



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

PERCEZIONI E CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI IN AMBITO DELLE CONTENZIONI PSICHIATRICHE

Studio osservazionale trasversale all'interno delle AST della Regione Marche

Relatore: Chiar.mo

Dott. ERCOLANI MAURIZIO

Tesi di Laurea di:

MORONI BENEDETTA

A.A. 2021/2022

INDICE

Abstract.....	5
Introduzione	1
CAPITOLO I	2
L'EVOLUZIONE DELLA SALUTE MENTALE	2
1.1 I primi manicomi.....	2
1.2 L'infermiere psichiatrico	3
1.3 Le riforme Mariotti e Basaglia	4
CAPITOLO II	5
LE CONTENZIONI.....	5
2.1. La storia delle contenzioni.....	5
2.2. La definizione di contenzione.....	5
2.3 Attuazione della contenzione	6
2.4. Fattori di rischio	7
2.5. Complicanze della contenzione.....	9
2.6 Alternative alla contenzione	11
2.7. Riduzione della contenzione fisica	16
CAPITOLO III.....	18
RIFERIMENTI NORMATIVI	18
3.1. Riferimenti normativi.....	18
CAPITOLO IV	22
RICERCA BIBLIOGRAFICA	22
3.1. Obiettivo della ricerca bibliografica.....	22
3.2. Materiali e metodi per la ricerca bibliografica	22
3.3 Risultati della ricerca bibliografica	23
3.4 Conclusioni della ricerca bibliografica	25
CAPITOLO V	26
LO STUDIO.....	26
5.1. Obiettivi dello studio	26
5.2. Materiali e metodi	26
5.2.1. Disegno dello studio	26
5.2.2 Popolazione.....	26

5.2.3. <i>Il questionario</i>	27
5.2.4 <i>Analisi statistica</i>	27
5.2.5. <i>Durata dello studio</i>	28
5.2.6 <i>Limiti dello studio</i>	28
5.2.7. <i>Aspetti etici</i>	28
5.3. <i>Risultati dello studio</i>	28
5.4. <i>Discussione</i>	29
5.4.1 <i>Discussione Dominio 1</i>	33
5.4.2 <i>Discussione Dominio 2</i>	35
5.4.3 <i>Discussione Dominio 3</i>	37
5.4.4 <i>Discussione finale</i>	39
5.5 <i>Conclusione</i>	39
5.6 <i>Implicazioni per la pratica clinica</i>	40
5.7 <i>Conflitto di interessi</i>	40
5.8 <i>Finanziamento allo studio</i>	40
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	
ALLEGATI.....	
TABELLE.....	
RINGRAZIAMENTI	

*“Curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà
e della dignità dell’individuo”.*

(Art 1. Profilo Professionale dell’Infermiere)

Abstract

BACKGROUND: Si può definire come contenzione ogni metodo manuale, fisico, farmacologico, psicologico, ogni mezzo somministrato o applicato a un individuo o all'ambiente che lo circonda in modo tale da non poter essere facilmente rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo. Questo studio mira a vedere quali sono le percezioni e le conoscenze tra infermieri che lavorano all'interno della Salute Mentale nel territorio marchigiano e se esistono delle correlazioni tra le risposte date e il titolo di studio, età e origine demografica.

OBIETTIVI: Lo scopo dello studio è, quindi, indagare la percezione e le conoscenze di un campione di infermieri appartenenti alle AST, della Regione Marche, che lavorano nell'ambito della Salute Mentale.

MATERIALI E METODI: Per raggiungere tale obiettivo è stata somministrata agli infermieri una valida versione italiana del questionario di Janelli LM et al. (1992) e sono state raccolte le risposte che questo formulario ha prodotto. Il questionario è stato diffuso per via telematica tramite la piattaforma "zohopublic.eu". Lo studio è stato condotto dal 16 ottobre 2022 fino al 16 marzo 2023.

RISULTATI: Allo studio hanno partecipato 41 infermieri provenienti dalle ex Aree Vaste 1, 2, 4 e 5 appartenenti alla Regione Marche che lavorano nel settore della Salute Mentale. Si è riscontrata una relazione significativa ($p < 0,05$) per quanto riguarda le attitudini degli infermieri e il loro titolo di studio e azienda di appartenenza.

CONCLUSIONI: Questo studio ha sottolineato la necessità di condurre una maggiore formazione sulle tecniche di *deescalation* e di creare e condividere alternative efficaci che possono essere applicate agli assistiti prima di ricorrere all'uso di contenzioni fisiche. Dai test eseguiti, solo due rapporti hanno prodotto risultati significativi per valori p prestabiliti. Queste relazioni sono Titolo di studio - Dominio 2 e Area Vasta - Dominio 2. Da ciò si può dedurre che le attitudini degli infermieri differiscono non solo per le loro qualifiche ma anche per la loro l'azienda di appartenenza.

Parole chiave: contenzione fisica, psichiatria, pratica infermieristica

Introduzione

Da anni si è sempre cercato di definire cosa sia la Salute Mentale e di descrivere le caratteristiche e le peculiarità di una persona affetta da un disturbo psichico. Con il corso del tempo si è giunta alla conclusione che la salute mentale viene influenzata da tutta una serie di fattori sia sociali che economici, dove risulta necessario andare ad agire attraverso la promozione, la prevenzione, il trattamento e la *Recovery*. La Salute Mentale, come la conosciamo oggi, nasce con la legge n.180 del 1978, meglio conosciuta come Legge Basaglia. Con essa si è assistito a una progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici, o meglio noti come manicomi, e a un'introduzione di un nuovo modello organizzativo che prenderà poi il nome di Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Tale modello ha fatto sì che il ricovero di persone affette da disturbi mentali avvenisse all'interno di reparti interni agli ospedali, denominati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). In questi reparti, che oggi rappresentano una parte importante dei DSM, è rimasto molto diffuso l'utilizzo di pratiche di contenzione di cui ci si avvaleva all'interno dei manicomi. Questa pratica viene ancora utilizzata poiché la Legge Basaglia, non esclude, né autorizza, il ricorso a questa misura coercitiva.

Per questa ragione è stato eseguito uno studio tra le Aree Vaste della Regione Marche. Tramite l'ultima riforma regionale della sanità, le Aree Vaste sono state rinominate in Azienda Sanitaria Territoriale (AST). Al progetto hanno aderito l'Area Vasta 1, attuale AST Pesaro Urbino, l'Area Vasta 2, odierna AST Ancona, l'Area Vasta 4, attuale AST Fermo e l'Area Vasta 5, denominata in AST Ascoli Piceno.

Lo studio consiste nella somministrazione, per via telematica, di un questionario agli infermieri che lavorano nell'ambito della Salute Mentale in cui si valuta la loro conoscenza e la loro percezione circa le contenzioni psichiatriche. L'insieme verge a valutare la situazione attuale nella Regione Marche circa l'utilizzo della contenzione fisica, la consapevolezza degli operatori sanitari e la sfera emotiva di quest'ultimi nel momento in cui si trovano ad attuare una coercizione coatta.

CAPITOLO I

L'EVOLUZIONE DELLA SALUTE MENTALE

1.1 I primi manicomi

Inizialmente, ai sensi della legge n.36 del 1904, tutti i soggetti che presentavano disturbi psichiatrici, omosessuali o con condotte moralmente non accettate, venivano considerati irrecuperabili e pericolosi per la società, allontanati e reclusi all'interno dei manicomi. Il manicomio, o ospedale psichiatrico, era *“l'istituto destinato al ricovero e alla segregazione dei malati mentali”* (Treccani). Per un lungo periodo, infatti, il manicomio rimase un luogo di internamento coatto anziché un centro di terapia. Il Regio Decreto n. 615 del 1909, ci permette di avere una panoramica sull'organizzazione e sulla gestione amministrativa e dirigenziale dei manicomi. Al capo I, Art. 1 si afferma che: *“Sono compresi sotto la denominazione di manicomi e sottoposti alle prescrizioni della legge 14 febbraio 1904, n. 36, e del presente regolamento tutti gli istituti pubblici provinciali, le istituzioni pubbliche di beneficenza e gli stabilimenti privati che, sotto qualsiasi denominazione di ricoveri, case o ville di salute, asili e simili, ricoverino alienati di qualunque genere”*. Nell'Art. 4, sempre del suddetto capo, venivano descritte tutte le caratteristiche strutturali del manicomio. Le strutture venivano divise per padiglioni o reparti. In ciascun reparto avveniva la differenziazione tra uomo e donna, i quali non potevano avere alcun contatto tra di loro. All'interno di ogni ala gli alienati venivano ulteriormente suddivisi in base alla loro condotta e alla necessità di assistenza. Ogni padiglione doveva essere fornito di grandi stanze da letto, sale di soggiorno con cortile adiacente, refettori, parlatori per le visite dei parenti e le latrine. La suddivisione dei reparti comprendeva il reparto di osservazione, il reparto tranquilli, il reparto agitati, il reparto lavoratori, che ospitava tutti i soggetti che erano in grado di compiere piccole mansioni e, infine, il reparto “sudici” che comprendeva tutte quelle persone che non erano in grado di provvedere alla basilare igiene personale. Ogni reparto aveva una propria caratteristica. Il reparto di osservazione rappresentava una tappa obbligatoria per i nuovi entrati. Il reparto tranquilli era adibito all'alloggio dei malati con più contegno. Nel reparto agitati vi erano anche celle di isolamento, sala di vigilanza e numerosi mezzi di contenzione mentre nel reparto lavoratori vi erano alloggiati tutti coloro che venivano ritenuti in grado di compiere piccole mansioni. Oltre a tutti coloro che venivano considerati “matti”, all'interno degli ospedali psichiatrici erano internati anche i poveri, i

vagabondi, i mendicanti, i criminali, i dissidenti politici e tutte quelle persone che venivano considerate nulla facenti. All'interno di questi luoghi le persone non venivano curate bensì venivano spogliate della loro dignità e trattate senza alcun diritto.

Nei manicomi non era inusuale trovare filo spinato, cinghie di cuoio, camicie di forza, secondini, cloroformio e paraldeide, fetori nauseanti e strutture fatiscenti. Le terapie che più venivano applicate erano la segregazione nei letti di contenzione, la camicia di forza, l'elettroshock, le docce fredde, l'insulina-terapia, nata nel 1933 che consisteva nell'induzione di coma o precoma insulinico, la lobotomia, la piretoterapia, ossia l'induzione della febbre tramite l'inoculazione di microrganismi viventi o uccisi, e lo shock cardiazolico, nata nel 1935 dove si induceva uno stato di shock tramite il Cardiazol. Per i primi psicofarmaci si devono attendere gli anni '50 che, inizialmente, consistevano principalmente in neurolettici.

Ai "matti" era impedito avere contatti con l'esterno e non usufruivano di alcun tipo di rapporto umano. Ad essere internati non erano solo i "pazienti" ma anche gli operatori e tutti coloro che lavoravano all'interno di quelle quattro mura. Per comprendere al meglio quella che era la condizione di un infermiere all'interno dei manicomi, si cita un estrapolato del film documentario sugli infermieri "Padiglione 25, Diario degli infermieri (Carboni, 2017)": *"Sto chiuso tutto il giorno, respiro la stessa aria, la stessa puzza de fogna che stava dentro a quei reparti, facevo la stessa vita che fanno i pazienti per cui...io infermiere so' matto come loro. Questa è l'istituzione"*.

1.2 L'infermiere psichiatrico

Nell'800, con l'apertura dei manicomi, nasce anche una nuova figura che è quella dell'infermiere psichiatrico. Le prime scuole per gli infermieri psichiatrici erano situate all'interno dei manicomi stessi. Le caratteristiche che doveva possedere l'aspirante infermiere erano sia morali, sia intellettive, sia fisiche. Per quanto riguardavano le caratteristiche intellettive e morali, al candidato veniva chiesto di aver buon cuore, pietà e buona condotta, intesa come la capacità di comprendere ed eseguire gli ordini impartiti. L'infermiere, inoltre, doveva parlare poco e solo quando interrogato, sempre con onestà e sincerità. Il candidato doveva essere di costituzione robusta, di alta statura e senza difetti fisici in modo tale che i residenti del manicomio non potessero deriderlo o averne paura. La formazione durava sei mesi a seguito dei quali, il direttore del manicomio poteva

rilasciare un attestato successivo a un esame teorico-pratico. Alcuni infermieri avevano la responsabilità di controllare il singolo mentre altri, chiamati infermieri operai, venivano adibiti alla sorveglianza degli alienati che si trovavano nel reparto lavoratori. A rotazione gli infermieri venivano incaricati di effettuare tutte quelle attività assistenziali che, ai giorni nostri, rientrano nelle competenze dell'operatore sociosanitario. L'operatore deputato alla sorveglianza, non doveva mai allontanarsi dai malati né perderli mai di vista neppure quando il malato doveva andare in bagno. Era tenuto a mantenere il segreto professionale sia dentro che fuori il manicomio e non poteva avere interazione di nessun tipo con gli ammalati se non interrogato da un superiore e, in questo caso, doveva fornire risposte brevi, precise e sincere senza dare giudizi. In caso di errore, l'infermiere doveva risponderne di fronte al regolamento del manicomio o davanti alla giustizia se questo risultava più grave. Le punizioni potevano essere disciplinari, ad esempio ammonizioni, sospensione del servizio, fino ad arrivare al licenziamento, multe salatissime e mesi, o addirittura anni, di reclusione. (CCDU Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani, s.d.)

1.3 Le riforme Mariotti e Basaglia

Nel 1968, un primo tentativo di riforma fu effettuata, dall'allora Ministro della Sanità, Luigi Mariotti con la Legge n.431 eliminando l'iscrizione al casellario giudiziario e prevedendo alla possibilità del ricovero volontario presso gli ospedali psichiatrici e al mantenimento dei diritti civili e, soprattutto, all'istituzione dei primi centri di salute mentale sul territorio nazionale. Il punto di svolta si ebbe con la famosa legge n.180 del 1978, meglio conosciuta come Legge Basaglia. La riforma riuscì a rimuovere il concetto di pericolosità del malato per sé e per gli altri disponendo il trattamento sanitario basato sul diritto della persona alla cura e alla salute, nonché il rispetto dei diritti umani. A livello territoriale vennero chiusi gli ospedali psichiatrici, istituite strutture alternative ai manicomi e dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) all'interno degli ospedali generali per il trattamento delle acuzie, gli interventi terapeutici urgenti in caso di rifiuto di cure e mancanza di idonee condizioni per il trattamento extra-ospedalieri e per il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Si passò, quindi, da un sistema di reclusione o custodia, ad uno di presa in carico della persona affetta da disturbi mentali. Questa innovazione garantì all'Italia il primato di aver disposto per prima la chiusura dei manicomi civili riformando, in maniera radicale, l'approccio al metodo classico di cura delle patologie di natura psichica. (Caputo, 2020)

CAPITOLO II

LE CONTENZIONI

2.1. La storia delle contenzioni

Le contenzioni, in particolar modo quelle fisiche, hanno una storia ancor più antica di quanto possiamo pensare. Nel 1700 venivano utilizzate delle “camiciole a muro” e catene legate alla parete o al letto. La teoria che appoggiava tale trattamento era che più dolorosa risultava la contenzione, migliori sarebbero stati i risultati. Seguendo questa filosofia, Benjamin Rush, noto come padre della psichiatria americana, sviluppò la sedia “sedativa” dove la persona veniva immobilizzato in uno stato di disagio e dolore enorme. Nello stesso secolo, in Francia, lo psichiatra Philippe Pinel, abolì l’utilizzo delle catene sostituendole con le camicie di forza. All’inizio del 1800 venne inventato il “letto a mangiatoia” ovvero una gabbia con letto basso a forma di graticcio dove l’individuo veniva messo per settimane o mesi. Nel mentre era ancora in voga l’utilizzo di cinture legate a manette, bracciali di cuoio, catenelle da caviglia e sedie di contenzione poiché considerate di grandi virtù curative. Alla metà del medesimo secolo, divennero di moda negli ospedali psichiatrici l’uso di camere d’isolamento.

2.2. La definizione di contenzione

Le contenzioni, in generale, possono essere definite come tutti quegli atti che utilizzano metodi meccanici, chimici, fisici, ambientali e relazionali direttamente sull’individuo, o applicati nello spazio circostante, al fine di limitarne i movimenti e che non possono essere controllati e/o eliminati dall’assistito stesso (Mongardi M., et al., 2014). Secondo quanto appena detto, possiamo classificare le contenzioni in quattro tipologie diverse:

- Contenzione chimica: utilizzo di farmaci che servono a modificare il comportamento del soggetto andandone a limitare i movimenti e a ottunderne la volontà e le reazioni. Sono, ad esempio, gli ansiolitici e i sedativi.
- Contenzione meccanica: utilizzo di presidi come fascette o cinture sia sulla persona che sull’ambiente circostante in modo da limitarne i movimenti. Sono, ad esempio, i polsini o le sponde per il letto.
- Contenzione fisica: utilizzo della forza fisica dell’operatore al fine di limitare e/o bloccare i movimenti dell’assistito.

- Contenzione ambientale: utilizzo di modificazioni all'ambiente circostante al soggetto al fine di limitarne o controllarne i movimenti. Sono, ad esempio, le celle di isolamento.
- Contenzione psicologica: utilizzo di tecniche comunicative al fine di ridurre o placare l'aggressività del soggetto. Sono, ad esempio, l'ascolto attivo e tecniche di *deescalation*.

Un tipo particolare di contenzione, denominata *holding*, consiste in una tecnica di *deescalation* utilizzata nelle crisi di aggressività o ansia degli assistiti. Questa tipologia ricorre all'utilizzo dell'ascolto attivo, della negoziazione e della ricerca di soluzioni e scelte condivise in collaborazione alla forza e alla limitazione fisica, per un breve periodo di tempo, al fine di creare una relazione tra operatore – persona e contenere l'evento. Questa tecnica viene usata poiché si è riscontrato che i soggetti ansiosi trovano maggior beneficio se l'operatore sanitario si interfaccia direttamente con loro tramite un atteggiamento positivo ed aperto.

I mezzi di contenzione meccanica possono, anch'essi, essere suddivisi in quattro tipologie:

- Per il letto: spondine o meccanismi di contenimento per il tronco
- Per la sedia: corpetti
- Per segmenti corporei: polsini, cavigliere e camici di forza
- Per mantenere una postura obbligata: cuscini anatomici (Cester A. & Guminato G., 1997)

2.3 Attuazione della contenzione

Le contenzioni fisiche, in condizioni di emergenza, possono essere posizionate dall'infermiere a patto che il medico le approvi il prima possibile poiché si è in una condizione che richiede lo stato di necessità. Nel documento che attesta l'avvenuta costrizione fisica, deve essere indicato il mezzo di contenzione e la durata del contenimento (Allegato 1). (Federazione IPASVI - FNOPI Ordine Medici Latina, 2018) (Valore in RSA). La contenzione può essere applicata solo in caso di stato di necessità, non può essere prescritta o imposta ad un operatore da un diretto superiore. Il medico

deve valutare la persona che “potrebbe” agire in maniera tale da esporsi, o esporre gli altri, ad un pericolo. La valutazione medica deve essere orientata a valutare se la persona può subire una contenzione senza avere danni fisici o psichici dalla medesima. Il medico risulta necessario anche dopo l’evento “contenitivo” per valutare se dall’evento o dalla prosecuzione del medesimo assistito ha avuto, o potrebbe avere, rischi relativi alla sua salute psicofisica.

A tal proposito si riporta l’Art. 35 del Codice Deontologico: *“L’infermiere riconosce che la contenzione non è un atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”*.

La contenzione, intesa come “mezzo cautelare” viene spesso contestata dal momento che viene vista come un’eccessiva restrizione coatta della volontà del soggetto. Per ovviare a ciò, è fondamentale un colloquio con il *caregiver* referente non appena si è giunti alla conclusione dell’utilizzo della contenzione dove vengono spiegate le motivazioni e le modalità di somministrazione e di monitoraggio. Nel caso in cui l’individuo non sia in grado di esprimere appropriatamente e validamente la propria volontà e non vi sia presente un *caregiver*, verrà nominato legalmente un tutore legale. (Dott. Proh Paolo, Dott. Fiori Carlo, & Piani Ercole)

2.4. Fattori di rischio

In una ricerca italiana (Sangiorgio P. & Sarlatto C., 2007) sono stati segnalati quali potrebbero essere i possibili fattori di rischio che porterebbero all’utilizzo della contenzione psichiatrica. I più comuni sono rappresentati dalla bassa sicurezza e il comfort delle strutture, dalla frammentazione o dalla compromissione della funzione di leadership che causano risposte regredite e massimali dello staff, malfunzionamento dell’equipe e difficoltà d’integrazione dei diversi ruoli professionali, che aumentano le angosce primitive, e dall’eccessivo numero di ricoveri all’interno degli SPDC. In linea

con lo studio condotto da D’Orio et al. nel 2004 (D’Orio BM, Purselle D, Stevens D, & Garlow SJ, 2004) sono stati identificati altri due possibili fattori di rischio che sono la mancata identificazione precoce e la gestione inefficace dei comportamenti problematici. La contenzione fisica viene spesso usata o come mezzo di prevenzione delle cadute, vengono solitamente installate delle sponde ai lati del letto, oppure come “atto terapeutico” contro un assistito violento o agitato.

È ormai noto che l’aggressività ha un suo ciclo che inizia con la fase del fattore scatenante, poi abbiamo la fase di *escalation*, la fase critica, la fase del recupero e infine la fase della depressione post – critica. Nel caso in cui il soggetto presenti stati di irrequietezza e violenza, l’operatore sanitario deve essere in grado di valutare la situazione e adottare le tecniche di *de – escalation* più appropriate prima di ricorrere all’uso della contenzione. Se le tecniche di *de – escalation* non sono risolutive e si necessita dell’utilizzo delle contenzioni fisiche, il medico e gli infermieri devono garantire una fase di assistenza al degente. In particolar modo, l’operatore sanitario dovrebbe controllare, con visione diretta, il soggetto ogni 2/3 ore garantendogli almeno 10 minuti di movimento ed esercizio fisico, fino alla decisione della rimozione delle contenzioni. (Dott. Proh Paolo, Dott. Fiori Carlo, & Piani Ercole).

Una seconda trattazione ha individuato altri aspetti che potrebbero influenzare la decisione di attuare una coercizione coatta. Pare, infatti, che la scelta di effettuarla sia condizionata anche dall’ambiente di lavoro, da precedenti esperienze avverse e da caratteristiche specifiche dell’assistito piuttosto che da solide conoscenze basate sull’evidenza scientifica. Perciò, viene sottolineato il bisogno di supporto clinico e una formazione per gli infermieri in modo tale da poter sviluppare un linguaggio preciso nel descrivere la moderazione e la quantificazione della contenzione quando questa diventa effettivamente necessaria. (Teece A, Baker J, & Smith H, 2020)

Principalmente gli operatori sanitari ricorrono alla costrizione coatta per:

- Prevenire le cadute
- Trattare agitazione e aggressività del soggetto
- Controllare il comportamento del soggetto ed evitare che vaghi per il reparto
- Far sì che il soggetto assuma la terapia ed eviti di esercitare trazione sui dispositivi medici

- Alcuni comportamenti che risultino inadeguati o fastidiosi per gli altri assistiti
- Ovviare al problema dei troppi assistiti rispetto al personale infermieristico

(Marchetti, Fontana, & Turrin, 2001)

2.5. Complicanze della contenzione

Per quanto riguarda le complicanze, si è visto che l'utilizzo della contenzione possa portare a sindromi che riguardano la sfera psicosociale come l'aumento del livello di confusione, stress, umiliazione, depressione, paura e, infine, sconforto. La costrizione coatta può aumentare gli effetti potenziali dell'immobilizzazione e malattie funzionali ed organiche quali contratture, aumento dell'osteoporosi, lesione da pressione, polmoniti, infezioni, incontinenza urinaria, riduzione dell'iniziativa e della forza fisica.

Altre patologie somatiche collegate come complicanza alla contenzione sono: asfissia, trauma toracico, embolia polmonare, polmonite "ab ingestis", rush catecolaminico, rabdomiolisi e complicanze tromboemboliche. In letteratura, inoltre, viene descritto come gli stati di eccitamento acuto possano essere associati ad elevate mortalità nel caso in cui il soggetto si trovi costretto. Numerosi studi di tutto il mondo hanno trattato la seguente problematica (Hirose, Morita, Nakamura, Fushimi, & Yasunaga, 2021). Al contrario di quanto si possa pensare, la contenzione può provocare un aumento del rischio delle cadute e, inoltre, può provocare danni meccanici come arrossamento, cianosi, abrasioni ed ematomi.

Una trattazione giapponese, tramite uno studio retrospettivo nei reparti psichiatrici da luglio 2010 a marzo 2017, ha identificato 223.285 soggetti psichiatrici nei quali 132 (0,059%) hanno sviluppato embolia polmonare durante il ricovero e, complessivamente, il 13,2% degli assistiti ha sperimentato una contenzione fisica per almeno un giorno e più giornate totali di contenzione fisica sono stati significativamente associati a un rischio più elevato di embolia polmonare (S.Stefanović, A.Kuzmanović, & V.Stefanović, 2013). Un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche degli utenti psichiatrici, morti improvvisamente nel Dipartimento di Terapia Intensiva della Clinica Di Psichiatria "Dr. Laza Lazarevic" di Belgrado, nel periodo 1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2011, ha evidenziato che su 4001 soggetti psichiatrici ospedalizzati, 53 sono morti e per 18 di loro è stata effettuata l'autopsia a causa della morte improvvisa. L'autopsia ha poi rilevato che cinque di loro sono morti a causa di un tromboembolismo polmonare. Tutti e cinque gli

assistiti avevano delle caratteristiche in comune come il sesso, erano tutti maschi, l'età media, pari a 45,2 anni, la terapia farmacologia, basata su forti antipsicotici e Diazepam, e, infine, erano stati temporaneamente immobilizzati per una media di 4,2 giorni. Secondo i ricercatori, i risultati suggeriscono un possibile legame tra l'immobilizzazione fisica prolungata degli assistiti che ricevono anche la terapia antipsicotica e il tromboembolismo polmonare totale (Stefanović V, Colantuoni L, & Stefanović S).

Un ulteriore studio, condotto da Gulizia et al. 2008 (Gulizia D, 2008), ci permette di elencare più in dettaglio gli effetti dannosi della contenzione a livello fisico. I danni che possono insorgere, li possiamo classificare in lesioni dirette e lesioni indirette.

Lesioni dirette:

- Neurologiche, del plesso brachiale, da compressione
- Ischemiche da compressione
- Trombo – embolia nei soggetti contenuti a lungo
- Asfissia
- Morte improvvisa, in seguito ad un periodo prolungato di agitazione psicomotoria
- Ipertermia e “Sindrome Maligna da Neurolettici”

Lesioni indirette:

- Maggiore durata della degenza
- Aumentata mortalità
- Declino del comportamento sociale e cognitivo
- Rischio uguale o superiore di caduta
- Aumento della mortalità
- Aumento danni psicosociali (stress, depressione, paura, umiliazione, sconforto)

Una revisione degli eventi avversi e dei fattori di rischio associati (Mohr et al.2003) evidenzia come i clinici dovrebbero ottenere una valutazione cardiovascolare preliminare, considerare i fattori di rischio e osservare “a uno a uno” durante il periodo di contenimento i soggetti contenuti. Sempre secondo gli stessi autori, i limiti della contenzione sono rappresentati dalla dubbia collocazione tra gli interventi terapeutici,

dalla mancanza di solide prove scientifiche, dalla scarsa attenzione data alle morti e dalle lesioni correlate all'uso della contenzione. (Ferioli, 2013)

Tutte le conseguenze appena citate sono direttamente proporzionali alla durata del mantenimento della contenzione, perciò, bisogna impostare l'uso per periodi di tempo non superiori a 12 ore con la possibilità di movimento per 10 minuti ogni 2 ore e la valutazione, del soggetto e della sicurezza del mezzo contenitivo, ogni 3 – 4 ore. Se il contenimento supera le 24 ore consecutive, si dovrà ricorrere all'utilizzo delle Linee Guida circa la prevenzione della Trombosi Venosi Profonda (TVP).

2.6 Alternative alla contenzione

Sta sempre più crescendo il dibattito circa l'assistenza senza contenzione nella letteratura professionale. L'assistenza senza contenzione non deve essere considerata come una semplice diminuzione nell'utilizzo di dispositivi di contenimento, bensì la totale assenza di tali dispositivi poiché il Servizio Sanitario Nazionale non ne dispone. Questo tipo di assistenza è presente all'interno di alcuni contesti residenziali, mentre non ci sono evidenze scientifiche che trattano questa problematica nei reparti per acuti. È possibile, però adottare metodi alternativi all'utilizzo della contenzione, i quali saranno successivamente mostrati e analizzati.

Nello studio pubblicato nel 2006 da Catanesi, Ferrannini, & Peloso, si considera alternativo all'utilizzo della coercizione forzata *“qualsiasi intervento utilizzato al posto di una contenzione o con la finalità di ridurre l'uso di strumenti di contenimento”*. Gli ambiti in cui può agire l'infermiere sono vari tra cui aspetti psicosociali, ambientali, educazionali e fisiologici.

Gli strumenti alternativi sono e devono sempre essere preferibili all'utilizzo della contenzione e hanno a che fare con l'importanza delle caratteristiche dell'ambiente nel determinarne la frequenza e la modalità. Inoltre, il professionista sanitario può impiegare ogni risorsa emotiva per offrire un aiuto alle angosce dell'assistito adattando l'atteggiamento, il tono di voce, i gesti e i movimenti per offrire una profonda comprensione e compassione al soggetto. Solo in casi strettamente necessari si potrà procedere alla somministrazione di presidi farmacologici per tempo, tramite la cooperazione degli altri professionisti sanitari all'interno dell'équipe e cercando anche la

collaborazione dell'assistito, e della sua famiglia, andando incontro alle sue preferenze.
(Best Practise, volume 6, issue 4, 2002, ISSN 1329 – 1874)

La letteratura fornisce numerose alternative che possono essere adottate immediatamente oppure nel lungo periodo in base al tipo di assistito che si ha in cura.

Per le persone con deterioramento cognitivo, dovute a malattie neurodegenerative, si suggeriscono tabelloni affissi al muro per indicare il giorno della settimana e il nome dello staff. Per favorire l'orientamento continuo dell'ambiente e della realtà, risulta utile fornire all'assistito oggetti conosciuti da parte dei famigliari, coinvolgere l'individuo nella conversazione, oppure procurare piccoli oggetti da tenere in mano. Altri accorgimenti includono i seguenti elementi: modificare la disposizione delle sedie degli ospiti nel corso della giornata, utilizzare strumenti per attività ricreative, come televisore o radio, identificare le stanze con un disegno e collocare questo tipo di individuo vicino alla guardiola.

Per quanto riguarda la persona a rischio cadute, attività efficaci possono essere l'identificazione degli assistiti a rischio caduta, le precauzioni e i fattori di rischio e adottare un programma di prevenzione delle cadute. Invece, per tutti coloro che tendono a vagare nella struttura, la letteratura ha suggerito di fare fotografie e tenerle in guardiola per facilitare il loro ritrovamento. In aggiunta, è importante identificare coloro che si mobilitano e che sono confusi all'ammissione oltre ad utilizzare un soprabito uguale per tutti coloro che vagano in modo da facilitarne il riconoscimento da parte dello staff. Infine, implementare un "codice giallo" che richiede a tutta l'équipe di cercare nella propria area, adottare barriere visive per le porte, dispositivi di allarme e fornire passeggiate, ricreazioni e attività notturne.

Per le persone che manipolano dispositivi medici, la letteratura ci suggerisce di effettuare la somministrazione di farmaci tramite la terapia intramuscolare anziché endovenosa, utilizzare un raccoglitore addominale imbottito posto sopra il tubo della gastrostomia, porgere guanti o calzini sulle mani al posto delle contenzioni ai polsi e palline morbide di spugna da coprire con calzini per proteggere i presidi medici.

Per gli assistiti violenti o agitati, le evidenze forniscono alcuni spunti come l'utilizzo di sedie a dondolo o reclinabili, musica rilassante e offrire diversivi come la televisione o la radio.

Se, invece, dobbiamo assistere persone con deficit motori, è opportuno adottare una terapia fisica e occupazionale, programmi di esercizi di riabilitazione e deambulazione, insegnare tecniche di trasferimento sicure, creare percorsi liberi da mobilio e evitare prodotti che rendano scivoloso il pavimento. In aggiunta potrebbero risultare utili usare imbottiture per il corpo, ausili per la deambulazione, corrimano e maniglie, pantofole e scarpe adatte. L'infermiere sarà poi responsabile nell'incoraggiare la persona a utilizzare gli ausili in modo appropriato.

In caso di identificazione precoce e gestione inefficace dei comportamenti problematici viene proposto di preparare una risposta di squadra con segnali in codice di allerta, tecniche di *deescalation* e identificazione dei prodromi, gestione intensiva dei soggetti a rischio con metodi di *deescalation* verbale, "time – out" e terapia farmacologica. Infine, si propone un incremento del monitoraggio con videosorveglianza e addestramento del personale al monitoraggio stesso.

Le tecniche di *deescalation* sono utilizzate per calmare un soggetto violento senza l'uso della forza fisica. Si elencano alcuni principi e tecniche che possono essere utilizzati:

- Mantenere la calma e la compostezza
- Mostrare empatia e rispetto per il soggetto
- Utilizzare un tono di voce calmo e rassicurante
- Mostrare di essere interessati al benessere del soggetto
- Utilizzare il contatto visivo per mantenere la connessione con il soggetto
- Evitare di agire in modo autoritario o minaccioso
- Porre domande aperte per incoraggiare la comunicazione
- Offrire opzioni al soggetto per aiutarlo a gestire le sue emozioni
- Utilizzare tecniche di respirazione profonda per aiutare il soggetto a calmarsi
- Utilizzare la distanza fisica, se necessario, per evitare che la situazione diventi pericolosa.

Queste tecniche sono utilizzate per prevenire situazioni di violenza e per aiutare a ridurre la tensione in situazioni potenzialmente pericolose. Tuttavia, è importante sottolineare che queste tecniche possono essere efficaci solo se il personale sanitario è stato addestrato in modo adeguato e se il protocollo di sicurezza è rispettato.

Nel caso in cui si debba ricorrere all'uso della contenzione, l'utilizzo di Linee Guida e protocolli saranno indispensabili per poter garantire un'assistenza efficace e nel rispetto della dignità del soggetto. Un esempio è la linea guida di N. Poli et al. (Allegato 3).

Procedura per il posizionamento ed il monitoraggio delle contenzioni fisiche di N.Poli et al.:

- *Identificazione delle persone che necessitano di contenzione per l'adesione al trattamento*

Si effettua tramite raccolta dati all'ingresso per ogni persona assistita, valutazione dello stato di coscienza della persona, valutazione del grado di collaborazione tramite colloquio e valutazione d'équipe sulla reale necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione.

- *Informare la persona e i suoi familiari*

Si effettua tramite la spiegazione circa l'importante e la necessità dell'esecuzione della terapia, rassicurando il soggetto e informandolo che la contenzione verrà rimossa al termine della terapia

- *Ratifica dell'uso del mezzo di contenzione nella documentazione clinica della persona assistita*

Si effettua tramite prescrizione medica sul diario clinico, annotazione sul diario infermieristico e compilazione della scheda infermieristica

- *Utilizzo del mezzo di contenzione adeguato*

Come già spiegato in precedenza, vi sono svariati mezzi contenitivi. Ne citiamo alcuni:

- Bracciale di contenzione: solitamente in poliuretano e rivestiti di materiali morbidi e traspiranti. Presentano delle chiusure a velcro oppure robuste cinghie di fissaggio con fibbie. Vengono spesso utilizzate in caso di emergenza e in caso di auto/etero lesionismo.

- Spondine per il letto: possono essere a scatto e già presenti nel letto di degenza oppure asportabili dal personale. Non devono essere utilizzate nel caso in cui vi sia una possibilità che il soggetto riesca a scavalcarle.
- Fascia per carrozzina: è costituita da un cuscinetto imbottito, morbido ed è solitamente rivestito da materiale traspirante. Presenta delle cinghie di ancoraggio per consentire il fissaggio alla carrozzina o alla poltrona. Data la loro leggerezza, è sconsigliato l'utilizzo nelle normali sedie poiché l'assistito potrebbe alzarsi e trascinare con sé la sedia.
- Fascia pelvica: è costituita da una mutanda in cotone, o in silicone, con l'aggiunta di cinghie e fibbie di chiusura. Anch'essa viene utilizzata per sedie o carrozzine. La fascia ha lo scopo di prevenire anche la postura scorretta. Esistono delle varianti in cui possono essere presenti divaricatori inguinali, fasce antiscivolamento, corsetto con bretelle e corsetto con cintura pelvica
- Tavolino per carrozzina: è di facile applicazione e fissaggio tramite una rotaia scorrevole e viti poste sotto i braccioli della carrozzina. Serve ad impedire lo sporgersi in avanti e, inoltre, permette anche l'utilizzo del piano d'appoggio per eventuale attività
- Fasce di sicurezza per il letto: sono solitamente costituite da una fascia imbottita applicata alla vita della persona e fissata nel letto mediante cinghie di ancoraggio. Consentono la libertà di movimento permettendo la postura laterale e seduta.

Nella medesima Linea Guida, viene spiegato anche il posizionamento del mezzo di contenzione nella maniera adeguata.

In caso di:

- Bracciale: avvolgere il bracciale al polso dell'assistito in modo che non sia troppo stretto, fissarlo al letto in modo che l'assistito abbia un limitato grado di movimento
- Spondine: applicarle al letto assicurandosi che siano fissate correttamente.

La Linea Guida continua poi con la spiegazione del monitoraggio che prevede un controllo ogni trenta minuti del corretto posizionamento del mezzo di contenzione, valutare ogni 3 – 4 ore l'insorgenza di effetti dannosi direttamente attribuibili alla

contenzione. La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive salvo che non lo richiedano le condizioni del soggetto. Durante il periodo di contenzione, garantire all'individuo la possibilità di movimento e di esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte. Il comfort e la sicurezza del malato sono entrambi da perseguire durante il periodo di contenzione. Al termine del trattamento, rimuovere il mezzo contenitivo. (Poli, N., & Rossetti, A. (2001)).

A seguito della ricerca in letteratura sono state identificate sette categorie di intervento semplice: Formazione del personale, Organizzazione, Valutazione del rischio, Ambiente, *Debriefing*, Psicoterapia, Direttive anticipate. I programmi di intervento complessi per evitare le misure coercitive, che incorporano elementi di più di una delle categorie elencate precedentemente, sembrano essere particolarmente efficaci.

2.7. Riduzione della contenzione fisica

Al fine di ridurre il ricorso della contenzione fisica, è necessario attuare una rivalutazione della pratica stessa. Per fare ciò, però, vi è bisogno di un cambiamento non indifferente per quanto riguarda la cultura, l'organizzazione e la professione. In letteratura sono riportati alcuni esempi di assistenza senza contenzione soprattutto nelle realtà assistenziali ma meno nei servizi per acuti. Questi studi hanno dimostrato l'efficacia della riduzione della contenzione se messa in relazione ad attività multidisciplinari. (Zanetti E., Castaldo A, & Gobbi P, 2009)

L'ex Ministero della Salute, Roberto Speranza, nel giugno del 2021 ha richiesto di approfondire il tema della contenzione sulla base delle evidenze empiriche e scientifiche considerando la letteratura nazionale ed internazionale, con il fine di formulare raccomandazioni operative che impegnino tutti i livelli istituzionali nella prevenzione della contenzione e al suo superamento entro il 2023 (Speranza, 2021). Affinché ciò avvenga bisognerà informare, innanzitutto, i familiari e gli operatori sanitari sui rischi dell'uso delle contenzioni e valutare ogni singolo caso per poter personalizzare gli interventi assistenziali.

Su questo fronte l'OMS, nell'ottobre del 2022, ha prodotto un nuovo Rapporto Mondiale dedicato alla salute mentale incentrandosi nel suo riconoscimento come componente essenziale della salute e sanità pubblica. In questo rapporto viene sottolineato come in troppi paesi l'organizzazione dei servizi è ancora concepita in modo da non facilitare la

promozione e la difesa dei diritti ma, al contrario, favorirne la violazione tramite la presenza di grandi manicomi, istituti di assistenza sociale con condizioni di vita precarie, con assistenza clinica inadeguata e frequenti violazioni dei diritti umani. (Saraceno, 2022)

CAPITOLO III

RIFERIMENTI NORMATIVI

3.1. Riferimenti normativi

L'uso improprio della contenzione non solo può provocare gravi danni alla persona ma può anche portare l'operatore sanitario a conseguenze giuridiche e soprattutto penali. Il primo articolo a cui ogni professionista della salute deve fare riferimento è l'Art. 32 della Costituzione Italiana che cita: *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività [...] nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*.

Gli Art. 12 e 13 affermano che un trattamento sanitario deve essere sempre incentrato sul rispetto della dignità e della libertà della persona. Sempre facendo riferimento alla Costituzione Italiana, citiamo l'Art. 111 che afferma *“tutti i provvedimenti giurisdizionali devono essere motivati”*.

Il Regio Decreto del 16/08/1909 n°615 attesta che: *“Nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso dei detti mezzi rende possibile coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria [...]”* senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice penale. Tale norma è decaduta contestualmente alla chiusura dei manicomi successivamente alla “Legge Basaglia”.

La legge del 13/05/1978 n° 180, detta anche Legge Basaglia che in seguito verrà incorporata nella legge del 23/12/1978 n° 833 conosciuta come Riforma Sanitaria o di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, afferma che: *“In riferimento ai mezzi di contenzione tale legge stabilisce all' Art. 1 che “nei casi di cui alla prevista Legge e quelli espressamente previsti da Leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione. Si sottolinea che tali trattamenti non “riguardano solo i malati di mente ma anche malati di altro genere [...]”*.

A dare supporto abbiamo l'Art. 517 del Codice penale (2021) afferma che chiunque abusi dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta a sua autorità è punito se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo e nella mente con la reclusione fino a sei mesi e dai tre agli otto anni se da tale correzione ne deriva la morte. Sempre facendo appello al Codice penale si deve citare l'Art. 605 riguardante il sequestro di persona. Altri articoli che possono essere citati dal Codice penale sono l'Art. 610 riguardante la violenza privata e gli Art. 571 – 572 afferente al reato di maltrattamento. Tuttavia, se si riesce a dimostrare lo stato di necessità, si può far ricorso all'Art.54 del Codice Penale (2021) che afferma che 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 alle persone, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre se il fatto sia proporzionato al pericolo. Gli elementi portanti dello stato di necessità sono:

- a) Il pericolo attuale di un danno grave alla persona
- b) Le inevitabilità altrimenti del pericolo
- c) La proporzionalità del fatto

La minaccia deve essere attuale e cioè da considerarsi inammissibile l'applicazione della contenzione in precauzionale sulla base della *“astratta possibilità o anche mera probabilità di un danno grave alla persona”*. È necessario verificare i fattori oggettivi, che devono essere annotati *“modo puntuale e dettagliato”*. Inoltre, la valutazione della realtà della minaccia deve avvenire nel tempo e richiede quindi un monitoraggio continuo dell'assistito e relativa conferma di tale monitoraggio nell'anamnesi.

L'inevitabilità altrimenti del pericolo sussiste quando *“non vi sia la possibilità di salvaguardare la salute del degente con strumenti alternativi, la cui valutazione di idoneità è rimessa al prudente apprezzamento del medico”*.

Il requisito della proporzionalità della situazione rientra tra le modalità di applicazione della prescrizione *“essendo evidente che, per la sua estrema invasività, tale presidio deve essere applicato, oltre che nei limiti dello stretto necessario, verificando, anche in conseguenza dell'evoluzione clinica, se sia sufficiente il blocco solo di alcuni arti o se il pericolo di pregiudizio sia tale da imporre il blocco ad entrambi i polsi e caviglie”*. Anche queste valutazioni dovranno essere valutate dal medico e motivate in cartella clinica.

Fuori da questi elementi la contenzione è illecita e il medico e il personale sanitario che la applicano, prescindendone, *“sottopongono l’assistito a una illegittima privazione della libertà personale”*

L’ Art 35. Del Codice Deontologico (2019) afferma che: *“L’Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall’equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l’attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita”*. L’Art. 33 Del Codice Deontologico del 2009 afferma: *“Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all’autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell’assistito”*. Il Codice Deontologico stesso ci dice, quindi, che l’atto di contenere deve essere usata solamente se si presentano situazioni in cui l’assistito possa provocare danni a sé stesso o ad altri. Un altro riferimento normativo lo troviamo nel Profilo Professionale dell’infermiere dove, all’Art. 1, si cita: *“l’infermiere è un operatore sanitario che [...] è responsabile dell’assistenza e che è sua responsabilità “curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell’individuo”*.

Nel 2010 tutte le Regioni hanno approvato un documento che delinea possibili strategie di prevenzione sulla *“Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”* ma non è un vero e proprio protocollo.

Nel giugno 2021, l’ex Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha redatto un testo in cui si evince l’obiettivo di approfondire il tema delle contenzioni fisiche, tramite evidenze empiriche e scientifiche, e il superamento di esse entro il 2023. Il seguente testo si conclude con sette raccomandazioni emanate dalla conferenza delle regioni e delle province autonome del 2010:

- Monitoraggio a livello regionale delle contenzioni;

- Monitoraggio dei comportamenti violenti nei luoghi di cura per acuti;
- Promozione della formazione di tutti i soggetti coinvolti, sanitari e no, per favorire pratiche appropriate di gestione delle situazioni a rischio che siano in grado di arrestare i fenomeni di escalation;
- Definizione e garanzia di standard di struttura e processo per la salute mentale;
- Valutazione dell'impatto di informazione, formazione ed appropriatezza organizzativa sul miglioramento della qualità dell'assistenza;
- Promozione di pratiche di verifica e miglioramento della qualità relativamente alla gestione delle situazioni di crisi;
- Trasparenza dei servizi in cui si trattano di casi acuti, attraverso il coinvolgimento di associazioni di utenti, di familiari e degli uffici deputati alla difesa dei diritti dei cittadini.

CAPITOLO IV

RICERCA BIBLIOGRAFICA

3.1. Obiettivo della ricerca bibliografica

Preliminarmente allo studio osservazionale trasversale multicentrico, è stata condotta una revisione della letteratura tramite la consultazione di articoli con lo scopo di capire le motivazioni, le conseguenze, la ripetitività e la durata di utilizzo della contenzione all'interno del territorio italiano e all'estero.

3.2. Materiali e metodi per la ricerca bibliografica

È stata condotta una ricerca bibliografica e sitografica esplorativa considerando gli articoli pubblicati negli ultimi 20 anni, preferibilmente, nelle principali banche dati biomediche come Pubmed e tramite ricerca libera utilizzando il motore di ricerca Google Scholar per andare a individuare il materiale riguardante le contenzioni fisiche in generale, le conoscenze degli infermieri in relazione a questa pratica, la percezione degli infermieri che si rapportano direttamente con questa tecnica contenitiva e prendere nota delle emozioni che ci sono in gioco.

Il quesito di ricerca PICO formulato ai fini della revisione della letteratura è stato il seguente:

P: Infermieri;

I: Formazione sul tema delle contenzioni fisiche;

C: /

O: Impatto di interventi formativi.

Le stringhe principali utilizzate per la banca dati PubMed sono le seguenti:

1. (((("Nursing"[Mesh]) OR ("Students, Health Occupations"[Mesh])) OR ("Nurse-Patient Relations"[Mesh])) OR ("Nurses"[Mesh])) AND ("Restraint, Physical"[Mesh]);
2. (((("Ethics"[Mesh]) OR "Emotions"[Mesh]) OR "Jurisprudence"[Mesh]) AND (nurs*)) AND (("physical restraint") OR (coercion))

Gli articoli reperiti sulle banche dati sopra menzionate per ottenere informazioni relative a:

- Panoramica sulle contenzioni fisiche;
- Strumenti disponibili per valutare percezione e conoscenze degli infermieri sul tema della contenzione fisica.

La revisione ha permesso di individuare una scala, il Self Administered Structured Questionnaire, proposta da Janelli nel 1992 (Gaeta A., Ferrara P., Destrebecq A., & Terzani S., 2019), validata e utilizzata successivamente in vari contesti (Azab et al., 2013); (Khalil AI et al., 2017) e recentemente sottoposta a processo di validazione anche nel panorama italiano mostrando soddisfacenti doti psicometriche.

3.3 Risultati della ricerca bibliografica

Uno studio condotto nel territorio toscano, effettuato per valutare la totalità degli assistiti sottoposti a contenzione fisica e la durata di tale contenzione in un periodo di cinque anni, dal 2011 al 2015, ci mostra che la media degli assistiti contenuti è di 8,2 tenendo conto che sono stati effettuati, in media, 330 ricoveri all'anno. Dallo studio è sorto anche che la durata media della contenzione fisica, in totale, è di 272. (Jessica, 2017)

In un ulteriore studio multicentrico di prevalenza condotto dai Collegi IPASVI di Aosta, Brescia e Milano – Lodi – Monza e Brianza è sorto che nel periodo di osservazione, giugno 2010, su un totale di 2808 soggetti ricoverati in U.O ospedaliere e di 70 in RSA, il 15,8% dei degenti nelle diverse unità operative ospedaliere e il 68,7% dei residenti nelle RSA sono stati sottoposti a contenzione fisica. La motivazione che portavano all'utilizzo dei mezzi di contenzione era principalmente la prevenzione delle cadute e il mezzo contenitivo utilizzato erano le spondine al letto nel 75,2% dei casi all'interno degli ospedali, e il 60% dei casi all'interno delle RSA. (Zanetti, et al., 2012) Altre cause che potrebbero portare alla decisione di ricorrere all'utilizzo di mezzi contenitivi sono la presenza di deficit cognitivi, l'età avanzata e la dipendenza dovuta all'inabilità ad eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana

Ancora, secondo uno studio effettuato dal Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e dalla Divisione di Geriatria Ospedale del Felettino Azienda USL 5 di La Spezia, in Italia, il ricorso ai mezzi di contenzione varia dal 41.7% dell'Emilia-Romagna al 17.5% dell'Abruzzo, al 25% del Veneto. (Costantini, S. 1996)

Secondo una ricerca condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità, presso un campione di SPDC sull'intero territorio nazionale, nel 60% dei casi le strutture facevano ricorso a pratiche di contenzione meccanica. (Ministri, 2015)

Uno studio – pilota, condotto presso l'Ospedale San Raffaele di Milano, ha evidenziato che l'80% degli infermieri intervistati si è ritrovato nella condizione di applicare mezzi di contenzione fisica, quali spondine per letto intere (29%), cintura per sedie (22%), bracciali ai polsi o alle caviglie (15%), durante l'assistenza infermieristica. Le situazioni cliniche più frequenti sono legate al disorientamento nel tempo e nello spazio (31%), alla prevenzione delle cadute (27%), al trasporto in barella (24%). (Poli N. & Rossetti Anna M.L., 2001)

In linea generale, in Italia si stima che il ricorso ai mezzi di contenzione, nei settori psichiatrici e geriatrici, abbia una percentuale che varia dal 20 al 50% dei casi, appartenenti a reparti psichiatrici e geriatrici (Poli et al., 2001), mentre all'interno delle RSA è del 68.7%. (Zanetti et al., 2012)

Dando uno sguardo anche al resto del mondo, i dati riportati mostrano che l'utilizzo di mezzi di contenzione risulta compreso tra il 4% e il 22% per gli assistiti ricoverati in ospedali, (De Vries OJ, Ligthart GJ, & Nikolaus T, 2004) (Minnick AF, 1998), aumentando fino al 68% se si considerano anche le spondine per il letto e fino al 100% per gli individui ricoverati in terapia intensiva. (Benbenbishty J, 2010).

Uno studio mediorientale, effettuato su 2163 assistiti 281 individui che sono stati inclusi nello studio e 67 di essi sono stati contenuti all'interno di reparti di medicina, 7 di essi all'interno di reparti di chirurgia e 6 di essi all'interno di reparti di terapia intensiva. Alla luce di questi dati, lo studio è andato ad individuare anche la prevalenza del numero di contenzioni in base al turno di lavoro all'interno dei reparti di medici e si è visto che nel turno di notte vi è una prevalenza di circa 1,6 volte in più rispetto alla mattina. (Raguano B, Wolfvovitz E, & Gil E, 2015)

Data la moltitudine di dati che confermano l'ampio e diffuso utilizzo della contenzione, Gastmans C. e Milisen K. hanno effettuato uno studio per vedere cosa comporta, all'infermiere, effettuare una coercizione coatta. Si è visto che nel personale infermieristico, ricorrere alla contenzione comporta a conflitti etici e sentimenti

ambivalenti quali insicurezza, senso di impotenza e disagio causato dalla violazione dei diritti dell'assistito, alla libertà e all'autonomia. (Gastmans C. & Milsen K., 2014). In Italia si è visto che in 227 infermieri, appartenenti ai reparti di degenza, il 52.9% del campione prova disagio nell'applicare gli strumenti di contenzione poiché provocano difficoltà relazionali con l'assistito e i suoi familiari. (Degan M. I., 2004)

3.4 Conclusioni della ricerca bibliografica

Dallo ricerca bibliografica possiamo affermare che l'utilizzo della contenzione è ampiamente diffusa nelle realtà assistenziali sia nel territorio italiano che in quello estero. Successivamente, da questi dati, si può intuire che il mezzo di contenzione non viene usato come fine ultimo, ma come soluzione in molte situazioni tralasciando tutte le varie alternative che si possono usare per ridurre l'utilizzo di questi mezzi. La contenzione fisica, ribadiamo, dovrebbe essere usata in via del tutto eccezionale, solamente per brevi periodi di tempo, e solo l'impiego di misure alternative non ha raggiunto i risultati attesi. La decisione di ricorrere alla contenzione comporta delle conseguenze all'assistito quanto all'infermiere che la pratica portandolo a conflitti etici e a sentimenti ambivalenti. Al fine di diminuire l'utilizzo di tale atto, dovrebbero essere implementati corsi di formazione riguardanti attività alternative.

CAPITOLO V

LO STUDIO

5.1. Obiettivi dello studio

Dalla ricerca bibliografica effettuata preliminarmente è stato riscontrato che, nello stato attuale, in Italia vi sono poche conoscenze e informazioni su quali siano le conoscenze e le percezioni degli infermieri in ambito di contenzioni psichiatriche. Tale studio ha lo scopo di andare ad indagare le sensazioni e le informazioni degli infermieri che lavorano nelle diverse realtà assistenziali all'interno della Salute Mentale, circa questa pratica ampiamente utilizzata.

5.2. Materiali e metodi

Per lo studio è stata utilizzata una versione italiana del questionario, Self Administered Structured Questionnaire, di Janelli et. al (1992), sottoposta a convalidazione e utilizzata successivamente sia nel panorama italiano che in quello estero. (Azab et al., 2013); (Khalil AI et al., 2017)

5.2.1. Disegno dello studio

Studio osservazionale trasversale.

In seguito si riporta il PICO:

P: infermieri che lavorano all'interno dell'ambito della Salute Mentale appartenenti alle AST della Regione Marche

I: Conoscenza degli infermieri

C: /

O: indagare le conoscenze e le percezioni degli infermieri riguardo all'ambito delle contenzioni psichiatriche

M: Somministrazione questionario per via telematica

5.2.2 Popolazione

Questo studio è stato condotto sugli infermieri appartenenti alle AST della Regione Marche che lavorano nell'ambito della Salute Mentale (CSM, SPDC, Strutture riabilitative residenziali e diurne).

5.2.3. *Il questionario*

Il questionario (allegato 4) è stato somministrato, per via telematica tramite la piattaforma “zohopublic.eu”, agli operatori sanitari che lavorano nell’ambito della Salute Mentale all’interno delle AST della regione Marche, i quali hanno risposto in forma del tutto anonima. Lo studio è stato condotto previo ottenimento dell’autorizzazione del Direttore dell’Asur e da parte della Direzione delle Aree Vaste. Tutti i partecipanti hanno espresso il loro esplicito consenso informato a partecipare allo studio.

Le 48 domande presenti sono state suddivise in quattro gruppi. È presente una prima parte generale composta da sesso, età, tipo di laurea e anni lavorativi complessivi, anni lavorativi nell’attuale servizio o UO, settore di appartenenza e azienda di appartenenza. Viene chiesto anche se si ha ricevuto un corso di formazione sulle manovre di contenzione e sulle tecniche di *deescalation*. Il questionario è composto anche da tre domini denominati, rispettivamente, Dominio 1, Dominio 2 e Dominio 3.

Il dominio 1 (15 domande) riguarda le conoscenze dell’infermiere riguardo l’uso delle contenzioni fisiche ed è composto da domande dicotomiche con risposta “vero” oppure “falso”.

Il dominio 2 (11 domande) tratta le attitudini degli operatori riguardo l’uso delle contenzioni fisiche e viene valutata tramite una scala di gradimento tramite le formule “d’accordo”, “disaccordo” o “indeciso”.

Il dominio 3 (14 domande) si riferisce alla pratica quotidiana e, anche in questo caso, sono state somministrate domande di frequenza la cui risposta era “sempre”, “a volte” e “mai”.

Lo strumento di Janelli et al. (1992) prevedeva originariamente una quinta parte composta da una serie di domande riferite all’utilizzo della contenzione fisica nell’ultimo mese, il rapporto infermiere/assistito e le alternative spesso adottate: questa parte non è stata utilizzata in quanto vengono prese diverse realtà assistenziali molto differenti tra loro. Inoltre, in alcune di esse, il *turn – over* degli assistiti avviene frequentemente, ad esempio nei centri diurni, perciò poteva essere resa difficile la risposta.

5.2.4 *Analisi statistica*

Le variabili quantitative saranno descritte come medie e deviazioni standard se normalmente distribuite, mediana e quartili altrimenti. Le differenze tra le risposte fornite

dai compilatori in base alle differenti caratteristiche saranno valutate con il test del chi – quadrato, trattandosi di variabili nominali. Per tutte le analisi la soglia di significatività sarà fissata al 5% ($\alpha = 0.05$).

5.2.5. Durata dello studio

Il questionario è rimasto online dal 16 ottobre 2022 al 16 marzo 2023 per una durata complessiva di cinque mesi.

5.2.6 Limiti dello studio

I limiti dello studio vengono rappresentati dalla ridotta diffusione del questionario, dalla quantità di infermieri che hanno deciso di sottoporsi al progetto e, di conseguenza, dal numero di dati che sono stati raccolti. Si auspica che questo studio fornisca uno spunto e sia un punto di partenza per approfondimenti futuri.

5.2.7. Aspetti etici

Le risposte saranno trattate garantendo la non identificazione dei compilatori. I dati verranno utilizzati soltanto in forma anonima, aggregata e per fini istituzionali o di ricerca senza alcun confronto tra le diverse realtà assistenziali. Lo studio sarà condotto in conformità alle direttive della dichiarazione di Helsinki e in ottemperanza alla normativa vigente in materia di privacy.

5.3. Risultati dello studio

Allo studio hanno partecipato 41 infermieri provenienti dalle ex Aree Vaste 1, 2, 4 e 5 appartenenti alla Regione Marche che lavorano nel settore della Salute Mentale. Tra gli infermieri partecipanti, 8 (20%) provengono dall'Area Vasta 1, 12 (30%) dall'Area Vasta 2, 7 (15%) dall'Area Vasta 4 e, infine, 14 (35%) dall'Area Vasta 5 (Allegato 5). Il titolo maggiormente rappresentato è il Diploma di Laurea Triennale ($n=20$), seguito dal conseguimento di Titoli equipollenti alla Laurea Triennale ($n=18$) e, infine, il Diploma di Laurea Magistrale ($n=3$).

Per quanto riguarda l'età dei partecipanti, 5 (10%) di loro ha un'età minore di trent'anni, 5 (13%) rientrano nella fascia trentuno – quaranta anni, 13 (32%) appartengono alla fascia quarantuno – cinquanta anni e i restanti 18 (44%) hanno più di cinquanta anni (Allegato 6).

Sono state messe in relazione la quantità complessiva degli errori con l'appartenenza a una fascia d'età ed è sorto che la categoria di età inferiore a trenta anni ha commesso 11

errori, la classe 31 – 40 ne ha commessi 15, il gruppo 41 – 50 ne ha commessi 43 e la categoria over 50 ne ha commessi 57.

Agli infermieri è stato chiesto se avessero eseguito un corso di formazione sull'applicazione delle contenzioni e sull'utilizzo delle tecniche di *deescalation*. Dalle risposte è sorto che 31 di loro hanno ricevuto un corso di formazione sull'applicazione delle contenzioni fisiche (Allegato 7), 26 sull'utilizzo delle tecniche di *deescalation* (Allegato 8), 24 hanno avuto la possibilità di partecipare ad entrambi i corsi, mentre 8 non hanno ricevuto nessuna formazione aggiuntiva post laurea.

Nel Dominio 1 sono state visionate le conoscenze dei partecipanti sulla contenzione fisica e sul loro utilizzo. I dati relativi a questo dominio sono stati raccolti all'interno della Tabella 1.

Nel Dominio 2 si è proceduto con l'analisi delle risposte relative all'area delle attitudini del campione in merito all'utilizzo delle contenzioni fisiche durante la pratica clinica. La tabella 2 riporta la percentuale di accordo del campione con ogni situazione presentata.

La tabella 3, relativa alle risposte del Dominio 3, compendia le opinioni fornite dal campione relativamente alla frequenza con cui i vari comportamenti sono messi in pratica durante l'esperienza clinica.

5.4. Discussione

Per la prima parte è stato eseguito un test chi – quadro per vedere se esistesse una relazione tra l'età e il numero di risposte date ad ogni Dominio. Per fare ciò sono state prima sommate tutte le risposte corrette date da ogni fascia di età e successivamente sono state sommate tutte le risposte errate date da ogni categoria.

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Età – Dominio 1</i>			
	Corretto	Errato	<i>Totale riga</i>
< 30	45 (43,05) [0,09]	11 (12,95) [0,29]	56
31 – 40	68 (63,81) [0,27]	15 (19,19) [0,91]	83
41 – 50	125 (129,16) [0,13]	43 (38,84) [0,45]	168
>50	181 (182,98) [0,02]	57 (55,02) [0,07]	238
<i>Totale colonna</i>	419	126	545 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 1: test χ^2 età – Dominio 1

La statistica chi-quadrato è 2,242. Il valore p è 0.523727.

Il risultato non è significativo per $p < 0.05$.

Per quanto riguarda la relazione età – Dominio 2:

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Età – Dominio 2</i>				
	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	<i>Totale riga</i>
>50	134 (128,27) [0,26]	21 (27,12) [1,38]	43 (42,61) [0,00]	198
41 – 50	84 (90,70) [0,49]	24 (19,17) [1,21]	32 (30,13) [0,12]	140
31 – 40	32 (35,63) [0,37]	8 (7,53) [0,03]	15 (11,84) [0,85]	55
< 30	48 (43,40) [0,49]	10 (9,18) [0,07]	9 (14,42) [2,04]	67
<i>Totali colonna</i>	298	63	99	460 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 2: test χ^2 età – Dominio 2

La statistica chi-quadrato è 7,3062. Il valore p è 0.293455.

Il risultato non è significativo per $p < 0.05$.

Nella Figura 3 possiamo trovare lo studio riguardante la relazione tra l'età dei partecipanti e gli aspetti della pratica clinica considerati globalmente.

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Età – Domino 3</i>				
	Sempre	A volte	Mai	<i>Totali riga</i>
>50	186 (185,14) [0,00]	42 (43,13) [0,03]	19 (18,73) [0,00]	247
41 – 50	130 (136,42) [0,30]	36 (31,78) [0,56]	16 (13,80) [0,35]	182
31 – 40	56 (52,47) [0,24]	9 (12,22) [0,85]	5 (5,31) [0,02]	70
<30	53 (50,97) [0,08]	12 (11,87) [0,00]	3 (5,16) [0,90]	68
<i>Totali colonna</i>	425	99	43	567 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 3: test χ^2 età – Dominio 2

La statistica chi-quadro è 3,3397. Il valore p è 0.765163.

Il risultato non è significativo per $p < 0.05$

Siccome il suddetto test non ha portato a valori statisticamente significativi, si è provato a eseguire lo stesso test andando a considerare il titolo di studio dei partecipanti e la quantità delle risposte date complessivamente da ogni categoria.

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Titolo di studio – Dominio 1</i>			
	Corretto	Errato	<i>Totale riga</i>
Magistrale	33 (29,07) [0,53]	9 (12,93) [1,19]	42
Titoli equipollenti	174 (174,43) [0,00]	78 (77,57) [0,00]	252
Triennale	200 (203,50) [0,06]	94 (90,50) [0,14]	294
<i>Totale colonna</i>	407	181	588 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 4: test χ^2 Titolo di studio – Dominio 1

La statistica chi-quadrato è 1,9236. Il valore p è 0.382199.

Il risultato non è significativo per $p < 0.05$

$$\chi^2 (2, N=588) = 1.9236, p = 0,382199$$

Lo stesso studio è stato eseguito anche per il Dominio 2. Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Titolo di studio – Dominio 2</i>				
	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	<i>Totali righe</i>
Magistrale	27 (21,21) [1,58]	4 (4,50) [0,06]	2 (7,29) [3,83]	33
Equipollente	132 (127,29) [0,17]	18 (27,00) [3,00]	48 (43,71) [0,42]	198
Triennale	138 (148,50) [0,74]	41 (31,50) [2,87]	52 (51,00) [0,02]	231
<i>Totale colonna</i>	297	63	102	462 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 5: test χ^2 Titolo di studio – Dominio 2

La statistica chi-quadro è 12,6901. Il valore p è 0.012894.

Il risultato è significativo a $p < 0.05$.

Per quanto riguarda la relazione che intercorre tra il titolo di studio e il Dominio 3, si è sorto a questo risultato.

<i>Risultati Titolo di studio – Dominio 3</i>				
	A volte	Sempre	Mai	<i>Totali riga</i>
Magistrale	3 (7,357) [2,58]	39 (31,5) [1,786]	0 (3,14) [3,143]	42
Equipollente	34 (44,143) [2,331]	194 (189) [0,132]	24 (18,9) [1,403]	252
Triennale	66 (51,5) [4,083]	208 (220,5) [0,709]	20 (22) [0,182]	294
<i>Totale colonna</i>	103	441	44	588 <i>(totale complessivo)</i>

Figura 6: test χ^2 Titolo di studio – Dominio 3

La statistica chi-quadrato è 16,3. Il valore p è 0,0026.

Il risultato è significativo per $p < 0.05$

È stato visto, inoltre, se esistesse una relazione statisticamente significativa tra la partecipazione a corsi di formazione in merito alle modalità di applicazione della contenzione fisica e le Aree Vaste. In seguito si riportano i risultati.

<i>Risultati Corso di formazione contenzione – Area Vasta</i>			
	Si	No	<i>Totali riga</i>
Area Vasta 1	6 (5,90) [0,00]	2 (2,10) [0,00]	8
Area Vasta 2	8 (8,86) [0,08]	4 (3,14) [0,23]	12
Area Vasta 4	5 (5,17) [0,01]	2 (1,83) [0,02]	7
Area Vasta 5	12 (11,07) [0,08]	3 (3,93) [0,22]	15
<i>Totale colonna</i>	31	11	42 (<i>totale complessivo</i>)

Figura 7: test χ^2 corso di formazione contenzione – Area Vasta

La statistica chi-quadrato è 0,6405. Il valore p è 0.887109.

Il risultato non è significativo a $p < 0.05$.

Allo stesso modo, si è ricercata una correlazione tra la partecipazione al corso di formazione in merito alle tecniche di *descalation* e le Aree Vaste.

<i>Risultati Corso di formazione descaltation – Area Vasta</i>			
	Si	No	<i>Totali riga</i>
Area Vasta 1	6 (4,88) [0,26]	2 (3,12) [0,40]	8
Area Vasta 2	6 (7,32) [0,24]	6 (4,68) [0,37]	12
Area Vasta 4	3 (4,27) [0,38]	4 (2,73) [0,59]	7
Area Vasta5	10 (8,54) [0,25]	4 (5,46) [0,39]	14
<i>Totali colonna</i>	25	16	41 (<i>totale complessivo</i>)

Figura 8: test χ^2 corso di formazione descaltation – Area Vasta

La statistica chi-quadrato è 2,8773. Il valore p è 0.410929.

Il risultato non è significativo per $p < 0.05$.

In ogni Dominio è stato eseguito il test del chi – quadro e, analizzando le risposte, sono state ricavate la Media, la Moda, la Mediana, la Deviazione standard e la Varianza campionaria.

5.4.1 Discussione Dominio 1

I risultati del Dominio 1 evidenziano problematiche legate alla domanda 3: “*In emergenza, un infermiere può contenere un assistito senza prescrizione medica*”, dove solo il 41% dei partecipanti ha risposto correttamente, e al quesito 14: “*Gli assistiti*

ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica”, dove hanno risposto correttamente il 51% dei totali. La domanda 9 mette in rilievo come, secondo molti infermieri, non vi siano delle valide alternative rispetto all’utilizzo delle contenzioni (Allegato 9).

Al fine di facilitare lo studio statistico è stata creata una Tabella Pivot.

Valori		
Azienda di appartenenza	Somma di Numero corretti totale	Somma di Numero scorretti totale
Area Vasta 1	74	38
Area Vasta 2	132	50
Area Vasta 4	71	27
Area Vasta 5	130	66
Totale complessivo	407	181

Figura 8: Tabella Pivot Dominio 1

In tale dominio è stato, inoltre, eseguito il test del χ^2 mettendo in relazione le Aree Vaste e la quantità di risposte corrette ed errate che sono state date complessivamente (Figura 1).

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

Risultati Dominio 1			
	Corretto	Errato	Totali riga
Area Vasta 1	74 (77,52) [0,16]	38 (34,48) [0,36]	112
Area Vasta 2	132 (125,98) [0,29]	50 (56,02) [0,65]	182
Area Vasta 4	71 (67,83) [0,15]	27 (30,17) [0,33]	98
Area Vasta 5	130 (135,67) [0,24]	66 (60,33) [0,53]	196
Totali colonne	407	181	588 (totale complessivo)

Figura 9: Risultati test χ^2 Dominio 1

La statistica chi-quadro è 2,7052. Il valore p è .439338.

$$\chi^2 (3, N=588) = 2,7052, p = 0,439338.$$

Il risultato non è significativo a $p < 0.05$.

Nella Tabella 4 si possono vedere la quantità di risposte corrette e errate date da ogni membro che ha partecipato allo studio. Sulla base di questi dati sono state calcolate la Media, la Mediana, la Deviazione standard e la Varianza campionaria prima delle risposte che sono state date correttamente e poi sulle risposte errate. È stato tenuto in considerazione un Livello di confidenza pari al 95%.

	Corretto		Errato
Media	9,69	Media	4,31
Mediana	10,00	Mediana	4,00
Moda	10,00	Moda	4,00
Deviazione standard	1,39	Deviazione standard	1,39
Varianza campionaria	1,93	Varianza campionaria	1,93
Livello di confidenza (95,0%)	0,43	Livello di confidenza (95,0%)	0,43

Figura 10: Moda, Mediana, Deviazione standard, Varianza campionaria Dominio 1

5.4.2 Discussione Dominio 2

Nel Dominio 2 (Tabella 2) viene messo in luce come gli infermieri si immedesimino nell'assistito durante l'atto della contenzione, riconoscendo la perdita della dignità del degente e l'importanza d'informazione al malato e alla famiglia, malgrado la maggior parte di loro non si senta in colpa durante l'applicazione delle contenzioni stesse. Condannano, inoltre, la carenza di personale come motivazione all'utilizzo della coercizione forzata e promuovono la possibilità di potersi rifiutare a contenere un assistito tramite la propria obiezione di coscienza. Al contrario, secondo la maggioranza, la famiglia e il malato non possono opporsi nel ricevere una costrizione coatta.

Al fine di facilitare lo studio statistico è stata creata una Tabella Pivot.

Azienda di appartenenza	Valori		
	D'accordo	In disaccordo	Indeciso
Area Vasta 1	56	12	20
Area Vasta 2	101	31	11
Area Vasta 4	37	26	14
Area Vasta 5	103	33	18
Totale complessivo	297	102	63

Figura 11: Tabella Pivot Dominio 2

In tale dominio è stato, inoltre, eseguito il test del χ^2 mettendo in relazione le Aree Vaste e la tipologia di risposte che sono state date complessivamente (Figura 2).

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Dominio 2</i>				
	D'accordo	Indeciso	In disaccordo	<i>Totali righe</i>
Area Vasta 1	56 (56,57) [0,01]	20 (12,00) [5,33]	12 (19,43) [2,84]	88
Area Vasta 2	101 (91,93) [0,90]	11 (19,50) [3,71]	31 (31,57) [0,01]	143
Area Vasta 4	37 (49,50) [3,16]	14 (10,50) [1,17]	26 (17,00) [4,76]	77
Area Vasta 5	103 (99,00) [0,16]	18 (21,00) [0,43]	33 (34,00) [0,02]	154
<i>Totali colonne</i>	297	63	102	462 (<i>totale complessivo</i>)

Figura 12: Risultati test χ^2 Dominio 2

La statistica chi-quadrato è 22,4976. Il valore p è 0,000983.

$$\chi^2 (6, N=462) = 22,49, p = 0,000983.$$

Il risultato è significativo a $p < 0.05$.

Nella Tabella 5 si possono vedere le risposte che sono state date da ogni membro che ha partecipato allo studio. Sulla base di questi dati sono state calcolate la Media, la Mediana, la Deviazione standard e la Varianza campionaria per ogni tipologia di risposta. È stato tenuto in considerazione un Livello di confidenza pari al 95%.

<i>D'accordo</i>	<i>Valore</i>	<i>In disaccordo</i>	<i>Valore</i>	<i>Indeciso</i>	<i>Valore</i>
Media	7,07	Media	2,43	Media	1,50
Errore standard	0,33	Errore standard	0,27	Errore standard	0,24
Mediana	7,00	Mediana	2,00	Mediana	1,00
Moda	8,00	Moda	1,00	Moda	-
Deviazione standard	2,17	Deviazione standard	1,77	Deviazione standard	1,58
Varianza campionaria	4,70	Varianza campionaria	3,13	Varianza campionaria	2,50
Livello di confidenza (95,0%)	0,68	Livello di confidenza (95,0%)	0,55	Livello di confidenza (95,0%)	0,49

Figura 13: Moda, Mediana, Deviazione standard, Varianza campionaria Dominio 2

5.4.3 Discussione Dominio 3

Nel Dominio 3 (Tabella 3), si può ben notare l'assistenza effettuata con buone pratiche cliniche al degente contenuto tramite l'ispezione della cute, il controllo dei vincoli ogni due ore, la valutazione dell'efficacia della contenzione e la corretta registrazione dell'applicazione sulla documentazione infermieristica. Inoltre, dai dati si evince che molti dei partecipanti attuano interventi alternativi prima di decidere di contenere un assistito.

Al fine di facilitare lo studio statistico, è stata creata una Tabella Pivot.

Azienda di appartenenza	Valori		
	Somma di "A volte"	Somma di "Sempre"	Somma di "Mai"
Area Vasta 1	20	85	7
Area Vasta 2	34	136	12
Area Vasta 4	14	74	10
Area Vasta 5	35	146	15
Totale complessivo	103	441	44

Figura 14: Tabella Pivot Dominio 3

In tale dominio è stato, inoltre, eseguito il test del χ^2 mettendo in relazione le Aree Vaste e la tipologia di risposte che sono state date complessivamente (Figura 3).

Nella tabella troviamo i totali di cella osservati, (i totali di cella previsti) e [la statistica chi-quadrato per ogni cella].

<i>Risultati Dominio 3</i>				
	Sempre	A volte	Mai	<i>Totali riga</i>
Area Vasta 1	85 (84,00) [0,01]	20 (19,62) [0,01]	7 (8,38) [0,23]	112
Area Vasta 2	136 (136,50) [0,00]	34 (31,88) [0,14]	12 (13,62) [0,19]	182
Area Vasta 4	74 (73,50) [0,00]	14 (17,17) [0,58]	10 (7,33) [0,97]	98
Area Vasta 5	146 (147,00) [0,01]	35 (34,33) [0,01]	15 (14,67) [0,01]	196
<i>Totale colonna</i>	441	103	44	<i>588 (totale complessivo)</i>

Figura 15 Risultati test χ^2 Dominio 3

La statistica chi-quadrato è 2,1666. Il valore p è .90376.

$$\chi^2 (6, N = 574) = 2,1666, p = 0,94$$

Il risultato non è significativo a $p < 0,05$.

Nella Tabella 6 si possono vedere le risposte che sono state date da ogni membro che ha partecipato allo studio. Sulla base di questi dati sono state calcolate la Media, la Mediana, la Deviazione standard e la Varianza campionaria per ogni tipologia di risposta. È stato tenuto in considerazione un Livello di confidenza pari al 95%.

<i>A volte</i>	<i>Valore</i>	<i>Sempre</i>	<i>Valore</i>	<i>Mai</i>	<i>Valore</i>
Media	2,45	Media	10,50	Media	1,05
Errore standard	0,35	Errore standard	0,39	Errore standard	0,14
Mediana	2,00	Mediana	11,00	Mediana	1,00
Moda	2,00	Moda	11,00	Moda	1,00
Deviazione standard	2,29	Deviazione standard	2,50	Deviazione standard	0,94
Varianza campionaria	5,23	Varianza campionaria	6,26	Varianza campionaria	0,88
Livello di confidenza (95,0%)	0,71	Livello di confidenza (95,0%)	0,78	Livello di confidenza (95,0%)	0,29

Figura 16: Moda, Mediana, Deviazione standard, Varianza campionaria Dominio 2

5.4.4 Discussione finale

Affinché questo studio possa recare un vantaggio all'ambiente assistenziale, si necessitano un maggior numero di dati sia tra gli infermieri della stessa struttura, sia tra realtà diverse attraverso non solo la condivisione telematica, ma anche cartacea del questionario. Nonostante ciò, questo strumento è stato un elemento significativo per comprendere le percezioni e le conoscenze degli infermieri nell'ambito delle contenzioni psichiatriche.

5.5 Conclusione

Da una prima visione si intuisce immediatamente che la maggior parte delle persone che hanno risposto al questionario appartengono alla categoria over 40. Questa informazione rispecchia la possibile mancanza di personale giovane nelle varie strutture. Questa problematica è importante da tenere in considerazione soprattutto per quanto riguarda l'aggiornamento circa le nuove metodologie di assistenza. Questa dichiarazione è appoggiata dai dati relativi agli errori complessivi commessi dalle varie fasce d'età. Seppur vero la categoria *under* 40 è minoritaria rispetto all'*over* 40, è altresì effettivo che la prima classe ha totalizzato 26 errori complessivi al fronte dei 100 commessi dal secondo gruppo citato.

Tramite questo studio sono state messe alla luce il bisogno di effettuare maggiori corsi di formazione circa le tecniche di *deescalation* e il bisogno di creare, e successivamente condividere, valide alternative da attuare sull'assistito prima di ricorrere all'utilizzo delle contenzioni fisiche. Allo scopo di non creare disordini relazionali tra la famiglia, l'assistito e gli operatori sanitari, risulterebbe essere altresì utile sensibilizzare, informare e aggiornare in modo completo e chiaro l'uso delle contenzioni alla popolazione in generale. È importante estendere a tutti la conoscenza di questa tematica per poter garantire un uso sempre più ridotto della contenzione fisica, limitandola il più possibile. Tutto ciò porterebbe anche a una diminuzione delle complicanze correlate alla coercizione forzata e, quindi, a una minor probabilità dell'aumento dei tempi di degenza.

Tramite i test svolti solamente due relazioni hanno dato un risultato significativo per il *p* – *value* che si era posto in precedenza. Queste relazioni sono Titolo di studio – Dominio 2 e Aree Vaste – Dominio 2. Possiamo evincere, quindi, che le attitudini degli infermieri variano non solo al titolo di studio che si possiede ma anche dall'azienda di appartenenza.

5.6 Implicazioni per la pratica clinica

Questo progetto può essere utilizzato dalle varie realtà assistenziali per poter mettere in evidenza le lacune e le potenzialità degli infermieri, potendo così andare a implementare le loro conoscenze e competenze. In questo modo è possibile ottenere un quadro generale più ampio del lavoro dei professionisti sanitari per poi intervenire sulle possibili problematiche presenti.

5.7 Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

5.8 Finanziamento allo studio

Questo studio è stato condotto senza alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Azab S (2013) Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) at Ain Shams University Hospitals, Cairo. *Journal of American Science*, 9, 230-40.
- Benbenbishty J, A. S. (2010, ottobre). Physical restraint use in intensive care units across. *Intensive and Critical Care Nursing*, 241 - 245.
- Caputo, C. (2020, luglio 28). Public utility or places of experiment? The reality of the asylum. *Rivista di Psicopatologia Forense, Medicina Legale, Criminologia* 2020(25:250). Tratto da
- Carboni, M. (Regia). (2017). *Padiglione 25, Diario degli infermieri* [Film].
- Catanesi, R., Ferrannini, L., & Peloso, P. F. (2006). *La contenzione fisica in psichiatria*. Giuffrè Editore.
- CCDU Comitato dei Cittadini per i Diritti Umani. (s.d.). Tratto da [ccdu.org](https://www.ccdi.org/tso/contenzione):
<https://www.ccdi.org/tso/contenzione>
- Cester A, Gumirato G. *I percorsi della contenzione: Dal caos al metodo*. Vega; 1997.
- Codice Dentologico*. (2019).
- Codice Deontologico*. (2009).
- Codice Penale*. (2021).
- Costantini, S. (1996). L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani. In Anzivino F., Bonati PA, *Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive, Atti Congresso SIGG, Piacenza*. de Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T.(2004), *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes, J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (Vol. 59, No. 9, pp. M922-923).
- Costituzione Italiana*. (s.d.).
- De Vries OJ, Ligthart GJ, & Nikolaus T. (2004, settembre 01). *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatient of european hospital and nursing home. The Journal of Gerontology: Serie A*, 59, M922 - M923.
- Degan, M. I. (2004). Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 68 - 75.
- D'Orio BM, Purselle D, Stevens D, & Garlow SJ. (2004). Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in. *Psychiatric Services*, 581 - 583.

- Dott. Proh Paolo, Dott. Fiori Carlo, & Piani Ercole. (s.d.). Le contenzioni nelle strutture residenziali e semiresidenziali: Linee di indirizzo. Regione Lombardia. Tratto da <http://old.comune.pescantina.vr.it/it/Notizie/Archivio/11-Forum-Nazionale-Polizia-Locale-30-31-Ottobre--2014/contentParagraph/012/documentPdf/contenzione%20linee%20di%20indirizzo-%20SONDRIO%20-%20Fiorella%20Passerini.pdf>
- Federazione IPASVI - FNOPI Ordine Medici Latina. (2018, novembre 12). Tratto da ordinimedicalatina.it: <https://www.ordinimedicalatina.it/quando-serve-la-contenzione-federazione-ipasvi-fnopi/>
- Ferioli, V. (2013). *Giovanni Fioriti Editore*. Tratto da fioriti.it: <https://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/FerioliP.pdf>
- Fontana. (2002). Contenzione fisica – Parte 2: riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali. *Best Practice, Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals*, 6(4), 5.
- Gaeta A., Ferrara P., Destrebecq A., & Terzani S. (2019). Percezioni e conoscenze degli infermieri e degli studi di infermieristica in tema di contenzione fisica: risultati di uno studio. *L'infermiere*, e94 - e105.
- Gastmans C., & Milisen K. (2014). Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics*, 32.
- Gulizia D, L. F. (2008). La contenzione fisica in ospedale. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda.
- Hirose, N., Morita, K., Nakamura, M., Fushimi, K., & Yasunaga, H. (2021, ottobre). *Association between the duration of physical restraint and pulmonary embolism in psychiatric patients: A nested case-control study using a Japanese nationwide database*. Tratto da PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34561070/>
- Janelli, L. M., Kanski, G. W., Scherer, Y. K., & Neary, M. A. (1992). Physical restraints: Practice, attitudes/knowledge among nursing staff. *Journal of Long Term Care Administration*, 20(2), 22–25.
- Jessica, B. (2017, dicembre 6). *Contenzione fisica e salute mentale, un'analisi del fenomeno*. Tratto da Nurse24.it: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/contenzione-fisica-infermieri-salute-mentale-analisi-fenomeno.html>

- Jiri Raboch, L. K.-G. (2010, ottobre). *Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries*. Tratto da PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20889640/>
- Khalil AI, Al Ghamdi MAM, Al Malki S (2017) *Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward*. International Journal of Culture and
- Marchetti, Fontana, & Turrin. (2001). *Valore in RSA*. Tratto da [valoreinrsa.it](http://www.valoreinrsa.it): http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/contenzioni/contenzione_fisica_ospedale_2001.pdf
- Mental Health, volume 10, del 2017, issue 4.
- Marin T. (2019, novembre). *Physical Restraint Residential Aged Care (Effectiveness and Use)*.
- Ministri, P. d. (2015, aprile 23). La contenzione: problemi etici. Tratto da https://bioetica.governo.it/media/1808/p120_2015_la-contenzione-problemi-bioetici_it.pdf
- Minnick AF, M. L. (1998, Novembre). Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting. *The Journal of Nursing Administration*, 19 - 24.
- Moressa FL. (2015) *Convegno di presentazione Presidenza del Consiglio dei Ministri*.
- Mongardi M., Bassi E., De Palma R., Peghetti A., Seligardi M., & Di Ruscio E. (2014). Osservatorio regionale sui nursing sensitive outcomes. Servizio Presidi Ospedalieri DGSPS, Regione Emilia Romagna.
- Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*. (s.d.). Tratto da www.ats-brianza.it: https://www.ats-brianza.it/images/contenzione/superamento-contenzione_min-speranza_allegato1558628.pdf
- Poli, N., & Rossetti, A. (2001). *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica*. *Nursing oggi*, 58.
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerova E, Onchev G, Karastergiou A, et al. (2010). *Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries*. *Psychiatr Serv*.

- Raguano B, Wolfovitz E, & Gil E. (2015, ottobre). *Use of Physical Restraints in a General Hospital: a Cross-Sectional Observational Study*. Tratto da PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26665319/>
- Regioni e ASL . (2017, dicembre 6). Tratto da quotidianosanità.it.
- Sonya M.S. Azab and Lobna Abu Negm (2013). *Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) at Ain Shams University Hospitals, Cairo. Journal of American Science 2013;9(4)*.
- Sangiorgio P., & Sarlato C. (2007). La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. *Psychomedia*.
- Speranza. R. (2021). *Per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale*. Tratto da ats-brianza.it: https://www.ats-brianza.it/images/contenzione/superamento-contenzione_min-speranza_allegato1558628.pdf
- S.Stefanović, A.Kuzmanović, & V.Stefanović. (2013, Ottobre). *Fatal pulmonary thromboembolism after prolonged physical immobilization in hospitalized psychiatric patients*. Tratto da PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313170/>
- Stefanović V, Colantuoni L, & Stefanović S. (s.d.). *Fatal pulmonary thromboembolism after prolonged physical immobilization in hospitalized psychiatric patients*. Tratto da PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24313170/>
- Teece A, Baker J, & Smith H. (2020, gennaio). *Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit*. Tratto da PubMed.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31495002/>
- Treccani. (s.d.).
- Valore in RSA. (s.d.). Tratto da www.valoreinrsa.it: http://www.valoreinrsa.it/images/strumenti_di_lavoro/contenzioni/quesiti_assistenziali_contenzione_2012.pdf
- Zanetti, Castaldo, Miceli, Magri, Mariani, Gazzola, . . . Mutillo. (2012). *Scienze infermieristiche*. Tratto da infermiereonline.org: <https://www.infermiereonline.org/2012/05/20/lutilizzo-della-contenzione-fisica->

negli-ospedali-e-nelle-residenze-sanitarie-assistenziali-indagine-multicentrica-
di-prevalenza/

Zanetti E., Castaldo A, & Gobbi P. (2009). Superare la contenzione: si può fare. *i Quaderni de l'infermiere*.

ALLEGATI

Allegato 1: prescrizione di mezzi di protezione e tutela personale

ALLEGATO 1

Carta intestata dell'Ente / della Struttura

PRESCRIZIONE DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data _____

Cognome e nome del paziente/ospite _____

Il/la sottoscritto/a dott. _____

preso atto dei seguenti problemi messi in evidenza dal paziente/ospite: _____

prescrive l'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale :

Presidio	Data inizio	Orario di utilizzo	Data verifica

al fine di _____

L'utilizzo di tale/i mezzo/i verrà discusso in équipe, riportato nel PAI, rivisto a cadenza periodica.

Il personale socio-sanitario sarà tenuto alla verifica della tolleranza, al controllo, al monitoraggio e alla segnalazione di eventuali effetti collaterali.

Il/i parente/i di riferimento o rappresentante legale verrà informato della decisione, e invitato ad esprimere il consenso in forma scritta.

Un ulteriore consenso scritto verrà richiesto in caso di variazioni della tipologia di presidi utilizzati oppure degli orari di utilizzo.

Firma del medico prescrittore _____

PRESCRIZIONE DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE - VERIFICHE PERIODICHE

Data di verifica _____

Mezzi di protezione e tutela personale in uso ⁴: _____

Tolleranza dei presidi utilizzati: _____

Eventuali effetti collaterali/complicanze: _____

Motivazione per la prosecuzione dell'utilizzo (con orari e tempistica invariati rispetto a quelli indicati nel modulo di prescrizione) ⁵:

Prossima verifica: _____

Firma del medico prescrittore _____

⁴ Deve esserci corrispondenza tra i mezzi di protezione e tutela riportati nel modulo di prescrizione e quelli riportati nel modulo di verifica.

⁵ Gli orari di utilizzo devono necessariamente essere quelli riportati nel modulo di prescrizione.

Allegato 2: consenso informato all'utilizzo di mezzi di protezione e tutela personale

ALLEGATO 2

Carta intestata dell'Ente / della Struttura

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA PERSONALE

Data _____

Cognome e nome del paziente/ospite _____

Il/la sottoscritto/a _____

nella sua qualità di ⁶ _____ del paziente/ospite

informato/a dal medico dott. _____

sulla necessità di ricorrere all'utilizzo dei seguenti mezzi di protezione e tutela personale:

Presidio	Data inizio	Orario di utilizzo

al fine di _____

reso dedotto delle indicazioni e delle modalità di utilizzo nonché dei possibili effetti collaterali
 ACCONSENTE NON ACCONSENTE
all'adozione dei mezzi di protezione e tutela personale sopra specificati e nei tempi sopra descritti.

Dichiara inoltre di essere stato informato che variazioni della tipologia dei mezzi di protezione e tutela personale utilizzati oppure del loro orario di utilizzo renderanno necessaria la sottoscrizione di un nuovo consenso.

Firma del familiare / rappresentante legale _____

Firma del medico _____

⁶ Specificare (amministratore di sostegno, tutore, curatore, familiare di riferimento, etc.)

Allegato 3: Linee Guida secondo N.Poli et al.

PROCEDURA		
AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
<p>Identificazione delle persone che necessitano di contenzione per l'adesione al trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta dati all'ingresso per ogni persona assistita; - valutazione dello stato di coscienza della persona che deve essere sottoposta a terapia; - valutazione del grado di collaborazione del paziente tramite colloquio; - valutazione d'équipe sulla reale necessità dell'utilizzo del mezzo di contenzione. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - scheda di valutazione infermieristica; - diario infermieristico. 	<p>Pazienti affetti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malattie a carico del S.N.C. (malattia di Alzheimer, demenze, Morbo di Parkinson, ecc.); - cirrosi epatica; - stato confusionale (nel paziente anziano); - sindromi tossico-carenziali (alcol o sostanze stupefacenti); - malattie psichiatriche.

AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
<p>Informazione al paziente ed ai suoi familiari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - spiegare l'importanza e la necessità dell'esecuzione della terapia; - rassicurare il paziente (tranquillizzarlo, stargli vicino), informandolo che la contenzione verrà rimossa al termine della terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere. 	
<p>Ratifica dell'uso del mezzo di contenzione nella documentazione clinica della persona assistita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione medica sul diario clinico; - annotazione sul diario infermieristico; - compilazione della scheda infermieristica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medico; - infermiere; - scheda di valutazione infermieristica; - diario infermieristico. 	
<p>Utilizzo del mezzo di contenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - scelta del mezzo di contenzione adeguato: - bracciale di contenzione; - spondine per il letto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - mezzi di contenzione. 	
<p>Posizionamento del mezzo di contenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bracciale: avvolgere il bracciale al polso del paziente in modo che non sia troppo stretto, fissandolo al letto così che il paziente abbia un limitato grado di movimento; - spondine: applicarle al letto, assicurandosi che siano fissate correttamente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - OTA; - mezzi di contenzione. 	
<p>Controllo ogni trenta minuti del corretto posizionamento del mezzo di contenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - OTA. 	
<p>Al termine del trattamento, rimozione del mezzo di contenzione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - OTA. 	

PROCEDURA		
AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
<p>Identificare le persone a maggior rischio di caduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta dati all'ingresso per ogni persona assistita (valutare in particolare se vi sono state cadute pregresse e in quali circostanze); - valutazione della stabilità della persona; - valutazione dello stato di coscienza della persona (malattie acute o croniche, ipertensione, assunzione di farmaci sedativi, diuretici, vasodilatatori, ipotensione ortostatica). 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere; - scheda infermieristica; - diario infermieristico; - scala di Tinetti; - foglio terapia. 	<p>Persone a rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - storia pregressa di cadute; - allettamento prolungato >7 giorni; - disturbi visivi; - valutazione dell'equilibrio <11; - valutazione dell'andatura <8; - indice di mobilità =<19; - presenza di malattie a carico del S.N.C. (malattia di Alzheimer, Morbo di Parkinson, ecc.); patologie a carico dell'apparato muscolo-osteo-articolare; - F.C. < 60 >120; - T.A. >39°C; - P.A. < 80/60 > 150/100.
<p>Introdurre modificazioni ambientali nei locali che ospitano persone a rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Illustrare alla persona gli ausili a disposizione nella camera di degenza (impianto di chiamata, illuminazione, ecc.); - Illustrare alla persona l'ubicazione dei servizi igienici e degli spazi comuni (valutare le distanze); - Fornire gli accessori di supporto per il letto (staffa, spondina, prolunga del campanello); - Fornire ausili per il cammino (bastone, tripode, deambulatore, deambulatore con ruote, carrozina, comoda, ecc.); - Valutare ed eventualmente suggerire l'abbigliamento adeguato alla persona assistita o alle persone di riferimento (no a pantaloni troppo lunghi o che non consentono libertà di movimento, calzature non adeguate, ecc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Infermiere o OTA (su indicazione dell'infermiere); - accessori; - ausili per la marcia. 	

CASI PARTICOLARI	
<p>Persone con alterazioni dello stato di coscienza: stati soporosi, sedazione, ecc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Applicare mezzi contenitivi (spondine per letto o barella); - monitorare la persona e registrare le osservazioni nella documentazione infermieristica¹;

<p>Persone con disturbi comportamentali (agitazione psico-motoria, stato confusionale, ecc.) ed attività motoria esuberante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutare la capacità motoria; - predisporre l'ambiente in modo confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e d'oggetti potenzialmente dannosi; - individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo, quali l'intolleranza ambientale o interpersonale; - allontanare la persona dal presunto evento scatenante; - attuare strategie relazionali con la persona; - dotare la persona di abbigliamento imbottiti; - proporre passeggiate o attività occupazionali per distogliere il paziente dallo sfogo aggressivo; - richiedere la collaborazione di persone significative (familiari o persone note disponibili). <p>Qualora le suddette strategie alternative non abbiano sortito alcun effetto²:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutare <i>in équipe</i> la necessità di ricorrere a mezzi di contenzione; - scegliere il mezzo di contenzione più adeguato alla situazione e alla persona; - applicare il mezzo di contenzione (vedi procedura³); - la prescrizione deve indicare: motivazione, tipo di contenzione, durata; - informare il paziente e i suoi familiari sulla necessità di contenzione; - ratificare l'uso dei mezzi di contenzione nella documentazione clinica della persona (prescrizione medica); - monitorare e registrare le osservazioni sull'apposita scheda ogni 30 minuti.
<p>Persone con disturbi comportamentali (agitazione psico-motoria, stato confusionale, ecc.) ed attività motoria limitata.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutare la capacità motoria; - predisporre l'ambiente in modo confortevole con luci soffuse, eliminazione di rumori di sottofondo e d'oggetti potenzialmente dannosi; - individuazione e prevenzione di situazioni a rischio per l'insorgenza del disturbo, quali l'intolleranza ambientale o interpersonale; - allontanare la persona dal presunto evento scatenante; - attuare strategie relazionali con la persona; - proporre attività occupazionali per distogliere il paziente dallo sfogo aggressivo; - utilizzare supporti ortesici per mantenere la postura corretta (es. fascia per carrozzina); - richiedere la collaborazione di persone significative (familiari o persone note disponibili). <p>Qualora le suddette strategie alternative non abbiano sortito alcun effetto⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutare <i>in équipe</i> la necessità di ricorrere a mezzi di contenzione; - scegliere il mezzo di contenzione più adeguato alla situazione e alla persona; - applicare il mezzo di contenzione (vedi procedura⁵); - ratificare l'uso dei mezzi di contenzione nella documentazione clinica della persona (prescrizione medica); - la prescrizione deve indicare: motivazione, tipo di contenzione, durata; - informare il paziente e i suoi familiari sulla necessità di contenzione; - monitorare e registrare le osservazioni sull'apposita scheda ogni 30 minuti.

Allegato 4: questionario somministrato nello studio

Prima parte:

Età	< 30 30 - 50 >50
Laurea	Triennale Magistrale Titoli equipollenti alla laurea triennale
Anni complessivi di lavoro	< 6 6 – 10 11 – 15 >15
Anni nell'attuale servizio/U.O	< 6 6 – 15 >15
Settore di appartenenza	SPDC Strutture riabilitative (diurne e residenziali) CSM Clinica Psichiatrica
Azienda di appartenenza	Area Vasta 1 Area Vasta 2 Area Vasta 4 Area Vasta 5
Formazione in merito alle modalità di applicazione della contenzione fisica	Si No
Formazione in merito alle tecniche di descalation	Si No

Dominio 1: Conoscenze (modalità di risposta: “corretto” – “scorretto”)

1.Quando un assistito è contenuto fisicamente, la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare corretto
2.I mezzi di contenzione fisica sono indumenti di sicurezza o comunque progettati per prevenire le lesioni corretto
3.In emergenza, un infermiere può contenere un assistito senza prescrizione medica corretto
4.Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari corretto
5.Un vincolo (fascette di contenimento) dovrebbe essere allentato almeno ogni due ore corretto

6.Un assistito non dovrebbe mai essere vincolato mentre giace a letto, a causa del rischio di soffocamento corretto
7.Una contenzione fisica è legale solo se è necessaria per proteggere l'assistito o altre persone da pericoli corretto
8.La contenzione fisica richiede prescrizione medica corretto
9.Non esistono buone alternative ai vincoli fisici scorretto
10.Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno degli assistiti sottoposti a contenzione fisica corretto
11.I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli corretto
12.Sono noti casi di decesso collegati all'uso di indumenti di sicurezza corretto
13.La confusione e il disorientamento sono sempre indicazioni all'utilizzo dei vincoli scorretto
14.Gli assistiti ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica corretto

Dominio 2: Attitudini (modalità di risposta: “d'accordo” – “in disaccordo” – indeciso”)

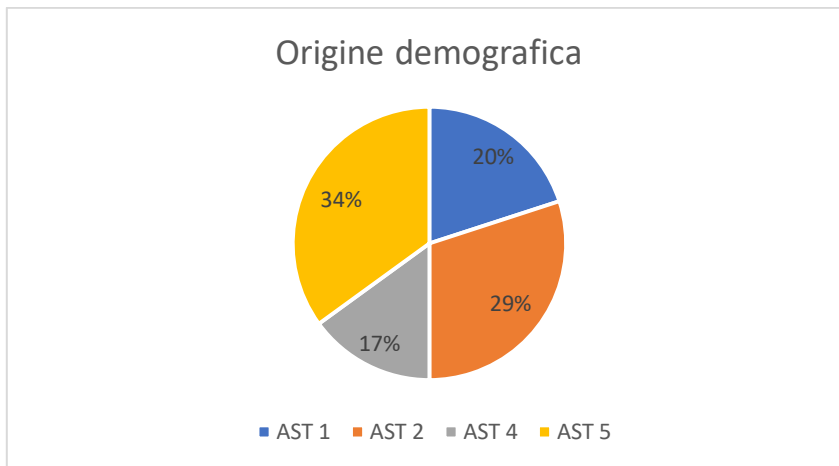
1.Penso che sia importante far sapere all'assistito contenuto che mi prendo cura di lui
2.Mi dispiace vedere che l'assistito diventi ancor più arrabbiato dopo l'applicazione dei vincoli
3.In generale, mi sento preparato sull'assistenza all'assistito sottoposto a contenzione fisica
4.Un assistito soffre per la perdita della propria dignità quando viene vincolato
5.Penso che, se fossi un assistito, dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta
6.Penso che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutarsi di vincolare l'assistito se non lo ritengono necessario
7.Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un assistito
8.Credo che una giustificazione corretta all'utilizzo della contenzione fisica sia la carenza di personale ospedaliero

9. Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari
10. Mi sento in imbarazzo quando i familiari entrano nella stanza di un assistito vincolato senza essere stati informati
11. L'ospedale è legalmente responsabile dell'utilizzo dei vincoli per mantenere la sicurezza dell'assistito

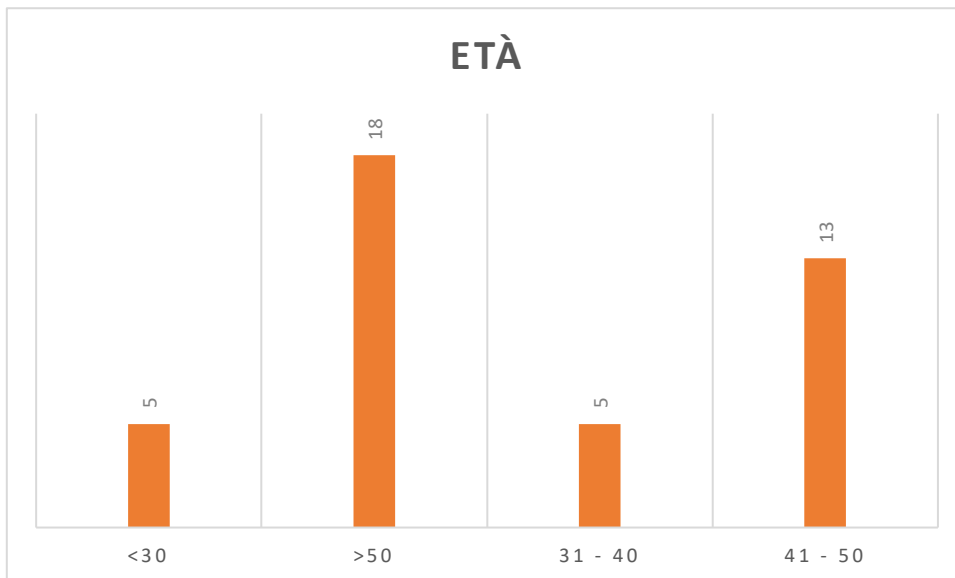
Dominio 3: Aspetti della pratica (modalità di risposta: “sempre” – “a volte” – “mai”)

1. Ispeziono la cute alla ricerca di abrasioni o lacerazioni quando faccio il bagno ad un assistito vincolato
2. Controllo i vincoli almeno ogni due ore per assicurarmi che siano nella corretta posizione
3. Vi sono più assistiti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime
4. Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un assistito ricoverato
5. Provo ad utilizzare interventi infermieristici alternativi prima di vincolare l'assistito
6. Comunico all'assistito quando saranno rimossi i vincoli
7. Quando penso che un assistito non abbia bisogno di essere vincolato, lo discuto col medico (o con il mio assistente di tirocinio)
8. Rispondo il prima possibile alla chiamata di un assistito vincolato
9. Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento degli assistiti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione
10. Valuto frequentemente se i vincoli debbano essere rimossi
11. Quando vengono applicate contenzioni fisiche, registro sulla documentazione il tipo di vincolo utilizzato, le motivazioni, l'orario d'inizio della contenzione e l'assistenza infermieristica richiesta
12. Quando vincolo un assistito, prendo questa decisione solo limitandomi alla prescrizione del medico, se presente
13. Spiego all'assistito il motivo per cui si stanno applicando i vincoli
14. Comunico ai familiari i motivi per cui l'assistito viene vincolato

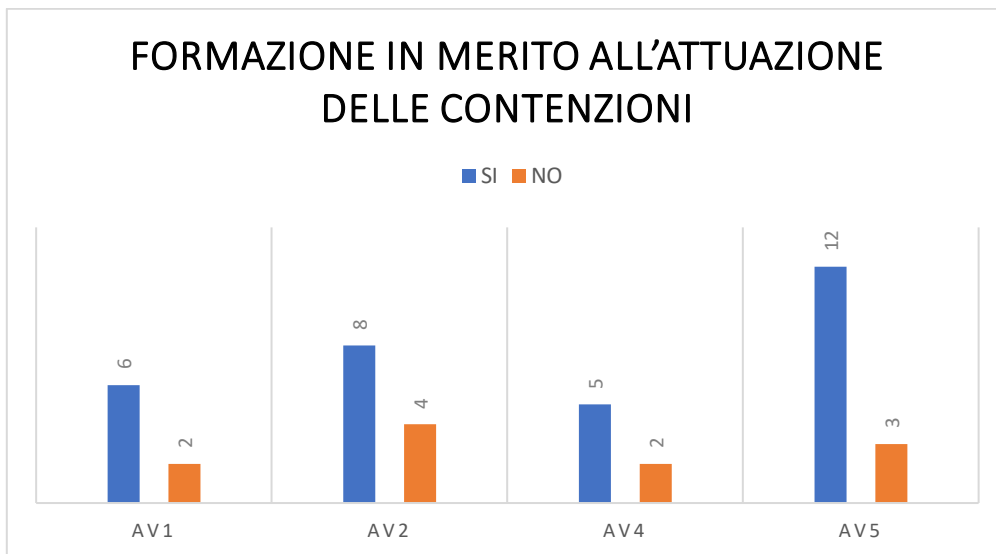
Allegato 5: Origine demografica delle risposte



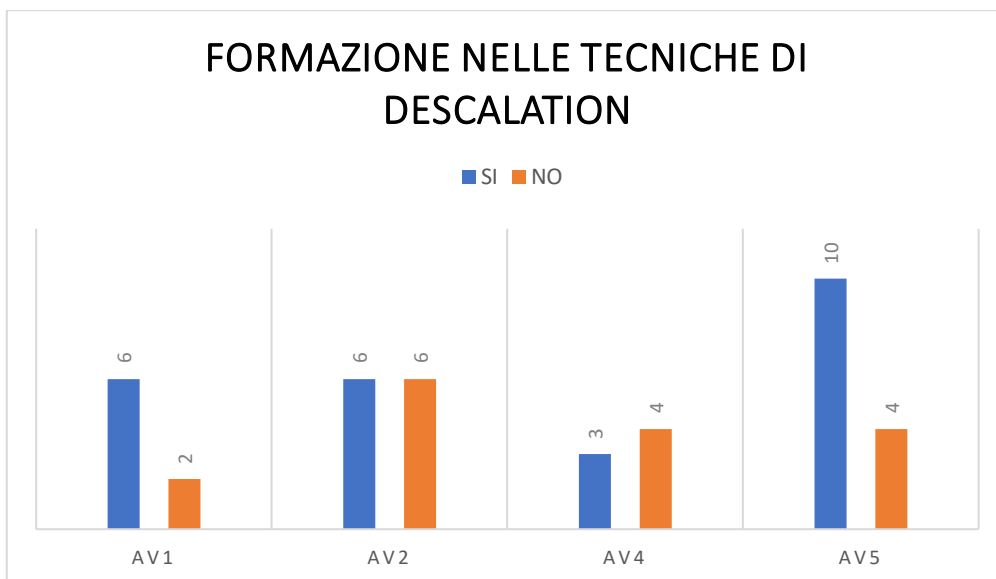
Allegato 6: Conteggio di età



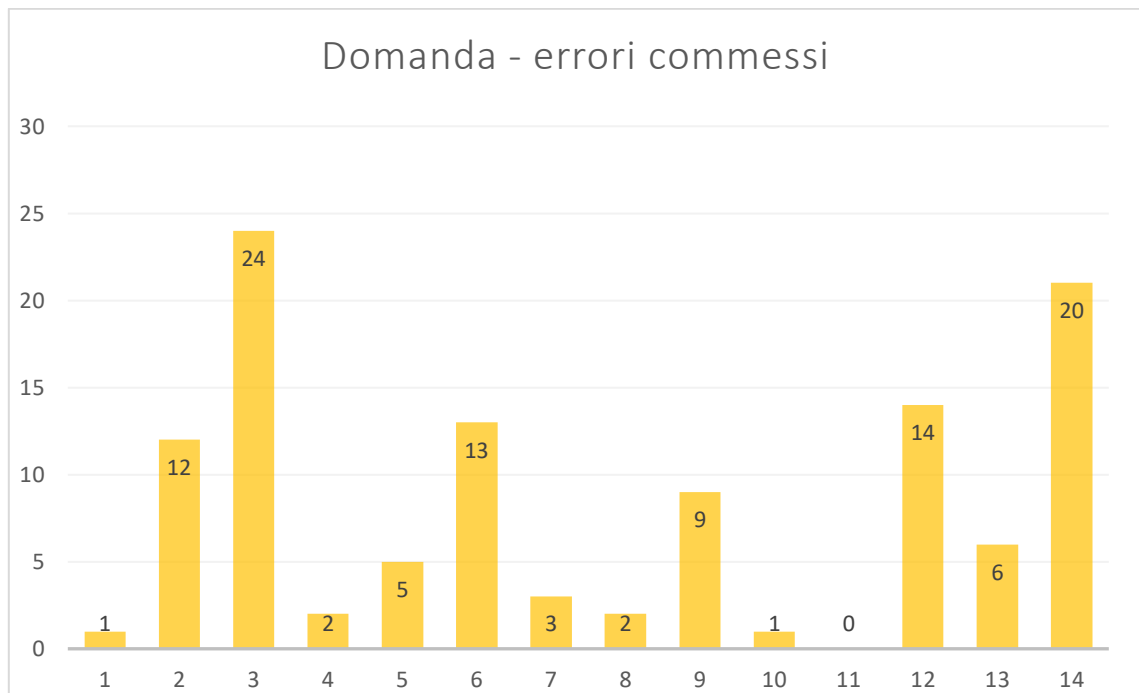
Allegato 7: Corsi di formazione in merito all'attuazione delle contenzioni



Allegato 8: Formazione in merito alle tecniche di *deescalation*



Allegato 9: Relazione numero domanda – errori commessi nel Dominio 1



TABELLE

Tabella 1: Dominio – Conoscenze (modalità di risposta: “corretto” – “scorretto”)

Domande Dominio 1 (risposta corretta)	N=41 N (%) risposte esatte
1.Quando un assistito è contenuto fisicamente, la cute si può lacerare e l’agitazione può aumentare (corretto)	40 (97.5)
2.I mezzi di contenzione fisica sono indumenti di sicurezza o comunque progettati per prevenire le lesioni (corretto)	29 (70.7)
3.In emergenza, un infermiere può contenere un assistito senza prescrizione medica (corretto)	17 (41.4)
4.Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari (corretto)	39 (95.1)
5.Un vincolo (fascette di contenimento) dovrebbe essere allentato almeno ogni due ore (corretto)	36 (87.8)
6.Un assistito non dovrebbe mai essere vincolato mentre giace a letto, a causa del rischio di soffocamento (scorretto)	28 (68.2)
7.Una contenzione fisica è legale solo se è necessaria per proteggere l’assistito o altre persone da pericoli (corretto)	38 (92.6)
8.La contenzione fisica richiede prescrizione medica (corretto)	39 (95.1)
9.Non esistono buone alternative ai vincoli fisici (scorretto)	32 (78.0)

10.Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno degli assistiti sottoposti a contenzione fisica (corretto)	40 (97.5)
11.I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli (corretto)	41 (100)
12.Sono noti casi di decesso collegati all'uso di indumenti di sicurezza (corretto)	27 (65.8)
13.La confusione e il disorientamento sono sempre indicazioni all'utilizzo dei vincoli (scorretto)	35 (85.3)
14.Gli assistiti ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica (corretto)	21 (51.2)

Tabella 2: Dominio 2 – Attitudini (modalità di risposta “D’accordo” – “Indeciso” – “In disaccordo”)

Domande dominio 2	D'accordo N (%) risposte	Indeciso N (%) risposte	In disaccordo N (%) risposte
1.Penso che sia importante far sapere all'assistito contenuto che mi prendo cura di lui	41 (100)	0	0
2.Mi dispiace vedere che l'assistito diventi ancor più arrabbiato dopo l'applicazione dei vincoli	36 (87.8)	2 (4.8)	3 (7.3)
3.In generale, mi sento preparato sull'assistenza all'assistito sottoposto a contenzione fisica	32 (78.0)	2 (4.8)	7 (17.0)

4.Un assistito soffre per la perdita della propria dignità quando viene vincolato	32 (78.9)	0	9 (21.9)
5.Penso che, se fossi un assistito, dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta	15 (36.5)	19 (46.3)	7 (17.0)
6.Penso che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutarsi di vincolare l'assistito se non lo ritengono necessario	26 (63.4)	7 (17.0)	8 (19.5)
7.Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un assistito	14 (34.1)	14 (34.1)	13 (31.7)
8.Credo che una giustificazione corretta all'utilizzo della contenzione fisica sia la carenza di personale ospedaliero	7 (17.0)	29 (70.7)	5 (19.1)
9.Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari	15 (36.5)	22 (53.6)	4 (9.75)
10.Mi sento in imbarazzo quando i familiari entrano nella stanza di un assistito vincolato senza essere stati informati	34 (82.9)	5 (19.1)	2 (4.8)
11.L'ospedale è legalmente			

responsabile dell'utilizzo dei vincoli per mantenere la sicurezza dell'assistito	37 (90.2)	1 (2.4)	3 (7.3)
--	-----------	---------	---------

Tabella 3: Dominio 3 – Pratica quotidiana (modalità di risposta “Sempre” – “A volte” – “Mai”)

Domande dominio 3 (Risposta corretta)	Sempre N (%) risposte	A volte N (%) risposte	Mai N (%) risposte
1. Ispeziono la cute alla ricerca di abrasioni o lacerazioni quando faccio il bagno ad un assistito vincolato	40 (97.5)	1 (2.4)	0
2. Controllo i vincoli almeno ogni due ore per assicurarmi che siano nella corretta posizione	39 (95.1)	2 (4.8)	0
3. Vi sono più assistiti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime	3 (7.3)	14 (34.1)	24 (58.5)
4. Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un assistito ricoverato	40 (97.5)	0	1 (2.4)
5. Provo ad utilizzare interventi infermieristici alternativi prima di vincolare l'assistito	39 (95.1)	7 (17.0)	2 (4.8)
6. Comunico all'assistito quando saranno rimossi i vincoli	27 (65.8)	9 (21.9)	5 (12.1)
7. Quando penso che un assistito non abbia bisogno di essere vincolato, lo discuto col medico	26 (63.4)	14 (34.1)	1 (2.4)

(o con il mio assistente di tirocinio)			
8.Rispondo il prima possibile alla chiamata di un assistito vincolato	39 (95.1)	2 (4.8)	0
9.Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento degli assistiti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione	28 (68.2)	13 (31.7)	0
10.Valuto frequentemente se i vincoli debbano essere rimossi	33 (80.4)	8 (19.5)	0
11.Quando vengono applicate contenzioni fisiche, registro sulla documentazione il tipo di vincolo utilizzato, le motivazioni, l'orario d'inizio della contenzione e l'assistenza infermieristica richiesta	38 (92.6)	2 (4.8)	1 (2.4)
12.Quando vincolo un assistito, prendo questa decisione solo limitandomi alla prescrizione del medico, se presente	28 (68.2)	9 (21.9)	4 (9.75)
13.Spiego all'assistito il motivo per cui si stanno applicando i vincoli	28 (68.2)	13 (31.7)	0
14.Comunico ai familiari i motivi per cui l'assistito viene vincolato	27 (65.8)	8 (19.5)	6 (14.6)

Tabella 4: Riassunto risposte date da ogni partecipante al Dominio 1

Progressivo	Corretto	Errato	% corretti	% errati
1	9	5	64,3%	35,7%
2	12	2	85,7%	14,3%
3	11	3	78,6%	21,4%
4	10	4	71,4%	28,6%
5	9	5	64,3%	35,7%
6	9	5	64,3%	35,7%
7	7	7	50,0%	50,0%
8	7	7	50,0%	50,0%
9	9	5	64,3%	35,7%
10	10	4	71,4%	28,6%
11	7	7	50,0%	50,0%
12	9	5	64,3%	35,7%
13	10	4	71,4%	28,6%
14	8	6	57,1%	42,9%
15	8	6	57,1%	42,9%
16	9	5	64,3%	35,7%
17	11	3	78,6%	21,4%
18	10	4	71,4%	28,6%
19	9	5	64,3%	35,7%
20	10	4	71,4%	28,6%
21	10	4	71,4%	28,6%
22	10	4	71,4%	28,6%
23	9	5	64,3%	35,7%
24	11	3	78,6%	21,4%
25	11	3	78,6%	21,4%
26	11	3	78,6%	21,4%
27	11	3	78,6%	21,4%
28	10	4	71,4%	28,6%
29	9	5	64,3%	35,7%
30	8	6	57,1%	42,9%
31	11	3	78,6%	21,4%
32	10	4	71,4%	28,6%
33	8	6	57,1%	42,9%
34	10	4	71,4%	28,6%
35	10	4	71,4%	28,6%
36	11	3	78,6%	21,4%
37	11	3	78,6%	21,4%

38	10	4	71,4%	28,6%
39	9	5	64,3%	35,7%
40	10	4	71,4%	28,6%
41	9	5	64,3%	35,7%
42	14	0	100,0%	0,0%

Tabella 5: Riassunto risposte date da ogni partecipante al Dominio 2

Progressivo	D'accordo	In disaccordo	Indeciso	% d'accordo	% disaccordo	% indeciso
1	8	3	0	72,7%	27,3%	0,0%
2	5	4	2	45,5%	36,4%	18,2%
3	8	2	1	72,7%	18,2%	9,1%
4	7	4	0	63,6%	36,4%	0,0%
5	6	1	4	54,5%	9,1%	36,4%
6	5	5	1	45,5%	45,5%	9,1%
7	8	1	2	72,7%	9,1%	18,2%
8	7	2	2	63,6%	18,2%	18,2%
9	5	5	1	45,5%	45,5%	9,1%
10	7	1	3	63,6%	9,1%	27,3%
11	6	2	3	54,5%	18,2%	27,3%
12	2	7	2	18,2%	63,6%	18,2%
13	11	0	0	100,0%	0,0%	0,0%
14	11	0	0	100,0%	0,0%	0,0%
15	9	0	2	81,8%	0,0%	18,2%
16	7	2	2	63,6%	18,2%	18,2%
17	7	4	0	63,6%	36,4%	0,0%
18	8	3	0	72,7%	27,3%	0,0%
19	8	1	2	72,7%	9,1%	18,2%
20	4	1	6	36,4%	9,1%	54,5%
21	6	3	2	54,5%	27,3%	18,2%
22	9	1	1	81,8%	9,1%	9,1%
23	9	1	1	81,8%	9,1%	9,1%
24	5	4	2	45,5%	36,4%	18,2%
25	10	1	0	90,9%	9,1%	0,0%
26	6	5	0	54,5%	45,5%	0,0%
27	6	4	1	54,5%	36,4%	9,1%
28	8	1	2	72,7%	9,1%	18,2%
29	6	1	4	54,5%	9,1%	36,4%
30	2	2	7	18,2%	18,2%	63,6%
31	8	3	0	72,7%	27,3%	0,0%
32	7	3	1	63,6%	27,3%	9,1%
33	8	1	2	72,7%	9,1%	18,2%

34	7	4	0	63,6%	36,4%	0,0%
35	5	5	1	45,5%	45,5%	9,1%
36	9	2	0	81,8%	18,2%	0,0%
37	7	3	1	63,6%	27,3%	9,1%
38	10	1	0	90,9%	9,1%	0,0%
39	3	6	2	27,3%	54,5%	18,2%
40	8	2	1	72,7%	18,2%	9,1%
41	8	1	2	72,7%	9,1%	18,2%
42	11	0	0	100,0%	0,0%	0,0%

Tabella 6: Riassunto risposte date da ogni partecipante al Dominio 3

Progressivo	A volte	Sempre	Mai	% a volte	% sempre	% mai
1	6	6	2	42,9%	42,9%	14,3%
2	8	4	2	57,1%	28,6%	14,3%
3	1	13	0	7,1%	92,9%	0,0%
4	2	11	1	14,3%	78,6%	7,1%
5	2	10	2	14,3%	71,4%	14,3%
6	0	13	1	0,0%	92,9%	7,1%
7	2	10	2	14,3%	71,4%	14,3%
8	1	11	2	7,1%	78,6%	14,3%
9	2	9	3	14,3%	64,3%	21,4%
10	1	11	2	7,1%	78,6%	14,3%
11	1	12	1	7,1%	85,7%	7,1%
12	4	7	3	28,6%	50,0%	21,4%
13	1	13	0	7,1%	92,9%	0,0%
14	2	12	0	14,3%	85,7%	0,0%
15	3	11	0	21,4%	78,6%	0,0%
16	4	9	1	28,6%	64,3%	7,1%
17	10	4	0	71,4%	28,6%	0,0%
18	4	10	0	28,6%	71,4%	0,0%
19	1	13	0	7,1%	92,9%	0,0%
20	5	9	0	35,7%	64,3%	0,0%
21	7	6	1	50,0%	42,9%	7,1%
22	0	13	1	0,0%	92,9%	7,1%
23	1	12	1	7,1%	85,7%	7,1%
24	4	7	3	28,6%	50,0%	21,4%
25	1	11	2	7,1%	78,6%	14,3%
26	2	11	1	14,3%	78,6%	7,1%
27	2	11	1	14,3%	78,6%	7,1%
28	2	12	0	14,3%	85,7%	0,0%
29	2	11	1	14,3%	78,6%	7,1%
30	4	8	2	28,6%	57,1%	14,3%
31	1	12	1	7,1%	85,7%	7,1%
32	5	8	1	35,7%	57,1%	7,1%
33	0	13	1	0,0%	92,9%	7,1%
34	4	9	1	28,6%	64,3%	7,1%

35	3	11	0	21,4%	78,6%	0,0%
36	0	12	2	0,0%	85,7%	14,3%
37	2	12	0	14,3%	85,7%	0,0%
38	2	12	0	14,3%	85,7%	0,0%
39	0	12	2	0,0%	85,7%	14,3%
40	0	13	1	0,0%	92,9%	7,1%
41	1	13	0	7,1%	92,9%	0,0%
42	0	14	0	0,0%	100,0%	0,0%

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento speciale va al dott. Ercolani Maurizio, che ha supportato il mio lavoro, al dott. Appignanesi Remo e ing. Lella Luigi, per aver collaborato con me nella riuscita dello studio, alla dott.ssa De Col Loredana, Dirigente del Servizio Professioni Sanitarie dell'Area Vasta 1, al dott. Mari Massimo, Direttore DSM Area Vasta 2, alla dott.ssa Palmieri Mara, Direttore DSM Area Vasta 4, e al dott. Cannella Michele, al dott. Giri Marco, Direttore DSM Area Vasta 5, per avermi permesso di effettuare lo studio.

Alla mia famiglia che, nonostante le difficoltà, mi sono stati vicini in questi tre anni, che hanno sopportato i miei numerosi mental breakdown prima di un esame e si sono assorbiti tutte le mie storie durante i numerosi turni di tirocinio. P.s. è inutile che mi chiedete di spiegarvi gli esami che ho dato perché tutt'ora non lo so.

A mio fratello Nico, che ricambiava i miei "buonanotte" con i suoi "buongiorno" dopo i turni di notte, voglio dire grazie perché, a modo suo, mi ha sempre incoraggiato e rallegrato ascoltandomi mentre parlavo di persone a lui totalmente sconosciute. Vorrei anche dirti che non importa quanto la strada sia ripida e piena di ostacoli, un posto nel mondo per noi c'è sempre e, a volte, è quello meno improbabile.

Ai miei nonni che, probabilmente, nonostante la corona d'alloro non smetteranno mai di chiedermi "ma quindi ora sei dottoressa?" e che continueranno a farmi leggere i lunghissimi foglietti illustrativi dei farmaci nella speranza che io ci capisca qualcosa.

Ai miei amici vorrei dire grazie perché ognuno di voi risata dopo risata, passaggi scroccati dopo passaggi scroccati e riunioni dopo riunioni, è riuscito a lasciarmi un pezzo di sé che mi ha accompagnato e aiutato in questo lungo, e grazie a Dio, terminabile viaggio.

Agli infermieri che mi hanno affiancato nel mio percorso perché grazie a voi ho scoperto la bellezza di questa professione e che, malgrado i giorni no, gli errori e i mille momenti in cui volevo mollare tutto, mi avete sempre sostenuto e mi avete insegnato ad avere quella grinta e quella voglia di fare del mio meglio ogni giorno che passa. Perché, in fin dei conti, anche i ravioli alle tre di mattina, i caffè nello smonto notte e le pause in cucina, o nel bagno, mi hanno aiutato nel mio percorso e mi hanno formato in questi anni.

Alla me di tre anni fa vorrei dire che alla fine è un bene avere paura, essere insicuri e non sentirsi all'altezza perché è anche grazie a queste emozioni che ora sono qui e posso dirti di avercela fatta. Alla me di adesso dico: sii sempre affamata di sapere, continua a lottare per chi non può farlo e a lavorare la stessa passione e empatia di sempre.