Pitacco, G. (2018). Progettare e condurre studi sulla contenzione fisica: appunti di metodo [How to plan and conduct study on restraints use: notes on methods]. *Assistenza infermieristica e ricerca : AIR*, 37(2), 76–82. <https://doi.org/10.1702/2940.29553>
- Robins, L. M., Lee, D. A., Bell, J. S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K. D., & Haines, T. P. (2021). Definition and Measurement of Physical and Chemical Restraint in Long-Term Care: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3639. [HTTPS://DOI.ORG/10.3390/IJERPH18073639](https://doi.org/10.3390/IJERPH18073639)
- Tropea, J., LoGiudice, D., & Kelly, L. (2017). People with dementia in the emergency department: Behavioural symptoms and use of restraint. *Emergency medicine Australasia : EMA*, 29(5), 605–606. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12838>
- Wong, A. H., Taylor, R. A., Ray, J. M., & Bernstein, S. L. (2019). Physical Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, 73(2), 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.020>
- 2018 Dube, Mitchell, 1986; Evans et al., 2002; JCAHO, 1998; Karger et al., 2008; Langslow, 1999; McLardy-Smith et al., 1986; Miles, Irvine, 1992; Parker, Miles, 1997; Scott, Gross, 1989).