

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari.

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

La contenzione nell'anziano.
Studio osservazionale trasversale su epidemiologia,
conoscenze e prassi infermieristiche.

Relatore: Prof. Guido Viel
Correlatore: Dr. Rafael Boscolo-Berto

Laureanda: Ludmila Maga

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

Riassunto

Capitolo 1. INTRODUZIONE

1.1 Descrizione di come ha avuto origine il lavoro e finalità della tesi pag. 1

1.2 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro pag. 1

Capitolo 2. QUADRO TEORICO

2.1 Contesto in cui si sviluppa il problema pag. 2

2.2 Rilevanza del problema per la professione pag. 3

2.3 Rassegna critica della letteratura disponibile pag. 4

Capitolo 3. SCOPO DELLO STUDIO pag. 17

Capitolo 4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio pag. 18

4.2 Campionamento e setting pag. 18

4.3 Strumento di misura e attività di raccolta dati pag. 18

4.4 Analisi dei dati pag. 19

Capitolo 5. RISULTATI E DISCUSSIONE

5.1 Prevalenza della contenzione fisica pag. 20

5.2 Descrizione del campione infermieristico pag. 22

5.3 Limiti dello studio pag. 28

Capitolo 6 CONCLUSIONI pag. 30

Bibliografia

Allegati

Riassunto

Nell'assistenza alle persone anziane la contenzione fisica è una pratica comune sia nelle strutture residenziali che ospedaliere. Questa procedura viene intesa come atto assistenziale sanitario per garantire la sicurezza della persona contenuta, degli altri degenti e del personale sanitario. Non è univocamente dimostrata l'efficacia degli interventi contenitivi, ed il ricorso a strumenti di contenzione espone il soggetto al rischio di danni alla salute, talvolta anche gravi. Un problema che si pone nella contenzione fisica è la mala praxis, quando non siano rispettate rigorose e condivise procedure di valutazione diagnostica e di esecuzione tecnica.

La presente tesi si è proposta di analizzare l'epidemiologia della contenzione fisica nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia e nei Centri Servizi Anziani (CSA) di Chioggia "F.F. Casson" e Adria, nonché di valutare le conoscenze, l'atteggiamento e la prassi del personale infermieristico, operante nelle suddette strutture, nei confronti della contenzione.

E' stata condotta un'indagine di tipo osservazionale-trasversale su un totale di 534 assistiti al fine di stimare la prevalenza della contenzione fisica. Sono stati reclutati 81 infermieri, ai quali è stato somministrato un questionario reperito in letteratura internazionale, composto da 46 quesiti divisi in 4 parti: la prima riguardante i dati socio anagrafici, la seconda relativa alle conoscenze sulla contenzione, la terza attinente l'atteggiamento e la quarta relativa alle competenze pratiche.

Nel periodo di rilevazione risultavano sottoposti a contenzione fisica il 37,5% dei degenti delle due unità operative ospedaliere e il 58,4% dei residenti nei CSA. Le spondine per il letto sono risultate il presidio più utilizzato (rispettivamente il 96,7 % e il 30,2 % dei mezzi di contenzione usati in ospedale e CSA). Al questionario hanno risposto 70 degli 81 infermieri arruolati. La totalità del campione sa riconoscere i potenziali rischi associati alla pratica contenitiva e la maggior parte di loro è a conoscenza di alcune ocolutezze circa la cura della persona contenuta. Nonostante ciò, la metà del campione sostiene che la contenzione fisica sia una misura importante per ridurre il rischio di cadute e per gestire gli stati d'agitazione psicomotoria, afferma anche che, prima di applicarla, ricerca metodi alternativi ad essa pur ritenendoli spesso inefficaci. L'analisi dei dati ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i punteggi di conoscenza degli infermieri con meno di 5 anni di esperienza clinica e coloro che hanno un'esperienza maggiore di 5 anni, di conoscenza tra gli infermieri

operanti presso l'ospedale e quelli operanti nei CSA, nonché la prassi tra infermieri con precedenti conoscenze circa la contenzione e quelli che non ne avevano.

Questo studio pone in luce che l'utilizzo della contenzione fisica nelle strutture ospedaliere e residenziali è tuttora molto diffuso e che le competenze degli infermieri esaminati sono ancora suscettibili di miglioramento mediante interventi formativi. La prassi degli infermieri partecipanti nell'utilizzo della contenzione fisica è intimamente legata alla loro conoscenza sul tema, inoltre tale conoscenza è correlata alla durata dell'esperienza clinica e alla sede in cui essa è stata svolta (CSA e ospedale).

CAPITOLO 1. INTRODUZIONE

1.1 Descrizione di come ha avuto origine il lavoro e finalità della tesi

Nell'assistenza alle persone anziane, la contenzione fisica è una pratica comune sia nelle strutture sanitarie residenziali che in quelle ospedaliere. La letteratura fornisce evidenze che a partire dagli anni '80, la pratica della contenzione fisica è stata messa in discussione sia in termini di efficacia, sia sul piano etico. Ancora oggi, è acceso il dibattito per definire se è quando sia opportuno ricorrere a mezzi di contenzione. La contenzione fisica, infatti, oltre a rappresentare una limitazione della libertà personale, può avere ripercussioni sia sul piano psicologico, sia su quello fisico dell'essere umano. Durante l'esperienza da tirocinante presso la realtà ospedaliera dell'ULSS-14 di Chioggia, ho potuto osservare l'utilizzo dei mezzi di contenzione, e che nella presa di decisioni rispetto a tale pratica, erano spesso coinvolti gli infermieri. L'osservazione diretta di tali situazioni, mi ha portato a riflettere su alcuni quesiti. Qual è l'epidemiologia dell'anziano contenuto nelle strutture ospedaliere e nei CSA? Quali sono le conoscenze del personale infermieristico circa le misure contenitive? Quali disagi comportano queste misure per gli infermieri? Quali sono i fattori connessi al personale infermieristico che influiscono sulla pratica della contenzione fisica?

Lo scopo del mio elaborato di tesi è stato cercare di rispondere a succitati quesiti, mediante osservazione diretta degli ospiti/pazienti degenti delle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia e dei CSA di Chioggia e Adria, nonché mediante somministrazione di un questionario al personale infermieristico operante nelle sopraelencate strutture.

1.2 Organizzazione interna della tesi e del percorso di lavoro.

Mediante ricerca bibliografica internazionale e nazionale i cui elementi principali sono esposti nella prima parte dell'elaborato, è stato possibile identificare lo strumento (il questionario) da utilizzare per l'indagine sulla competenza e atteggiamenti dell'infermiere nei confronti della contenzione.

I dati raccolti sono stati analizzati con statistica descrittiva ed analitica e i risultati ottenuti sono stati discussi in riferimento ai precedenti di letteratura.

CAPITOLO 2. QUADRO TEORICO

2.1 Contesto in cui si sviluppa il problema

L'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale di Chioggia offre attività di diagnosi e cura del paziente anziano che vi accede attraverso il Pronto Soccorso o da altre Unità Operative previa consulenza geriatrica. Esiste uno stretto contatto con l'Unità Operativa di Ortopedia, con visite pre e post operative dei fratturati di femore, con attività di riabilitazione presso l'Unità Operativa di Lungodegenza Riabilitativa, con posti letti dislocati presso il reparto di degenza di Geriatria. Vengono sottoposti a trattamenti riabilitativi anche pazienti con altre patologie, la cui comparsa o peggioramento provoca difficoltà nella ripresa delle attività di vita quotidiana. Oltre al lavoro di corsia, vengono svolte attività ambulatoriali, quali: Unità di Valutazione di Alzheimer per la diagnosi e cure delle demenze, visite geriatriche, ambulatorio di ecocolordoppler, ambulatorio per la cura delle ulcere difficili, valutazione dell'incontinenza ed eventuale prescrizione di ausili. Il reparto è costituito da 36 posti letto per i pazienti di Geriatria e 4 posti riservati all'Unità Operativa di Lungodegenza Riabilitativa.

In questa Struttura Operativa il personale presente, per turno, è costituito da:

- dalle 7.00 alle 14.00: medici 3, infermieri 5, operatori socio sanitari 4
- dalle 14.00 alle 22.00: medici 1, infermieri 3, operatori socio sanitari 2

Appositi protocolli per percorsi diagnostici e terapeutici vengono adottati per la gestione di lesioni da decubito, pulizia del cavo orale, terapia anticoagulante, promozione della continenza urinaria e gestione dell'ambulatorio ulcere difficili.

L'Unità Operativa di Medicina dell'Ospedale di Chioggia, si rivolge ai pazienti con patologie internistiche, ai malati nefrologici, neurologici ed oncologici seguiti insieme agli specialisti. Eroga direttamente indagini di endoscopia digestiva, ecografia diagnostica ed interventistica, svolge consulenze diabetologiche, endocrinologiche, ematologiche e gastroenterologiche. Il reparto è costituito da 36 posti letto per i pazienti di Medicina e 4 per quelli di Nefrologia, assicurando le seguenti prestazioni: servizio di ecografia internistica ed eointerventistica (indagini diagnostiche, agoaspirati, biopsie, alcolizzazioni, termoablazione con radio frequenza); servizio di Gastroenterologia (ambulatorio di Gastroenterologia ed Epatologia, Ambulatorio integrato di Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva con la possibilità di eseguire Esofagogastroduodenoscopia e Colonscopia).

In questa Struttura Operativa il personale presente, per turno, è costituito da:

- dalle 7.00 alle 14.00: medici 3, infermieri 5, operatori socio sanitari 4
- dalle 14.00 alle 22.00: medici 2, infermieri 3, operatori socio sanitari 2

Protocolli per percorsi diagnostici e terapeutici vengono adottati per la gestione di lesioni da decubito, pulizia del cavo orale, terapia anticoagulante, catetere vescicale, catetere venoso periferico e centrale, protocollo per prelievo arterioso per emogasanalisi.

Il CSA di Chioggia e quello di Adria erogano servizi diversificati, finalizzati ad assicurare un ambiente idoneo sia per anziani non più assistibili a domicilio (residenti nella struttura), sia per anziani che permangono nel proprio contesto sociale. I servizi sono orientati alla promozione, al mantenimento e alla riabilitazione delle capacità funzionali residue dell'anziano stesso, in un'ottica di continua evoluzione e adattamento ai bisogni emergenti dal territorio e dalla popolazione anziana, contrastando l'immagine che alla condizione dell'anziano corrisponda un'inevitabile rassegnazione alla passività e alla inutilità sociale.

Il CSA di Chioggia è suddiviso in cinque strutture residenziali e accoglie 250 anziani. Il CSA di Adria è invece costituito da cinque nuclei che ospitano 204 anziani.

In entrambe queste strutture il personale sanitario presente per turno è costituito da:

- dalle 7.00 alle 14.00: medici 1, infermieri 3, operatori sociosanitari 5;
- dalle 14.00 alle 22.00: medici 1, infermieri 2, operatori socio sanitari 3.

Protocolli per percorsi diagnostici e terapeutici vengono adottati per la gestione della contenzione fisica, gestione del dolore, cateterismo vescicale, catetere venoso centrale e periferico e gestione emergenze.

2.2 Rilevanza del problema per la professione

Ad oggi, la contenzione fisica è ancora molto diffusa nelle strutture sanitarie sia residenziali sia ospedaliere. Non è univocamente dimostrata l'efficacia degli interventi contenitivi ed il ricorso a strumenti di contenzione espone il soggetto a rischi di danni alla salute, talvolta, anche gravi. Un problema che si pone nella contenzione fisica è la mala praxis quando non siano rispettate rigorose e condivise procedure di valutazione diagnostica ed esecuzione tecnica. La necessità di garantire un'assistenza sanitaria appropriata alle esigenze di salute dell'utenza, nel rispetto dei criteri di efficacia ed efficienza viene sancita, non solo dalla normativa e dai diversi Piani Sanitari che hanno trovato applicazione negli ultimi anni, ma altresì dai documenti di riferimento per la

professione infermieristica. L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice di valori in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività. In particolare, nel suo ruolo di professionista sanitario impegnato in situazioni e contesti di assistenza, così come enunciato dal Codice deontologico, *“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accadimento”*.

È possibile pertanto affermare che, sulla scorta delle evidenze disponibili, le competenze di valutazione diagnostica ed esecuzione tecnica della contenzione fisica possono orientare la pratica non solo ad un impegno necessario alla crescita della professione sanitaria, ma soprattutto come dovere etico e salvaguardia della salute dell'assistito.

2.3 Rassegna critica della letteratura disponibile

2.3.1 Definizione della contenzione fisica e diffusione epidemiologica internazionale e nazionale

Nella maggior parte della letteratura internazionale si considera contenzione fisica “ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non possa essere facilmente rimosso e che limiti la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo”,¹ ovvero “un intenzionale blocco del movimento volontario o del comportamento di una persona”. Ciò significa più precisamente, “impedire ad una persona di fare qualcosa che aveva voglia di fare”.²

Nonostante la crescente evidenza di conseguenze negative, l'uso della contenzione fisica negli anziani è una pratica comune in molti Paesi. La prevalenza varia dal 4% al 85% nelle strutture residenziali e dall'8% al 68% in quelle ospedaliere.³

Uno studio Canadese⁴, effettuato su un campione di 14.500 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), testimonia i seguenti tassi di prevalenza dell'uso della contenzione fisica: Svizzera 6%, Stati Uniti 9%, Hong Kong 20%, Finlandia 28%, Canada oltre il 31%.

Un altro studio, condotto in Giappone⁵, dimostra un tasso medio di contenzione fisica del 25,5%, dove complessivamente l'81% dei pazienti erano contenuti per più di un mese.

I metodi di contenimento utilizzati più diffusi erano le spondine per il letto, i giubbotti Posey e i guanti.

Uno studio condotto in Germania⁶, in 4 ospedali, in 61 reparti di degenza, su 1.276 pazienti di età media di anni 65, ha rivelato una prevalenza dell'uso di almeno una contenzione fisica con una percentuale dell'11,8%. Le misure più frequenti di contenzione erano, nell'8% dei casi, le spondine per il letto.

In Italia il fenomeno della contenzione fisica è ancora poco studiato dal punto di vista epidemiologico; vi è una notevole diversità nel ricorso alla contenzione tra le strutture ospedaliere, le RSA e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura.

Una ricerca multicentrica di prevalenza della contenzione fisica condotta nel 2012⁷ negli ospedali e RSA dal Collegio IPASVI di Aosta, Brescia, Milano, Lodi, Monza e Brianza, ha dimostrato che 445 degenti nelle diverse unità ospedaliere, pari al 15,8%, era sottoposto alla contenzione fisica: Milano 211, (16,1%), Lodi 25, (35,7%), Monza 40, (9,6%), Brescia 166, (19,1%) e Aosta 3, (2,1%).

Il mezzo di contenzione più utilizzato erano le spondine per il letto e le polsiere. L'età media dei degenti contenuti era elevata in tutti i tipi di unità operativa, 80 anni.

Nelle RSA, gli ospiti contenuti alla data di rilevazione erano 4.599, pari al 68,7% del totale, con un'età media di anni 86: Milano 2.674, (67,3%), Lodi 420, (77,6%), Monza 150, (82,4%), Brescia 897, (73,8%) e Aosta 458, (58,6%).

Il mezzi di contenzione più utilizzati erano le spondine per il letto, cinture pelviche e addominali e tavolini per sedie a rotelle.

2.3.2 Classificazione dei mezzi di contenzione

Fra le tante classificazioni dei mezzi di contenzione fisica reperibili in letteratura^{6,8} di seguito è esposta quella utilizzata ai fini della presente tesi.

1. Spondine per il letto;
2. Mezzi applicati alla persona a letto (fasce, cinture);
3. Mezzi applicati alla persona in carrozzina (corpetto);
4. Mezzi di contenzione per segmenti corporei (cavigliere e polsiere);
5. Mezzi di contenzione con postura obbligata (cuscini anatomici);
6. Altri sistemi utilizzabili: cintura pelvica, divaricatore inguinale, tavolino e carrozzine basculanti, giubbotti, guanti.

Oltre a quelli sopraccitati, bisogna ricordare che anche una sola garza o un lenzuolo arrotolato può diventare strumento di contenzione se viene utilizzato in modo da ostacolare o bloccare la mobilità della persona.

2.3.3 Fattori di rischio che influiscono sulla pratica contenitiva

Dalla revisione di letteratura,⁹ sono stati identificati i seguenti fattori di rischio intrinseci comuni della popolazione contenuta: età avanzata, sesso femminile, diminuzione della mobilità, diagnosi mediche, le prestazioni psicosociali, modifiche dello stato cognitivo, incidenza delle cadute, polifarmacoterapia, incontinenza fecale/urinaria e disabilità sensoriali.

Oltre a fattori intrinseci, vi sono anche quelli estrinseci che comprendono fattori ambientali e organizzativi¹⁰.

Fattori ambientali sono:

- insufficiente illuminazione delle stanze ;
- pavimento deteriorato o scivoloso;
- presenza di ostacoli nei percorsi di transito;
- superficie delle stanze da letto non adeguata;
- presenza di gradini troppo alti.

Fattori organizzativi, comprendono:

- l'assenza di Linee guida e di corsi di aggiornamento per il personale sanitario sul corretto utilizzo della contenzione fisica;
- non utilizzo di tecniche alternative alla contenzione;
- assenza di registri per la contenzione.

Diversi ricercatori danno per scontato che gli atteggiamenti degli infermieri abbiano un'influenza sull'uso della contenzione fisica nella pratica clinica. Uno studio svedese condotto su 33 case di cura e 12 unità abitative per anziani con demenza, ha dimostrato che il personale infermieristico che aveva atteggiamenti positivi nei confronti dell'uso della contenzione la utilizzava nella pratica clinica. Gli infermieri che assistevano le persone anziane senza l'uso della contenzione manifestavano, invece, un atteggiamento negativo verso il loro utilizzo.

2.3.4 I motivi della contenzione fisica

Le cause principali del ricorso alla contenzione risultanti dai dati riportati in letteratura¹¹ sono:

1. Prevenzione delle cadute;
2. Protezione di presidi medicali, quali accessi venosi periferici o centrali, tubo endotracheale, sonde di drenaggio, sonde per alimentazione enterale, catetere vescicale, medicazioni;
3. Gestione dei comportamenti di demenza, aggressione e irrequietezza.

Le cadute sono un problema significativo per gli anziani fragili. Quando un paziente/ospite è valutato a rischio di cadute, il personale sanitario è favorevole all'utilizzo della contenzione fisica al fine di garantire la sicurezza della persona. Le contenzioni fisiche sono ampiamente utilizzate nonostante alcuni studi dimostrino che il ricorso ai mezzi contenitivi, come spondine per il letto, possa aumentare il rischio di cadute, comportando, talvolta, anche gravi lesioni alla persona. Questo spesso si verifica quando il paziente si sforza per liberarsi dalla contenzione e, agitandosi, si intrappola tra sponda del letto e materasso, oppure quando scavalcando la sponda del letto cade a terra.

2.3.5 Le principali complicanze della contenzione

Conseguenze fisiche

Le conseguenze fisiche più comuni dovute all'utilizzo della pratica contenitiva sono:

1. Contusioni;
2. Ulcere da decubito;
3. Complicanze respiratorie (polmonite);
4. Incontinenza urinaria e costipazione;
5. Forza muscolare atrofizzata, equilibrio dell'andatura alterato;
6. Diminuzione della resistenza cardiovascolare;
7. Maggiore agitazione;
8. Denutrizione;
9. Maggiore dipendenza nelle attività di vita quotidiana;
10. Aumento rischio mortalità.

Questi rischi non sono sempre direttamente attribuiti alla contenzione fisica in sé, ma spesso sono associati alla condizione fisica e mentale della persona anziana. Una persona anziana con ridotta capacità fisica e/o mentale sarà più vulnerabile rispetto una persona sana. E' stato anche osservato che i metodi contenitivi utilizzati, spesso, non sono efficaci per prevenire le cadute o le lesioni gravi, anzi aumentano l'ansia e il disagio del soggetto, con conseguente elevato rischio d'infortuni e anche di morte.¹²

Secondo uno studio tedesco⁶, che ha analizzato tutti i casi di morte correlati alla contenzione fisica, registrati nei rapporti autoptici dell'istituto di medicina legale di Monaco di Baviera dal 1997 al 2010, ha dimostrato che su 27.353 autopsie effettuate durante il periodo dello studio ci sono stati 26 casi di morte mentre l'individuo era contenuto. In tre di questi casi, i pazienti sono morti per cause naturali, uno era un suicidio, e 22 decessi sono stati causati esclusivamente dalla contenzione fisica. Di questi, 11 casi per strangolamento, 8 casi per compressione del torace e 3 casi per penzoloni a testa in giù. In 19 casi la contenzione è stata applicata in modo non corretto.

Conseguenze psichiche

L'uso della contenzione fisica per gli anziani in RSA e in strutture ospedaliere è vissuta in modo particolare sia da loro stessi che dai loro familiari. Gli anziani riferiscono sentimenti contrastanti circa la loro esperienza riguardo alla contenzione; per alcuni, i dispositivi come le spondine per il letto e tavolino per la carrozzina hanno un significato positivo. Essi possono dare una sensazione di sicurezza e stabilità: "mi sento più sicuro con spondine per il letto". La dipendenza non è sempre vissuta come qualcosa di negativo: "non mi sento particolarmente limitato. In realtà non ci penso tanto. Se voglio stare in piedi mi aiutano, ma ho bisogno dei miei cuscini altrimenti il braccio scivola via. Mi sembra una buona idea".

In generale, però, la contenzione fisica non è vissuta come qualcosa di positivo e per molti anziani l'uso di questo metodo ha più un carattere traumatico, piuttosto che terapeutico, generando nelle persone sentimenti di vergogna, perdita di dignità e rispetto di se, perdita d'identità, ansia e aggressività, isolamento sociale e delusione. Molti anziani esprimono sentimenti di reclusione come: "mi sento come un uccello in gabbia", e la restrizione della libertà di movimento: "non riesco nemmeno a unire le mie mani". Si preoccupano del rischio di lesioni nei loro tentativi di liberarsi dalla contenzione, mentre altri esprimono sentimenti di depressione e apatia.

L'esperienza dei parenti, rispetto alla contenzione fisica, è associata all'idea di finalità, nel senso dell'inizio della fine della vita. Per altri familiari la contenzione ha significati di moderazione, permettendo il controllo della situazione dando loro un senso di sicurezza. Altri invece esprimono sentimenti di delusione: "a causa della contenzione sembra che non abbia più tutte le sue facoltà mentali". Le maggior parte dei parenti ha espresso la necessità di un sostegno emotivo per le persone anziane e per loro stessi.¹³

2.3.6 Aspetti giuridici e deontologici nazionali

Normativa

Il diritto alla libertà del proprio corpo è il più elementare dei diritti ed è solennemente garantito dalla Costituzione Italiana che, all'art.13, sancisce: "*La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna [...] di restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge [...]. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà [...]*".

Tale dichiarazione è rafforzata dall'art.32 che recita "*[...] 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*". Attualmente, nel nostro ordinamento non esiste una specifica disposizione di legge che, in modo implicito o esplicito, autorizzi l'uso di mezzi di contenzione; il tramite per cui si legittima la contenzione è la posizione di garanzia che ogni operatore sanitario deve assumere a tutela della salute del paziente e/o dei terzi quando questi non sono in grado di autodeterminarsi e/o a provvedere a loro stessi. Il medico in tali casi valuta il rapporto rischio/beneficio della contenzione così come per qualsiasi altro trattamento.

Per gli interventi urgenti si ritiene applicabile la scriminante dello stato di necessità di cui l'articolo 54 del Codice Penale, che afferma "*non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo*".

La norma citata legittima un soggetto all'azione indipendentemente da una manifestazione di volontà da parte del soggetto passivo, se sussiste un grave pericolo per la vita o la salute dei soggetti coinvolti. L'azione può essere posta in essere anche quando il soggetto passivo è fisicamente impossibilitato ad esprimere il proprio consenso e si presume che, se avesse

potuto, avrebbe manifestato una volontà in senso positivo. Se, potendo esprimersi consapevolmente, il malato manifesta una volontà contraria all'intervento contenitivo, il personale sanitario deve astenersi dal porre in essere qualsiasi attività, anche se questo ne peggiorerà le condizioni di salute. Naturalmente il ricorso alla scriminante dello stato di necessità richiede l'esistenza di tutti i requisiti previsti dalla legge e, dunque, l'attualità del pericolo di un danno grave alla persona e l'indifferibilità dell'intervento atto a scongiurarlo (valutazione clinica).

Se illecita, la contenzione potrebbe configurare diverse ipotesi di reato, come di seguito elencato.

- Art. 605 (*sequestro di persona*);
- Art. 610 (*violenza privata*);
- Art. 571 (*abuso dei mezzi di correzione o disciplina*);
- Art. 589 (*omicidio colposo*);
- Art. 591 (*abbandono di persone minori o incapaci*);
- Art. 581 (*percosse*);
- Art. 590 (*lesioni personali colpose*).¹⁴

Il Codice deontologico dell'infermiere

Il codice deontologico stabilisce che la responsabilità dell'infermiere “*consiste nel curare e prendersi cura della persona*”, inoltre sancisce che “*il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche*” e che, “*nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio*”. Tale codice si occupa esplicitamente di contenzione con l'art. 4.10 che recita: “*L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accadimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia implicita risposta alle necessità istituzionali*”.¹⁵

2.3.7 Valutazione etica e valori della contenzione

Secondo gli eticisti clinici¹³, la contenzione non si può limitare a una descrizione dello stato clinico, ma è necessario interpretare la realtà clinica alla luce della dignità umana.

In termini più concreti, l'etica clinica è un insieme di valori etici e norme che fungono da linee guida per le azioni cliniche. I valori esprimono ciò che gli operatori sanitari devono tenere a mente al fine di far accrescere la dignità umana, mentre le norme esprimono regole concrete di comportamento, generalmente accettate nel rispetto della dignità umana. Alcuni dei valori e delle norme che sono importanti per una valutazione etica della contenzione fisica, nelle strutture ospedaliere e RSA, sono il rispetto per la dignità delle persone anziane, il rispetto dell'autonomia, promuovere il benessere generale e l'autosufficienza.

Il rispetto per la dignità delle persone anziane

Ogni cittadino anziano deve essere trattato come una persona. Essendo una persona, incarna la dignità umana. Questa dignità si fonda sul fatto che ognuno è un individuo unico, che diventa sempre più umano dal contatto con gli altri, prendendo così parte alla società nel suo insieme. La dignità umana non può essere ceduta, nemmeno attraverso la malattia, handicap o quando si avvicina la morte.

Il rispetto dell'autonomia

Bisogna considerare gli anziani come persone che normalmente agiscono secondo la loro coscienza, nella libertà, e in modo responsabile. La capacità delle persone di fare scelte, deve sempre essere rispettata nel contesto della contenzione fisica.

Da ciò deriva la norma etica che gli operatori sanitari, prima di ricorrere alla pratica della contenzione, devono sempre informare le persone anziane e i loro familiari circa le varie opzioni, le varie possibilità di trattamento, la loro natura e scopo, i loro pro e contro, gli effetti e i rischi. L'applicazione della contenzione fisica in anziani con capacità di intendere e volere, senza il loro consenso è inaccettabile. Anche gli anziani mentalmente incompetenti, dovrebbero essere coinvolti nella procedura decisionale.

Promuovere il benessere generale

Il rispetto per il benessere generale è il terzo valore che deve essere tutelato. In alcuni casi, questo valore può entrare in conflitto con il valore d'integrità fisica. Sebbene la protezione dell'integrità fisica può essere considerata come un valore fondamentale, non si

può affermare che questo valore è sempre prioritario rispetto a tutti gli altri. In taluni casi, la scelta di un altro valore può essere giustificata, anche se può comportare rischi per il benessere fisico. Dalla scelta di benessere generale come un valore di priorità, si può ricavare la norma che, nel prendere decisioni circa la contenzione fisica nelle persone anziane, non bisogna tener conto solo del benessere fisico, ma bisogna prendere in considerazione anche l'aspetto sociale (possibilità di contatto), psicologico (esperienza di se stessi e dei loro parenti) e morale (rispetto per l'autonomia, il consenso informato).

Promuovere l'autosufficienza

Il quarto valore etico dà la priorità a un supporto ottimale per la capacità degli anziani di fare le cose in modo indipendente (autosufficienza). La preoccupazione per "normali" attività quotidiane merita la massima priorità, non solo per il suo valore umano, ma anche perché può, in moltissimi casi, rimandare o addirittura precludere la necessità di applicare contenzione fisica.

Alcuni esempi di misure alternative alla contenzione suggerite dalla letteratura internazionale¹¹, sono di seguito elencate.

- Misure specifiche: letto basso, materasso posto sul pavimento, allarmi sul letto/sedia, pavimento ammortizzante, protettori dell'anca, pavimento e calzature antiscivolo, ausili per la deambulazione.
- Misure per ottimizzare l'ambiente: bilanciamento stimolazione ambientale per prevenire o ridurre al minimo il sovraccarico sensoriale e/o sottostimolazione, ampia illuminazione senza abbagliamento, corretto e regolare utilizzo degli occhiali.
- Cura individualizzata: la continuità delle cure; comunicazione chiara e significativa che rifletta cortesia e rispetto; ascolto attivo; documentazione e analisi del comportamento; incoraggiare le visite di familiari e parenti; descrizione e spiegazione prima degli interventi terapeutici; tocco terapeutico; incoraggiare la partecipazione ad attività fisiche; periodi di riposo regolari per compensare la fatica e perdita di energia.
- Prevenire/ridurre al minimo fattori di rischio per le cadute e delirio: la nutrizione e l'idratazione, la gestione del dolore, evacuazione regolare, eliminare e/o minimizzare farmaci psicoattivi, stimolazione cognitiva, gestione di ipotensione

posturale, rafforzare equilibrio e l'andatura attraverso l'avvio di un programma di esercizio fisico.

2.3.8 Linee guida per la buona decisione clinica ed etica rispetto alla contenzione fisica

Come sempre accade per i trattamenti sanitari, l'applicazione della contenzione fisica è giustificata solo se i benefici superano gli svantaggi. Essi possono essere fisici, psicologici o di natura sociale. I metodi di contenzione fisica devono essere presi in considerazione solo se la salute, l'integrità, o l'ambiente di vita e di cura delle persone anziane sono gravemente a rischio di danno. Per quanto riguarda la forma, la durata e la frequenza, il team assistenziale deve valutare con attenzione quale procedura è più appropriata per raggiungere gli obiettivi e che meglio si adatta alle esigenze e alla volontà della persona anziana. I metodi meno limitativi devono essere testati prima del ricorso a quelli più restrittivi.¹³

I requisiti fondamentali sono:

- Monitoraggio continuo delle condizioni cliniche, ogni 30 minuti circa (colore della pelle, movimento e sensibilità delle estremità legate);
- Rilevamento dei parametri vitali, delle sensazioni e esigenze personali (esempio: evacuazione, cibo e liquidi);
- Corretto posizionamento dei presidi contenitivi, rimuovendoli periodicamente, ogni due ore per 10 minuti circa, e rinnovando le indicazioni ogni 24 ore solo dopo una valutazione da parte di un medico;
- In situazioni di emergenza e in assenza del medico, l'infermiere può decidere di attuare la contenzione la cui opportunità deve essere valutata dal medico nel più breve tempo possibile;
- Ottimizzazione del piano di assistenza per evitare potenziali complicanze, compresi i cambiamenti frequenti di posizione e la cura della pelle, la fornitura di un adeguato range di movimento e di assistenza per le attività della vita quotidiana e una valutazione continua delle condizioni di base che hanno determinato il ricorso all'uso della contenzione^{16,17}.

L'uso della contenzione fisica richiede un sistema organizzativo basato sulla visione, le linee guida, la formazione e la comunicazione. Il personale sanitario deve sviluppare una visione etica rispetto alla contenzione fisica che va di pari passo con la formazione

continua nell'applicazione di metodi di contenzione fisica, sugli aspetti etici e legali, sui rischi, sulle indicazioni e metodi alternativi. Una buona comunicazione deve assicurare che tutte le parti coinvolte siano a conoscenza delle direttive istituzionali rispetto alla contenzione. Lo staff assistenziale deve sviluppare il pensiero critico rispetto all'uso responsabile della contenzione, e la ricerca di nuovi metodi per promuovere il benessere della persona fa parte del compito di un operatore sanitario esperto e motivato.

L'anziano deve essere coinvolto nel processo decisionale dal personale sanitario, fornendo informazioni accessibili sulle possibilità di trattamento in modo che la persona faccia delle scelte reali. E' essenziale, per il processo decisionale, che la volontà della persona sia presa in considerazione per quanto possibile.

Gli operatori sanitari offrono assistenza ai familiari, informandoli al momento di ricovero del parente, della politica istituzionale rispetto alla contenzione fisica. Anche se l'obiettivo è quello di coinvolgere i parenti nel processo decisionale riguardante il loro familiare, deve essere sottolineato che la decisione finale viene presa dal team di assistenza che se ne assume la piena responsabilità.

Spesso, la famiglia è sottoposta a grande stress a causa del continuo confronto con il declino della persona anziana e non dovrebbe sentirsi responsabile per l'intero processo di assistenza del parente dal momento che questo potrebbe dar luogo a sentimenti di colpa.

I sensi di colpa possono essere combattuti, per quanto possibile, coinvolgendo direttamente i parenti (in base alla loro capacità) in un processo di cura che mira ad evitare la contenzione fisica. Attraverso il contatto più intenso con il loro ambiente familiare e con persone che conoscono, le persone anziane acquisiranno maggiore cognizione mediante la stimolazione fisica, psicologica e sociale, per cui disorientamento, comportamento aggressivo e sentimenti di noia possono, in molti casi, essere ridotti. Inoltre, la sola presenza (funzione di sorveglianza) di parenti degli anziani può essere già sufficiente per prevenire la contenzione fisica.¹³

2.3.9 Le percezioni degli infermieri rispetto alla contenzione fisica

Secondo uno studio spagnolo condotto nel 2014², la maggior parte dei professionisti intervistati, considera l'uso della contenzione fisica una strategia importante per prevenire le cadute e le interferenze con i dispositivi medici. Dai dati raccolti, emerge che non vi è alcuna relazione tra percezione personale e caratteristiche socio-demografiche, formazione o la consultazione della letteratura sulla contenzione. Tuttavia, in generale, i professionisti

avevano basse conoscenze sull'uso della contenzione e questo può essere un motivo per il loro atteggiamento positivo verso la pratica contentiva.

In un altro studio, condotto in Singapore¹, si è notato che il personale infermieristico era a conoscenza del motivo per il quale ogni paziente è stato contenuto. Secondo gli infermieri, la contenzione fisica è stata applicata per prevenire le cadute e la dislocazione dei tubi di alimentazione. Essi erano a conoscenza di alcune complicazioni dovute alla contenzione fisica (lesioni, agitazione), tuttavia, non erano a conoscenza di altri rischi correlati alla contenzione come il decondizionamento, l'incontinenza e il fecaloma. Inoltre, gli infermieri hanno riferito reazioni emotive complesse rispetto alla contenzione.

La maggior parte provavano emozioni come tristezza, senso di colpa, conflitti tra l'applicazione della contenzione fisica e la violazione dei diritti della persona contenuta; altri invece, vivevano la contenzione come una routine affermando di non provare alcuna emozione.

Da uno studio condotto in Cina¹⁸, emerge che gli infermieri hanno riferito che nella loro pratica infermieristica la contenzione fisica era normalmente usata nei riguardi di pazienti incoscienti, inquieti, agitati o dopo interventi chirurgici, nonché su pazienti non collaboranti o ad alto rischio di cadute. Il personale infermieristico ha dichiarato che la contenzione fisica è una misura importante per i pazienti, in quanto impedisce la rimozione dei dispositivi medici, riducendo la durata della degenza ospedaliera e accelerando il recupero delle condizioni cliniche della persona. Per gli infermieri, invece, il ricorso alla contenzione diminuisce il carico di lavoro quando vi sono carenze di personale. Alla domanda sulle questioni etiche e le interferenze con i diritti umani dei pazienti, la maggior parte degli infermieri ha risposto di aver bisogno di prendere in considerazione la sicurezza del paziente, come prima priorità, piuttosto che eticità, diritti umani e dignità della persona.

Secondo uno studio condotto in Hong-Kong¹⁹, in casa di cura, i livelli di conoscenza riguardo l'uso dei sistemi di contenzione erano inadeguati. La maggior parte degli intervistati non è riuscita a riconoscere le potenziali complicanze fisiche e psicologiche associate a questa pratica. Molti membri del personale infermieristico erano convinti che le misure contenitive potessero portare a una riduzione del numero di cadute tra gli ospiti contenuti, mostrando poca consapevolezza riguardo al ricorso di metodi alternativi alla contenzione. La decisione di utilizzare i dispositivi contenitivi non è facile, e talvolta, il personale sanitario è posto davanti a un dilemma. Alcuni intervistati hanno espresso

sentimenti contrastanti circa l'uso dei sistemi di contenzione e sui conflitti etici relativi al suo utilizzo. Infatti, la stragrande maggioranza degli intervistati, ha dichiarato che se fosse il paziente, dovrebbe avere il diritto di rifiutare di essere contenuto. Questa risposta suggerisce che gli intervistati potrebbero avere incoscientemente pensieri negativi circa l'uso di sistemi della contenzione.

Un membro della famiglia della persona anziana potrebbe prendere anche una decisione sul ricorso alla contenzione fisica. Tuttavia, le loro decisioni relative alla materia sono qualcosa di discutibile, in quanto la famiglia e gli amici non erano ben informati dagli infermieri su questioni quali la conservazione dei livelli di attività fisica e di mantenimento dell'indipendenza del paziente. In questo studio, gli infermieri hanno riferito anche di aver discusso sull'uso della contenzione fisica con un familiare del paziente ma solo in rare occasioni e, il 56% di loro, ha dichiarato di non informare mai i familiari e il paziente sul motivo di applicazione della contenzione. Questa prassi dimostra la necessità di aumentare la consapevolezza degli infermieri sui diritti dei pazienti e le questioni etiche legate all'uso dei sistemi contenitivi per evitare accuse di aggressione.¹⁸

CAPITOLO 3. SCOPO DELLO STUDIO

La presente tesi si è proposta di analizzare l'epidemiologia della contenzione fisica nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia e nei CSA di Chioggia "F.F. Casson" e Adria, nonché di valutare le conoscenze, l'atteggiamento e la prassi del personale infermieristico, operante nelle suddette strutture, nei confronti della contenzione.

In particolare, si è cercato di fornire una risposta alle seguenti domande.

- Qual é la prevalenza delle persone anziane contenute e quali sono mezzi di contenzione utilizzati nelle strutture sopraccitate?
- Qual é il livello di conoscenza degli infermieri sulla contenzione?
- Quali sono le reazioni emotive del personale infermieristico a tale pratica?
- Come è gestita la prassi infermieristica della contenzione fisica?
- Quali sono i fattori che influiscono sulla tale pratica?

CAPITOLO 4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno dello studio

Studio di tipo osservazionale trasversale condotto nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia, e nei CSA di Chioggia "F.F. Casson" e Adria.

4.2 Campionamento e setting

L'indagine è stata condotta rispettivamente nel periodo compreso tra il 15 e il 30 giugno 2015.

Sono stati inclusi nello studio:

- tutti i pazienti/ospiti, degenti nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia, e quelli dei CSA di Chioggia "F.F. Casson" e Adria;
- tutti gli infermieri operanti nelle medesime strutture.

Sono stati esclusi dallo studio:

- tutti i pazienti/ospiti, con età inferiore di 65 anni, degenti nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria del Presidio Ospedaliero di Chioggia, e quelli dei CSA di Chioggia "F.F. Casson" e Adria;
- tutti gli infermieri operanti nelle medesime strutture, non coinvolti direttamente nell'utilizzo dei mezzi di contenzione.

4.3 Strumento di misura e attività di raccolta dati

Come metodo di raccolta dati rispetto alla prevalenza di persone contenute presso le suindicate strutture sanitarie e i mezzi di contenzione maggiormente utilizzati, è stata effettuata personalmente attraverso osservazione diretta.

Per quanto riguarda il campione degli infermieri è stato utilizzato un questionario strutturato, reperito in letteratura internazionale, per determinare la conoscenza, l'attività pratica e il vissuto emotivo degli infermieri riguardo all'uso della contenzione fisica.

Esso è costituito da 4 parti.

- La prima parte riguarda le caratteristiche demografiche degli infermieri, come l'età, il sesso, il percorso formativo e gli anni di esperienza.
- La seconda parte è composta da 15 domande relative alle conoscenze degli infermieri circa l'uso della contenzione fisica (scopi, indicazioni, metodi alternativi, precauzioni, necessità di una prescrizione medica prima di contenere un paziente, complicanze, questioni etiche,

assistenza infermieristica per paziente contenuto). Alle risposte è stato associato il seguente sistema di punteggio: risposta corretta = 1, risposta errata (inclusi gli indecisi) = 0, (potenziale range: 0-15).

- La terza parte contiene 10 quesiti che valutano l'atteggiamento degli infermieri riguardo l'uso della contenzione. I partecipanti sono stati invitati a rispondere su una scala Likert di 3 punti: se d'accordo, se indecisi, o se non sono d'accordo.

Sistema di punteggio: ad ogni item è stato dato un punteggio di 3 per d'accordo, 2 per indecisi, 1 per disaccordo e viceversa per gli item formulata negativamente. Così, i punteggi più alti riflettono atteggiamenti positivi e punteggi bassi riflettono atteggiamenti negativi (potenziale intervallo: 10-30).

- La quarta parte comprende 14 quesiti per valutare la competenza pratica degli infermieri riguardo la contenzione fisica. Questa sezione descrive l'uso di misure alternative prima dell'applicazione di sistemi di contenzione, la necessità della prescrizione medica prima dell'applicazione, l'informazione sulla contenzione per il paziente ed i parenti e la registrazione della stessa su appositi documenti, l'osservazione ogni 30 minuti per rilevare eventuali complicanze e la valutazione se il sistema di contenzione deve essere rimosso. Al campione è stato chiesto di rispondere circa l'esecuzione di queste pratiche contenitive, su una scala Likert di 3 punti quali: mai, a volte e sempre.

Sistema di punteggio: sempre = 3, a volte = 2, mai = 1, e viceversa per le domande formulate negativamente. Così, un punteggio di 14, indica la pratica più indesiderabile, mentre quello di 42, indica le migliori pratiche in uso dei sistemi di contenzione.

Prima di procedere con l'intervista guidata, sono state spiegate all'equipe infermieristica le finalità e gli obiettivi di tale studio, specificando che la partecipazione è volontaria.

Il questionario era anonimo e il personale è stato assicurato che la riservatezza sarebbe stata mantenuta sia durante che dopo lo studio.

4.4 Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati elaborati attraverso l'utilizzo di Microsoft Excel 2007 per l'analisi statistica descrittiva. Gli stessi dati sono stati analizzati con il programma StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP, mediante il test di Mann-Whitney-Wilcoxon per l'analisi delle differenze dei punteggi ottenuti tra i gruppi d'infermieri partecipanti allo studio.

CAPITOLO 5. RISULTATI E DISCUSSIONE

5.1 Prevalenza della contenzione fisica

Relativamente all'indagine di prevalenza delle misure contenitive, sono stati esaminati 534 anziani, 454 residenti in CSA e 80 ricoverati in ospedale dei quali 295 sono risultati essere contenuti; precisamente 30 (37,5%) in ospedale e 265 (58,4%) in CSA, come rappresentato nei seguenti grafici:

Grafico I: Pazienti contenuti presso l'Ospedale di Chioggia.

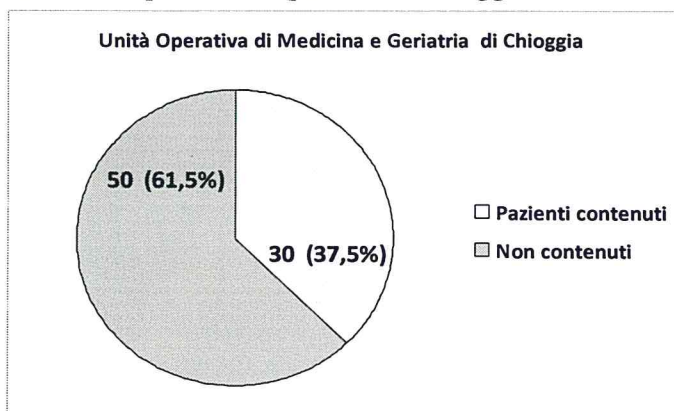
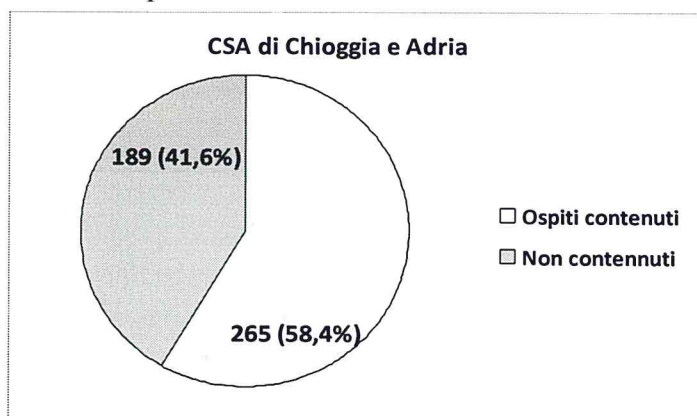


Grafico II: Ospiti contenuti presso i CSA.



Il mezzo di contenzione più utilizzato sono state le spondine per il letto, che rappresentavano il 96,7% dei mezzi di contenzione applicati in ospedale e il 30,2% nei CSA. Nell'ospedale, le polsiere usate corrispondevano al 3,3% dei mezzi di contenzione, mentre nei CSA si faceva ricorso alla fascia inguinale, al tavolino per carrozzina, alla fascia addominale, al bustino e al divaricatore per la carrozzina, come rappresentato nei grafici che seguono.

Grafico III: Mezzi contenitivi rilevati presso l’Ospedale di Chioggia.

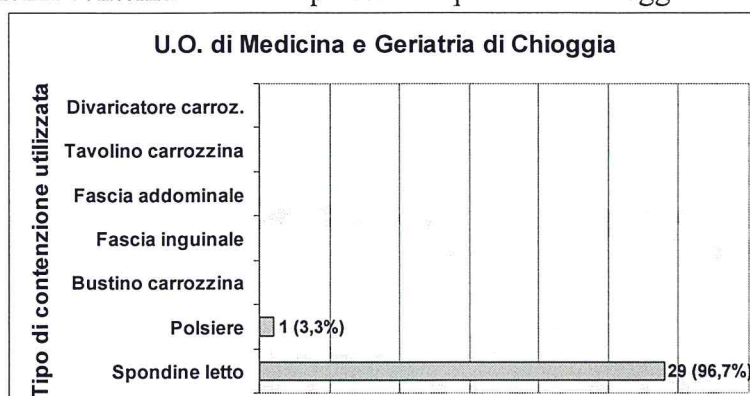
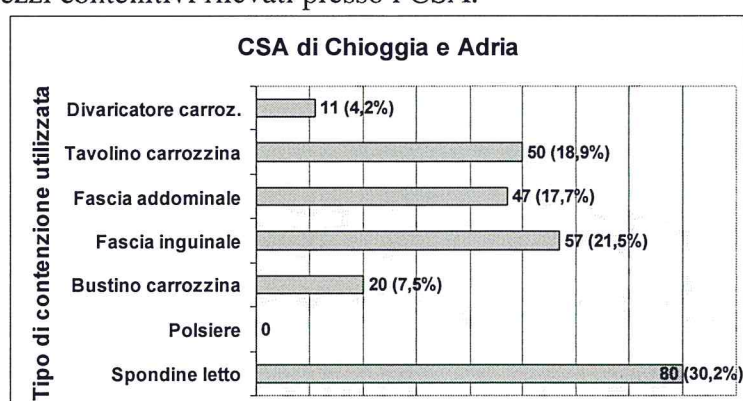


Grafico IV: Mezzi contenitivi rilevati presso i CSA.



Esaminando i dati raccolti con quelli rilevati nella revisione della letteratura, si deduce che la prevalenza della contenzione fisica nello studio condotto dalla scrivente varia dal 37%, nelle strutture ospedaliere, fino a 58% nei CSA, contro una prevalenza che varia dall’8% al 68% in e dal 4% all’85 % nei CSA, dai dati pubblicati a livello internazionale.³ Nelle strutture residenziali olandesi, è stata rilevata una prevalenza che varia dal 49% al 61%¹⁰, e secondo un altro studio connazionale condotto nelle strutture ospedaliere e residenziali, la prevalenza della contenzione variava dal 25% allo 85%.²⁰

Dall’analisi dei dati raccolti la media del ricorso alla contenzione fisica risulta essere più elevata rispetto a quello di un importante studio canadese condotto nelle RSA di diversi Paesi, il quale descrive i seguenti tassi di prevalenza: Svizzera 6%; Stati Uniti 9%; Hong Kong 20%; Finlandia 28%;⁴ e rispetto ad uno studio condotto in Germania in 4 ospedali, che ha rivelato una percentuale dell’11,8%.⁶ Questa differenza si rileva anche rispetto ai dati forniti da un recente studio condotto dal Collegio IPASVI negli ospedali di Aosta, Brescia, Milano, Lodi, Monza e Brianza, dimostrativa del fatto che 445 degenti, (pari al 15,8%) era sottoposto a contenzione fisica in ambiente ospedaliero.⁷

5.2 Descrizione del campione infermieristico

Degli 81 infermieri reclutati 70 (86%), hanno partecipato allo studio e tra questi, 33 erano in servizio presso i CSA di Chioggia e Adria e 37 operavano presso la ULSS-14 di Chioggia, nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria .

Per ciò che riguarda le caratteristiche socio-demografiche, come rappresentato in Tabella I, la maggior parte degli infermieri, cioè l'83%, risulta avere più di 35 anni, e l'81% dei partecipanti sono femmine. Il gruppo più numeroso d'infermieri intervistati risulta essere in possesso di diploma e la maggior parte del campione cioè 44 (68%) di loro risultano avere un periodo di esperienza lavorativa maggiore di 15 anni. Solamente 47 (69%) infermieri hanno affermato di avere avuto precedenti esperienze circa l'uso della contenzione fisica.

Tabella I: Caratteristiche socio-demografiche del campione d'infermieri.

Varabili	Totale infermieri		
	N°	%	
Età (anni)	25 - 35	12	17
	> 35	58	83
Sesso	femminile	57	81
	maschile	13	19
Titolo di studio	Diploma	41	59
	Laurea triennale	27	39
	Altro tit. (estero/inf. generico)	2	3
Ambito d'impiego	Ospedale	37	53
	CSA	33	47
Anni di esperienza	< 5	12	17
	5 - 10	5	7
	11 - 15	5	7
	> 15	48	69
Precedenti conoscenze su contenzione fisica	Si	47	67
	No	23	33
Fonte della conoscenza da altri colleghi	Si	22	31
	No	48	69

I valori assoluti e le percentuali delle risposte corrette e non corrette a ciascuna delle 15 domande rispettivamente al livello di conoscenza degli infermieri sono riportati in Tabella II.

Dai dati raccolti emerge che il 66% del campione (29 dell'ospedale e 17 dei CSA) è in disaccordo circa il ricorso all'uso della contenzione fisica in caso di emergenza, senza la prescrizione medica. Il 66% degli intervistati (22 dell'ospedale e 24 dei CSA) sono in disaccordo che la prescrizione medica rispetto alla contenzione fisica debba essere rinnovata ogni 24 ore. I risultati ottenuti sono poco omogenei con le linee guida e le

procedure sull'utilizzo della contenzione fisica reperibili in letteratura nazionale ed internazionale.^{16,17,20}

Il 50% (23 dell'ospedale e 12 dei CSA) non ritiene che i pazienti/ospiti contenuti debbano essere liberati ogni due ore. Un risultato simile è stato riscontrato in uno studio condotto in Taiwan²¹.

Il 53% del campione, pari a 23 infermieri dell'Ospedale e 14 dei CSA, sostiene che i metodi alternativi alla contenzione fisica spesso siano inefficaci. La letteratura, invece, suggerisce diversi validi metodi alternativi alla contenzione.^{11,13}

Circa l'utilizzo delle misure contenitive per ridurre il rischio di cadute ha risposto positivamente il 44% degli infermieri (18 dell'ospedale e 13 dei CSA). Questo risultato è simile a quello riscontrato in altri studi di letteratura.^{1,18} Tuttavia, alcune ricerche hanno rilevato che l'uso della contenzione, spesso, non è una misura adeguata alla riduzione delle cadute o dei fattori correlati ad infortuni. Lo studio condotto da Suen LK et.al nel 2006¹⁹, dimostra che dal 10% al 47% dei casi, nelle cadute erano coinvolti pazienti sottoposti alla contenzione fisica, rilevando che la protezione fisica degli anziani contenuti è utilizzata dal personale sanitario per tutelarsi da eventuali "responsabilità", a discapito delle conseguenze psicologiche che tale misura possa avere sulle persone.

Infine il 77% del campione (32 dell'ospedale e 22 dei CSA), ritiene una misura importante l'utilizzo della contenzione fisica per la gestione della persona agitata. Questo risultato appare simile con i risultati di alcune ricerche^{2,18}, anche se alcuni studi^{1,13} dimostrano il contrario, cioè che l'utilizzo della contenzione fisica aumenta lo stato di agitazione.

Tabella II: risposte degli infermieri relative alla conoscenza sull'uso della contenzione fisica.

Quesiti sulla conoscenza	Corretto				Incorretto			
	Nr.		Tot.		Nr.		Tot.	
	Osp.	CSA	Nr.	%	Osp.	CSA	Nr.	%
1. Quando un paziente/ospite viene contenuto, la pelle può subire lesioni e la sua agitazione può aumentare	37	33	70	100%	0	0	0	0%
2. I giubbotti di sicurezza o gli indumenti sono vincoli fisici per prevenire le lesioni.	14	19	33	47%	23	14	37	53%
3. In caso di emergenza, un infermiere può legalmente contenere un paziente/ospite senza l'ordine di un medico	8	16	24	34%	29	17	46	66%
4. Un infermiere può essere accusato di violenza privata se applica contenzioni quando non sono necessarie	36	28	64	91%	1	5	6	9%
5. Il paziente/ospite contenuto deve essere liberato ogni 2 ore	14	21	35	50%	23	12	35	50%
6. Una contenzione è legale solo se è necessaria per proteggere il paziente/ospite o altri da danni	33	30	63	90%	4	3	7	10%
7. Per una contenzione fisica è necessario l'ordine di un medico	35	32	67	96%	2	1	3	4%
8. Esistono altre valide alternative alla contenzione	14	19	33	47%	23	14	37	53%
9. Deve esserci un registro dei pazienti/ospiti contenuti	10	29	39	56%	27	4	31	44%
10. I pazienti/ospiti possono rifiutarsi di essere sottoposti alla contenzione fisica	21	22	43	61%	16	11	27	39%
11. Quando un paziente/ospite è contenuto nel letto, il sistema contenitivo non deve essere attaccato alle spondine	17	20	37	53%	20	13	33	47%
12. La contenzione fisica riduce il carico di lavoro	26	28	54	77%	11	5	16	23%
13. La prescrizione medica deve essere rinnovata ogni 24 ore	15	9	24	34%	22	24	46	66%
14. L'utilizzo della contenzione fisica riduce negli ospiti/pazienti il rischio di cadute	19	20	39	56%	18	13	31	44%
15. L'utilizzo della contenzione fisica è importante per gestire l'agitazione psicomotoria	5	11	16	23%	32	22	54	77%

Di seguito, vengono riportate le percentuali delle risposte di coloro che sono d'accordo, in disaccordo o indecisi, per ciascuna delle 10 domande riguardanti l'atteggiamento degli infermieri intervistati verso l'uso dei sistemi di contenzione (Tabella III).

Dai dati ricavati, risulta che soltanto il 53% degli infermieri (14 dell'ospedale e 23 dei CSA) ritiene di avere conoscenza circa la cura di una persona contenuta.

Vari conflitti interni, quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti della persona contenuta si osservano nel 49% (17 dell'ospedale e 17 dei CSA) del campione d'infermieri del sondaggio, mentre tra il restante 51% del campione, il 44% degli infermieri (16 dell'ospedale e 16 dei CSA) nega di provare tali sentimenti e il 7% (4 dell'ospedale) hanno risposto di non avere un'opinione al riguardo. Il 66% di loro (26 infermieri dell'ospedale e 2 dei CSA) ha affermato di sentirsi in imbarazzo quando, senza che sia stato preventivamente informato, un familiare entra nella stanza del paziente/ospite

contenuto. L'81% degli infermieri (32 dell'ospedale e 25 dei CSA) sostiene che una persona sottoposta alla contenzione fisica subisca una perdita di dignità. Questi risultati concordano con altri studi reperiti in letteratura internazionale^{1,22}.

Il 67% degli intervistati (24 dell'Ospedale e 23 dei CSA) hanno dichiarato che, se fossero al posto del paziente/ospite, vorrebbero avere il diritto di rifiutare di essere contenuti, nonostante una buona parte di loro (39%;16 dell'ospedale ed 11 dei CSA) siano in disaccordo con l'affermazione che i pazienti/ospiti possano rifiutare di essere sottoposti alla contenzione. Questa risposta suggerisce che gli intervistati stessi, possono inconsciamente avere pensieri negativi circa l'uso di sistemi di contenzione. Un risultato simile è stato reperito in uno studio condotto in Hong-Kong, in una Casa di Cura.¹⁹

Tabella III: Risposte degli infermieri relative all'atteggiamento sulla pratica contenitiva.

Quesiti sull'atteggiamento	D'accordo				Disaccordo				Indeciso			
	Nr.		Tot.		Nr.		Tot.		Nr.		Tot.	
	Osp.	CSA	Nr.	%	Osp.	CSA	Nr.	%	Osp.	CSA	Nr.	%
1. Sento di avere le conoscenze circa la cura di un paziente/ospite contenuto	14	23	37	53%	20	8	28	40%	3	2	5	7%
2. Un paziente/ospite, quando è sottoposto alla contenzione, subisce una perdita di dignità	32	25	57	81%	5	7	11	16%	0	1	2	3%
3. Sono in imbarazzo quando un familiare entra nella stanza di un paziente/ospite che è contenuto, senza che sia stato preventivamente informato.	26	20	46	66%	10	13	23	33%	1	0	1	1%
4. Dopo aver applicato la contenzione, provo sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti dell'ospite/paziente	17	17	34	49%	16	16	31	44%	4	0	5	7%
5. I familiari dell'ospite/paziente contenuto, preferiscono l'utilizzo di tecniche alternative alla contenzione stessa	21	25	46	66%	5	3	8	11%	11	5	16	23%
6. Ritengo che sia più importante lasciare legato il paziente rispetto a ciò che provo nei suoi confronti	25	22	47	67%	6	8	14	20%	6	3	9	13%
7. Se fossi il paziente/ospite, vorrei avere il diritto di rifiutare di essere sottoposto a contenzione	24	23	47	67%	9	5	14	20%	4	5	9	13%
8. Ritengo che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutare di applicare contenzioni .	23	16	39	56%	10	10	20	29%	4	7	11	15%
9. Il motivo principale dell'uso di contenzioni è perché l'ospedale è a corto di personale	23	26	49	70%	9	5	14	20%	5	2	7	10%
10. I familiari hanno il diritto di rifiutare l'uso della contenzione	9	14	23	33%	21	9	30	43%	7	10	17	24%

La Tabella IV mostra le percentuali delle risposte alle affermazioni riguardanti l'assistenza infermieristica dei pazienti/ospiti immediatamente prima o durante la contenzione.

Il 44% degli infermieri (26 dell'ospedale e 4 dei CSA) sostiene che l'uso del registro per le persone contenute non è indispensabile. Mentre la registrazione dell'intervento rispetto alla contenzione fisica e la relativa assistenza infermieristica richiesta viene eseguita "sempre" soltanto dal 34% del personale infermieristico (13 dell'ospedale ed 11 dei CSA) e il 34% (13 dell'ospedale ed 11 dei CSA) registra "a volte" l'intervento svolto e, infine, il 32% del campione ha affermato di non averlo "mai" annotato.

Risultati simili sono stati riportati in uno studio condotto in Cina,¹⁸ che rileva che nel 75% dei casi analizzati non era documentato l'intervento di contenzione fisica.

Recenti standard normativi sull'utilizzo della contenzione sollevano l'importanza della sua documentazione per le importanti implicazioni giuridiche ed etiche, sottolineando che l'assenza di registrazione dei controlli eseguiti ed eventuali osservazioni riscontrate è una grave lacuna che può costituire un fattore di rischio per il paziente contenuto.

Sono rilevanti le risposte degli infermieri che riguardano i controlli, ogni 30 minuti, delle condizioni cliniche del paziente/ospite contenuto: il 36% di loro (13 dell'ospedale e 12 dei CSA) esegue "sempre" i controlli, il 50% (20 dell'ospedale e 15 dei CSA) sostiene di eseguirli "a volte", mentre il restante 14% (4 dell'ospedale e 6 dei CSA) ha risposto di non farlo "mai". Risultati simili sono stati riportati in uno studio finlandese²³, d'altronde le linee guida nazionali che internazionali raccomandano il monitoraggio continuo delle condizioni della persona contenuta.^{16,17,20}

Tabella IV: risposte degli infermieri sulla prassi della contenzione fisica.

Quesiti sulla prassi	Sempre				A volte				Mai			
	Nr.		Tot.		Nr.		Tot.		Nr.		Tot.	
	Osp.	CSA	Nr.	%	Osp.	CSA	Nr.	%	Osp.	CSA	Nr.	%
1. Prima di eseguire l'igiene ispeziono la pelle del paziente/ospite contenuto per verificare la presenza di abrasioni o lacerazioni	36	33	69	99%	1	0	1	1%	0	0	0	0%
2. Controllo i vincoli almeno ogni due ore per assicurarmi che siano nella posizione corretta	31	21	52	74%	5	8	13	19%	1	4	5	7%
3. Quando c'è poco personale, ci sono più pazienti/ospiti contenuti rispetto a quando siete in pieno organico	29	21	50	71%	5	10	15	22%	3	2	5	7%
4. Valuto e registro l'effetto della contenzione fisica applicata a un paziente/ospite	12	13	25	36%	17	15	32	46%	8	5	13	18%
5. Cerco misure di cura alternative prima di ricorrere alla contenzione	25	28	53	76%	8	5	13	18%	4	0	4	6%
6. Informo il paziente/ospite quando verrà rimosso il sistema di contenzione	26	14	40	57%	9	16	25	36%	2	3	5	7%
7. Quando ritengo che la persona non ha bisogno di essere contenuta lo suggerisco al medico	28	30	58	83%	6	3	9	13%	3	0	3	4%
8. I membri dello staff lavorano insieme per scoprire metodi alternativi alla contenzione	21	16	37	53%	12	15	26	37%	4	2	7	10%
9. Valuto se il sistema di contenzione deve essere rimosso	25	16	40	57%	10	17	28	40%	2	0	2	3%
10. Quando vengono applicati metodi di contenzione fisica, registro sulla cartella infermieristica il tipo di contenzione utilizzata, il motivo, il momento in cui l'applicazione è iniziata, e la relativa assistenza infermieristica richiesta	13	11	24	34%	13	11	24	34%	11	11	22	32%
11. Quando applico la contenzione, lo faccio solo su indicazione del medico	30	21	51	73%	7	8	15	21%	0	4	4	6%
12. Spiego al paziente/ospite perché gli viene applicata la contenzione	27	18	45	64%	9	12	21	30%	1	3	4	6%
13. Informo i familiari del motivo di ricorso alla contenzione	32	27	59	84%	4	5	9	13%	1	1	2	3%
14. Controllo le condizioni dell'ospite/paziente ogni 30 min circa	13	12	25	36%	20	15	35	50%	4	6	10	14%

La Tabella V mostra che non ci sono differenze significative nei punteggi complessivi per la conoscenza, l'atteggiamento o la prassi tra infermieri di sesso maschile e femminile, nonché tra infermieri diplomati e laureati. Un risultato simile è stato riscontrato in uno studio spagnolo condotto nel 2014.²

Emergono, invece, le seguenti differenze statisticamente significative tra i punteggi di:

- Conoscenza tra infermieri con meno di 5 anni di esperienza clinica e coloro che hanno un'esperienza maggiore di 5 anni. I risultati simili sono stati riscontrati in uno studio che supporta l'ipotesi che esista una associazione tra la conoscenza ed il periodo di esperienza clinica.⁸

- Conoscenza tra infermieri che operano presso l'ospedale e presso i CSA. Questo risultato rivela la necessità di una formazione omogenea, rispetto alla contenzione, sia del personale infermieristico operante in ospedale che nei CSA. Il precedente studio ha riportato che la formazione ha aumentato la conoscenza degli infermieri, ha cambiato il loro atteggiamento e ha ridotto l'uso della contenzione fisica.⁸
- Prassi tra infermieri con precedente formazione in tema di contenzione e quelli che non ne avevano. Questi dati risultano in contrasto con i risultati dello studio condotto in una casa di cura di Hong Kong¹⁹ che ha dimostrato che non c'era correlazione tra la formazione antecedente e prassi clinica.

Tabella V: test di Mann-Whitney-Wilcoxon per il confronto dei punteggi di conoscenza, atteggiamento e prassi tra i gruppi d'infermieri partecipanti secondo le variabili socio-demografiche.

Variabile socio-demografica		sesso		Precedente conoscenza circa l'uso di contenzione fisica		Anni di esperienza		Titolo di studio		Luogo impiego	
Gruppo partecipante		Uomo	Donna	Si	No	<5anni	≥5anni	Diploma o altro titolo	laurea	CSA	Osped.
Numero		13	57	47	23	12	58	43	27	33	37
Punteggio conoscenza	Media	9	9	9	10	8	10	9	9	10	8
	na	6	5	5	5	5	5	5	5	6	5
	Min.	13	13	13	13	12	13	13	13	13	12
P Value		0,60		0,44		* < 0,05		0,97		* < 0,001	
Punteggio atteggiamento	Media	24	23	24	23	22,5	24	24	23	24	24
	na	17	16	16	17	19	16	16	19	17	16
	Min.	29	28	29	27	28	29	29	28	29	28
P Value		0,25		0,85		0,36		0,36		0,15	
Punteggio competenza pratica	Media	40	40	40	38	40	40	39	40	39	40
	na	36	29	33	29	36	29	29	33	29	29
	Min.	43	44	43	44	42	44	43	44	44	43
P Value		0,58		* < 0,05		0,76		0,47		0,15	

* P < 0,05: significativo; P > 0,05: non significativo

5.3 Limiti dello studio

I limiti dello studio sono principalmente correlati al breve intervallo di tempo in cui è stato condotto, per cui non si sono potuti analizzare alcuni fattori come:

- il tempo medio di applicazione della contenzione fisica nei CSA e nell'ospedale ;
- valutare l'uso appropriato delle spondine per il letto in relazione alle caratteristiche funzionali e cognitive delle persone sottoposte a contenzione;
- verificare l'utilizzo e modalità di applicazione (corretta o meno) delle tecniche alternative alla contenzione;

- constatare l'esistenza di correlazione tra lo stress del personale infermieristico e la contenzione fisica;
- accertare se, effettivamente, ad un aumento del numero del personale sanitario, consegua una riduzione dell'utilizzo della contenzione fisica.

Infine, non è stato possibile realizzare un sondaggio rivolto ai caregiver delle persone contenute, circa la loro conoscenza dei principali rischi correlati alle misure contenitive e l'esistenza di metodi alternativi alla contenzione, particolarmente utili per coloro che fanno ritorno a domicilio dopo aver trascorso un periodo di degenza in una struttura ospedaliera o CSA.

CAPITOLO 6. CONCLUSIONI.

Questo studio ha messo in evidenza come l'utilizzo della contenzione fisica nelle strutture ospedaliere e ancora di più in quelli residenziali, sia molto diffusa. Nei CSA è stato riscontrato un maggiore ricorso alla contenzione fisica (58,3%) rispetto alle due Unità Operative ospedaliere (37,5%). Le spondine per il letto sono risultate il presidio più utilizzato (rispettivamente il 96,7% e il 30,2% dei mezzi di contenzione usati in ospedale e CSA).

E' stato messo in evidenza, inoltre, che le competenze degli infermieri circa la contenzione fisica sono suscettibili di miglioramento. I maggiori limiti conoscitivi rilevati risultano essere, in caso di emergenza, l'applicabilità della contenzione fisica senza prescrizione medica, necessità della prescrizione medica ogni 24 ore, liberazione della persona contenuta (ogni 2 ore), conoscenza di validi metodi alternativi, utilità delle misure contenitive per ridurre il rischio di cadute e gestione degli stati d'agitazione psicomotoria.

Per quanto riguarda la prassi sulla contenzione fisica sono state identificate le seguenti criticità: assenza di valutazione e registrazione dell'effetto della contenzione applicata, mancanza di controlli periodici della persona contenuta (ogni 30 min), volti anche alla valutazione della eventuale necessità di rimozione del sistema contenitivo e di registrazione dell'intervento contenitivo nella documentazione infermieristica. Una buona parte dei professionisti ha rivelato di non avere sufficiente conoscenza per la cura della persona contenuta.

L'analisi dei dati ha evidenziato che l'infermiere con età lavorativa maggiore di 5 anni ha una migliore conoscenza sull'argomento rispetto al collega con età lavorativa inferiore a 5 anni. Gli infermieri che operano presso i CSA hanno dimostrato di avere migliore conoscenza sulla contenzione rispetto ai colleghi che operano presso l'ospedale. Gli infermieri formati avevano maggiori competenze pratiche rispetto a chi non avesse avuto indicazioni teoriche-pratiche sul tema.

Questo studio potrebbe essere una buona base di partenza per migliorare le competenze del personale infermieristico circa la contenzione fisica. Nell'avvio di percorsi formativi omogenei, rispetto alla contenzione, sia del personale infermieristico operante in ospedale che nei CSA, sarebbe auspicabile preparare una o più persone dello staff infermieristico esperti della pratica contenitiva, attribuendo loro il ruolo di "case manager". Potrebbe essere utile elaborare e diffondere nelle strutture residenziali e ospedaliere del materiale

che riassume e illustri gli interventi che sono stati implementati e descritti in letteratura per ridurre il ricorso alla contenzione fisica. Gli sforzi di un team multidisciplinare di medici, infermieri, operatori socio sanitari, familiari e pazienti/ospiti sono fondamentali per il raggiungimento di un ambiente in cui la contenzione fisica è limitata al minimo indispensabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34(2):158-162.
2. Farina-Lopez E, Estevez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gomez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh* 2014;46(5):322-330.
3. Scheepmans K, Dierckx de Casterle B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatr* 2014;14(17):141-149.
4. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009;24(10):1110-1118.
5. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr* 2014 27(14):18-23.
6. Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* 2012 ;109(3):27-32.
7. [http://www, ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere](http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere) page 8,htm (ultimo accesso:5 ottobre 2015)
8. Mohler R, Richter T, Kopke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care a Cochrane review. *J Clin Nurs* 2012 Nov;21(21-22):3070-3081.
9. Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 2007 ;65(5):924-933.
10. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr* 2005 ;38(1):19-25.
11. Cotter VT. Restraint free care in older adults with dementia. *Keio J Med* 2005;54(2):80-84.
12. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, van Rossum E, Capezuti E, Hamers JP. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. *BMC Geriatr* 2010 25;(10):11-21.

13. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics* 2006;32(3):148-152.
14. Codice penale e di procedura penale. La Tribuna 2015.
15. www.ipasvi.it › Norme e codici ›(ultimo accesso: 20 settembre 2015).
16. Gulizia D. La contenzione fisica in ospedale:evidence based guideline. Ospedale Niguarda Ca'Granda Milano.10 gennaio 2008.
17. Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights risks and responsibility. Royal College of Nursing 2008.
18. Jiang H, Li C, Gu Y, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nurs Ethics* 2014;82(3):34-42.
19. Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs* 2006 ;55(1):20-28.
20. Collins LG, Haines C, Perkel RL. Restraining devices for patients in acute and long-term care facilities. *Am Fam Physician* 2009 15;79(4):254-256.
21. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs* 2014;70(1):130-143.
22. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs* 2010;19(21-22):3197-3207.

ALLEGATO 1



Questionario sulla conoscenza, l'atteggiamento e prassi infermieristiche riguardo l'uso della contenzione fisica.

Studente: Ludmila Maga
Anno accademico 2014/2015

Caratteristiche socio-demografiche

1. Età infermiere: < 25 25 – 35 > 35
2. Sesso: Uomo Donna
3. Ambito d'impiego: Ospedale CSA
4. Titolo di studio: Diploma Laurea triennale Altro titolo (estero/inf. generico)
5. Da quanti anni lavora come infermiere: < 5 5 – 10 11 – 15 > 15
6. Precedenti conoscenze su contenzione fisica: SI No
7. Fonte della conoscenza da altri colleghi: SI No

Quesiti sulla conoscenza	D'accordo	Disaccordo	Indeciso
1. Quando un paziente/ospite viene contenuto, la pelle può subire lesioni e la sua agitazione può aumentare			
2. I giubbotti di sicurezza o gli indumenti sono vincoli fisici per prevenire le lesioni.			
3. In caso di emergenza, un infermiere può legalmente contenere un paziente/ospite senza l'ordine di un medico			
4. Un infermiere può essere accusato di violenza privata se applica contenzioni quando non sono necessarie			
5. Il paziente/ospite contenuto deve essere liberato ogni 2 ore			
6. Una contenzione è legale solo se è necessaria per proteggere il paziente/ospite o altri da danni			
7. Per una contenzione fisica è necessario l'ordine di un medico			
8. Esistono altre valide alternative alla contenzione			
9. Deve esserci un registro dei pazienti/ospiti contenuti			
10. I pazienti/ospiti possono rifiutarsi di essere sottoposti alla contenzione fisica			
11. Quando un paziente/ospite è contenuto nel letto, il sistema contenitivo non deve essere attaccato alle spondine			
12. La contenzione fisica riduce il carico di lavoro			
13. La prescrizione medica deve essere rinnovata ogni 24 ore			
14. L'utilizzo della contenzione fisica riduce negli ospiti/pazienti il rischio di cadute			
15. L'utilizzo della contenzione fisica è importante per gestire l'agitazione psicomotoria			

Quesiti sull'atteggiamento	D'accordo	Disaccordo	Indeciso
1. Sento di avere le conoscenze circa la cura di un paziente/ospite contenuto			
2. Un paziente/ospite, quando è sottoposto alla contenzione, subisce una perdita di dignità			
3. Sono in imbarazzo quando un familiare entra nella stanza di un paziente/ospite che è contenuto, senza che sia stato preventivamente			
4. Dopo aver applicato la contenzione, provo sentimenti quali frustrazione, sensi di colpa, compassione nei confronti dell'ospite/paziente			
5. I familiari dell'ospite/paziente contenuto, preferiscono l'utilizzo di tecniche alternative alla contenzione stessa			
6. Ritengo che sia più importante lasciare legato il paziente rispetto a ciò che provo nei suoi confronti			
7. Se fossi il paziente/ospite, vorrei avere il diritto di rifiutare di essere sottoposto a contenzione			
8. Ritengo che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutare di applicare contenzioni .			
9. Il motivo principale dell'uso di contenzioni è perché l'ospedale è a corto di personale			
10. I familiari hanno il diritto di rifiutare l'uso della contenzione			

Quesiti sulla prassi	Sempre	A volte	Mai
1. Prima di eseguire l'igiene ispeziono la pelle del paziente/ospite contenuto per verificare la presenza di abrasioni o lacerazioni			
2. Controllo i vincoli almeno ogni due ore per assicurarmi che siano nella posizione corretta			
3. Quando c'è poco personale, ci sono più pazienti/ospiti contenuti rispetto a quando siete in pieno organico			
4. Valuto e registro l'effetto della contenzione fisica applicata a un paziente/ospite			
5. Cerco misure di cura alternative prima di ricorrere alla contenzione			
6. Informo il paziente/ospite quando verrà rimosso il sistema di contenzione			
7. Quando ritengo che la persona non ha bisogno di essere contenuta lo suggerisco al medico			
8. I membri dello staff lavorano insieme per scoprire metodi alternativi alla contenzione			
9. Valuto se il sistema di contenzione deve essere rimosso			
10. Quando vengono applicati metodi di contenzione fisica, registro sulla cartella infermieristica il tipo di contenzione utilizzata, il motivo, il momento in cui l'applicazione è iniziata, e la relativa assistenza infermieristica richiesta			
11. Quando applico la contenzione, lo faccio solo su indicazione del medico			
12. Spiego al paziente/ospite perché gli viene applicata la contenzione			
13. Informo i familiari del motivo di ricorso alla contenzione			
14. Controllo le condizioni dell'ospite/paziente ogni 30 min circa			