

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA**  
DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE  
SCUOLA DI DOTTORATO DI SCIENZE UMANISTICHE  
DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE UMANE

CICLO XXXII/2016

**LA PRATICA DELLE CONTENZIONI:  
IL VISSUTO DEL PERSONALE SANITARIO**

S.S.D. M-PED/01

Coordinatore: Prof.ssa Manuela Lavelli

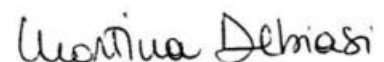
Tutor: Prof.ssa Luigina Mortari

Firma.



**Dottoranda: Dr.ssa Martina Debiasi**

Firma





## SOMMARIO

---

I contesti residenziali costituiscono un ambito particolarmente complesso, dove la qualità della relazione di cura è caratterizzata da aspetti non solo clinici ma anche etici. Il presente studio esplora il contesto delle residenze sanitarie assistenziali, analizzando attraverso le parole degli infermieri, i fattori ed il processo decisionale che attivano i professionisti durante la loro attività infermieristica, in merito alla contenzione fisica. In particolare, questa ricerca esamina i vissuti dei professionisti, per individuare se e come si presentano dilemmi e riflessioni etiche. Questa analisi consente di comprendere il modo in cui vengono vissuti i dispositivi di contenzione così da mettere a fuoco la cultura in atto e da questa analisi poter approfondire il processo decisionale attuato dagli infermieri.

Il campo epistemologico di riferimento è la *Naturalistic inquiry*, che privilegia il ricorso a metodologie di tipo qualitativo e un campionamento di “mirato” (*purposeful sampling*). La filosofia di ricerca a cui lo studio è ispirato è quella fenomenologica. Lo strumento utilizzato è l’intervista semi-strutturata, focalizzata su una serie di domande guida aperte che hanno come obiettivo quello di chiedere ai partecipanti di narrare e descrivere la loro esperienza del fenomeno indagato. È stato inoltre chiesto di narrare un episodio di contenzione, cercando di ripercorrere i vissuti emotivi sperimentati, gli aspetti di criticità ed i dilemmi di tale pratica. Per l’analisi dei dati si è optato per il metodo meticciano fra fenomenologia e *Grounded Theory* ideato da Mortari (2007).

Sono coinvolte in totale sei strutture residenziali della Provincia di Trento e Verona, raccolte e analizzate 42 interviste appartenenti rispettivamente alle sei strutture.

L’analisi dei dati ha fatto emergere come l’esperienza degli infermieri sia caratterizzata ed influenzata da una serie di fattori e variabili: contestuali, organizzative e relative ai pazienti. Il ruolo determinante assunto dagli infermieri emerge in maniera forte, il vissuto che suscita tale pratica è molto variabile, riferiscono vissuti positivi e negativi, dilemmi etici e deontologici.



## ABSTRACT

---

Residential contexts are a particularly complex area, where aspects that are not only clinical but also ethical characterize the quality of the care relationship. The present study explores the context of nursing homes, analyzing through the nurses' perspectives the factors and the decision-making process that activate the professionals during their nursing activity regarding physical restraints. It intends to deepen the main experiences, dilemmas and ethical reflections of the professionals involved, in order to arrive at an understanding of a phenomenon that today is very complex within the contexts of health residences. The epistemological field of reference is the *Naturalistic inquiry*: the qualitative methodological approach, and a purposeful sampling. The research philosophy to which the study is inspired is the phenomenological one, integrated with the use of the eidetic approach. The tool used is the semi-structured interview (SSI), focused on a set of guided open questions that aimed to ask participants to describe the practice about the phenomenon. We asked to tell us, an episode of restraint, trying to arise emotional experiences felled the critical aspects and the dilemmas of this practice. For the analysis of the data, we opted for a mixed method between the phenomenological eidetic method and *Grounded Theory* (Mortari, 2007). Six nursing homes located in the municipalities of Trento and Verona were involved and analyzed 42 interviews belonging to the six different settings. The analysis of the data showed that the experience of nurses is characterized and influenced by a several factors and variables: contextual factors, characteristics of patients, environmental factors, legal implications and organizational policy. The key role played by nurses emerges strongly, the experience that this practice rises is very variable, and they report positive and negative experiences, ethical and deontological dilemmas. The results offer valuable information about the training needs regarding physical restraints.



## INDICE

---

<b>SOMMARIO</b> .....	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>INDICE</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>9</b>
<b>1. IL PROCESSO DELLA CONTENZIONE FISICA E LE IMPLICAZIONI NEI CONTESTI ASSISTENZIALI</b> .....	<b>11</b>
1.1 Definizioni, tipologie, finalità/motivazioni e conseguenze della contenzione.....	11
1.2 Entità e dimensioni del fenomeno contenzione fisica nelle strutture sanitarie residenziali.....	15
1.3 Ragioni etiche, legali e deontologiche della contenzione.....	16
1.4 Il processo che accompagna la decisione di contenere una persona.....	20
1.4.1 Fattori che influenzano il processo decisionale.....	23
1.4.1.1 Fattori legati alle caratteristiche dei pazienti.....	23
1.4.1.2 Fattori legati al personale sanitario.....	24
1.4.1.3 Fattori legati al contesto.....	25
1.4.2 Il processo decisionale eticamente orientato.....	25
1.5 Approcci e strategie alternative per la gestione della contenzione fisica.....	28
1.6 La relazione di cura nei contesti residenziali .....	31
<b>2. The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: a systematic review and meta-analysis</b> .....	<b>33</b>
<b>3. DISEGNO DELLA RICERCA</b> .....	<b>60</b>
3.1 Dal problema alla domanda di ricerca.....	61
3.2 Sfondo epistemologico e metodologico.....	62
3.2.1 Il paradigma naturalistico.....	62
3.2.1.1 L'essenza del concreto: la logica emergenziale della ricerca .....	64

3.2.2 La filosofia fenomenologica.....	65
3.2.3 Il metodo meticciano.....	67
3.2.3.1 Il processo di analisi dei dati.....	69
<i>Azioni sequenziali</i> .....	69
<i>Azioni longitudinali</i> .....	74
3.2.4 Lo strumento di raccolta dati.....	77
<b>4. NARRAZIONE DELLA RICERCA.....</b>	<b>81</b>
4.1 Setting e partecipanti.....	82
4.2 L'esperienza sul campo.....	83
<i>APSP Civica di Trento</i> .....	83
<i>APSP Beato de Tschiderer</i> .....	87
<i>APSP Fondazione Montel</i> .....	89
<i>Casa di cura Pia Opera Ciccarelli</i> .....	91
<i>Residenza Suore Dorotee</i> .....	92
<i>Fondazione O.A.S.I.</i> .....	93
4.3 Narrazione del percorso di raccolta dati .....	96
<b>5. ANALISI DEI DATI.....</b>	<b>97</b>
<b>5.1 Definizione di contenzione.....</b>	<b>99</b>
5.1.1 La definizione concettuale – teorica di contenzione.....	99
5.1.2 La definizione descrittiva di contenzione.....	103
5.1.3 La definizione personale di contenzione.....	105
<b>5.2 L'assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere nella pratica.....</b>	<b>109</b>
5.2.1 Analisi del concetto di <i>decision-making</i> .....	109
5.2.2 Decisione assunta in toto dal medico, dall'infermiere e co-partecipata.....	109
<b>5.3 Rapporti di collaborazione con il team e la famiglia.....</b>	<b>116</b>
5.3.1 Rapporto con il team assistenziale.....	116
5.3.2 Rapporto con la famiglia e caregiver informale.....	122
<b>5.4 Prassi implicite nel contesto e policy aziendali.....</b>	<b>129</b>
<b>5.5 Modalità di applicazione della contenzione.....</b>	<b>136</b>
5.5.1 Applicazione automatica da parte dell'operatore .....	136
5.5.2 Applicazione per tipologia di utente.....	137



5.5.3 Applicazione caso per caso.....	141
5.5.4 Utilizzo della contenzione in casi eccezionali.....	144
<b>5.6 Motivazioni che portano ad applicare la contenzione.....</b>	<b>147</b>
<b>5.7 Motivazioni per non applicare un mezzo di contenzione.....</b>	<b>161</b>
<b>5.8 Motivazioni per non rimuovere le contenzioni.....</b>	<b>165</b>
<b>5.9 Valutazione delle contenzioni.....</b>	<b>168</b>
5.9.1 Cultura o meno della valutazione dei casi in atto.....	168
5.9.2 Evoluzione della cultura della valutazione delle contenzioni.....	173
5.9.3 Rischi della contenzione.....	175
5.9.4 La valutazione della contenzione a partire dal vissuto dell'ospite.....	179
<b>5.10 Sguardo dell'operatore sui vissuti dell'ospite.....</b>	<b>181</b>
5.10.1 Vissuti privi di componente emozionale soggettiva: descrizione della reazione dell'ospite senza sguardo empatico.....	181
5.10.2 Valutazione della tolleranza e reazione dell'ospite con uno sguardo di attenzione.....	185
5.10.3 La profonda interpretazione del vissuto dell'altro ma che non porta ad empatia.....	187
5.10.4 Agency empatica.....	190
5.10.5 Il vissuto dell'ospite influenza l'operatore.....	196
<b>5.11 Vissuti e riflessioni dell'operatore.....</b>	<b>197</b>
5.11.1 Dilemma interiore del professionista.....	206
<b>5.12 Pratiche alternative alla contenzione.....</b>	<b>213</b>
5.12.1 Richiesta consapevole dell'ospite per un uso alternativo della contenzione.....	219
<b>6. STORIE ESEMPLARI.....</b>	<b>222</b>
<b>7. DISCUSSIONE.....</b>	<b>230</b>

## **BIBLIOGRAFIA**

### **APPENDICE**

- A. *Search strategy*
- B. *Definition and measured status of restraint in included study*
- C. *Tabelle integrative dati socio-anagrafici degli operatori e Frequenze delle etichette nelle interviste*
- D. *Analysing how factors affects nurses' decision-making process: a phenomenological based qualitative study in nursing home contexts*



## INTRODUZIONE

---

I contesti sanitari residenziali rappresentano un contesto complesso, dove la qualità della relazione di cura che si instaura tra operatori, residenti e familiari risulta fondamentale per la realizzazione di un'efficace azione di cura che consideri la persona nella sua globalità fisica, psicologica e sociale. Gli elementi costitutivi di tale relazione difficilmente rientrano in aspetti quantificabili o misurabili e pertanto, per essere adeguatamente compresi, richiedono un metodo capace di coglierne le qualità essenziali.

Il presente studio coinvolge strutture residenziali distribuite sul territorio della Regione Veneto e Trentino, ed ha come oggetto d'indagine il comprendere il modo in cui vengono vissuti i dispositivi di contenzione così da mettere a fuoco la cultura in atto e poter rimodulare i processi formativi e organizzativi. Nello specifico, l'interesse è rivolto al vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell'uso delle contenzioni. La cornice epistemologica di riferimento è quella propria della *Naturalistic Inquiry* e un metodo d'indagine adeguato alla specificità del fenomeno è quello fenomenologico, che si occupa dei vissuti della coscienza (Mortari, 2007). Tale metodo declinato nel campo della ricerca del *nursing* permette di esplorare i significati dell'esperienza, con lo scopo di giungere a una descrizione il più possibile dettagliata e fedele dei fenomeni osservati.

Lo strumento impiegato è l'intervista semi-strutturata (Mortari & Zannini, 2017), focalizzata su domande aperte correlate all'esperienza dell'operatore; tali domande hanno l'obiettivo di far narrare all'infermiere la propria pratica assistenziale e una esperienza rilevante in merito alla decisione di contenere un residente. Attraverso il lavoro di analisi dei dati, operato secondo il metodo meticciano che prevede la fusione del metodo fenomenologico e della *Grounded Theory* (Mortari, 2007), la ricerca esamina i vissuti emotivi e cognitivi dei professionisti, per individuare se e come si presentano dilemmi e riflessioni etiche. Questa analisi consente di comprendere i vissuti cognitivi e affettivi che accompagnano la pratica dell'uso delle contenzioni individuando i fattori che ostacolano e quelli che facilitano la relazione di cura e la pratica *patient - centred*.

Grazie all'adozione dell'approccio qualitativo, è possibile accedere ai significati attribuiti dagli intervistati alla esperienza di contenzione e a come gli atteggiamenti dei pazienti possono influenzare il vissuto dell'operatore sanitario. Un'ulteriore motivazione che sottende la presente ricerca ha a che fare con il tema del non adeguato riconoscimento del carico di lavoro emotivo che investe l'infermiere dopo aver utilizzato delle contenzioni fisiche-meccaniche. La presente ricerca ha come obiettivo culturale di portare l'attenzione su questo fenomeno problematico affinché si attivino politiche di riconoscimento adeguate

agli operatori e innovazioni efficaci nella formazione. Nel seguente capitolo vengono esposti i dati emersi in letteratura sulla contenzione fisica nei contesti residenziali e affrontati aspetti rilevanti per la pratica infermieristica con lo scopo di aiutare a comprendere meglio le dinamiche clinico, organizzative ed etiche che entrano in gioco. L'intento è quello di ripercorrere quali sono i fattori che influenzano i processi riflessivi e decisionali dei professionisti in merito ad aspetti clinici, medico-legali ed etici, cercando di delineare la cornice epistemologica in modo tale da contestualizzare il presente studio e definire quali sono gli aspetti che necessitano di ulteriori approfondimenti.

Nel primo capitolo vengono introdotte le definizioni concettuali più diffuse in letteratura, le tipologie di contenimento, le motivazioni che inducono l'applicazione e i rischi che derivano. A supporto vengono affrontate le ragioni bioetiche e legali, esplicitando aspetti emersi nei documenti ufficiali del Comitato Nazionale di Bioetica (2015) in merito a dilemmi e riflessioni sulla pratica della contenzione fisica e come le leggi e le normative della giurisdizione italiana si pronunciano sull'argomento. Vi è poi una sezione, dedicata al concetto di responsabilità professionale nel processo decisionale, in cui vengono sintetizzati i fattori che favoriscono e complicano la gestione della contenzione. Parallelamente sono affrontate entità e dimensioni del fenomeno all'interno dei contesti residenziali, analizzati i dati di prevalenza a livello italiano e internazionale. A conclusione di capitolo sono affrontate ed esposte le strategie alternative alla contenzione messe in pratica dagli infermieri a seguito delle suggestioni emerse in letteratura e una breve riflessione in merito alla relazione di cura nei contesti residenziali.

Nel secondo capitolo sono riportati i risultati della revisione sistematica con meta-analisi sull'efficacia degli interventi educativi comparati a quelli multicomponente per la riduzione della contenzione fisica all'interno delle strutture residenziali. L'approccio multicomponente prevede diversi approcci a supporto dell'educazione come la possibilità di consulenza di un infermiere specializzato e/o sessioni di confronto e discussione. Dalla revisione della letteratura emergono elementi utili che guidano e supportano il processo decisionale degli infermieri coinvolti.

# 1. IL PROCESSO DELLA CONTENZIONE FISICA E LE IMPLICAZIONI NEI CONTESTI RESIDENZIALI

---

## 1.1. Definizioni, tipologie, finalità/motivazioni e conseguenze della contenzione

Nonostante la contenzione sia da tempo oggetto di dibattito su scala nazionale e internazionale, non si è giunti ad una definizione univoca e condivisa.

In Italia, il Comitato Nazionale di Bioetica (2015) ha cercato di fare chiarezza e di fornire una definizione completa di contenzione fisica, descrivendola come *“qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchiatura fissata, o posta vicino, al corpo di una persona e che non può essere controllata, o rimossa facilmente dalla persona e che previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo della persona ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona al proprio corpo”*.

Allo stesso tempo, la contenzione è stata definita anche da un punto di vista normativo – legale come *“Quell’azione che limita o impedisce i movimenti autonomi della persona all’interno degli ambienti di cura o di quelli assistenziali incidendo negativamente sulla libertà e sulla indipendenza ancorché essa sia finalizzata ad un obiettivo di salute e, più frequentemente, ad impedire e prevenire le cadute e a contenere l’auto e l’etero aggressività”* (Cembrani, 2017).

A livello internazionale, nel 2016 un gruppo di esperti ha condiviso attraverso una *Consensus Conference* la seguente definizione di contenzione: *“Any action or procedure that prevents a person’s free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person’s body that he/she cannot control or remove easily”* (Bleijlevens, Wagner, Capezuti & Hamers, 2016 vol. 64, no. 11 p. 2309) ovvero *“qualsiasi azione, procedura o mezzo applicato o adiacente al corpo, che la persona non può controllare o rimuovere facilmente, che impedisce la libertà di movimento atta ad assumere una posizione di scelta e/o l’accesso al proprio corpo”*.

Nelle definizioni precedentemente riportate emergono elementi comuni come la privazione della libertà e dell’autonomia di azione, ma nella definizione di Cembrani (2017) queste vengono motivate/finalizzate alla tutela della persona assistita. In Appendice (Allegato B) vengono riportate le definizioni emerse in letteratura, dal punto di vista concettuale e operativo.

Le tipologie di contenzione sono molteplici: fisica o meccanica, farmacologica, ambientale e psicologica. La contenzione fisica o meccanica si avvale di dispositivi applicati al corpo

della persona o allo spazio circostante allo scopo di limitarne il movimento o bloccare segmenti corporei per ottenere una postura e/o atteggiamento obbligati. Prevede l'uso di molteplici mezzi che permettono di assolvere a tale fine: bracciali per polsi e caviglie, fasce addominali per bloccare al letto o alla carrozzina, fasce pelviche, corsetti con bretelle, cinture pelviche, tavolini per carrozzina, speciali tipologie di lenzuola, che si indossano come una maglia lasciando libere braccia e mani ma che impediscono alla persona di alzarsi dal letto in autonomia, mentre le tipologie innovative includono le tute di contenzione utilizzate per prevenire la svestizione incontrollata e imbrattamento con liquidi biologici (Zanetti et al., 2012; Heinze, Dassen & Grittner, 2012).

Quando si parla di contenzione fisica o meccanica, la letteratura include anche la pratica di *holding*, ovvero della modalità utilizzata dall'operatore per contenere e gestire situazioni di crisi, ricorrendo all'impiego del proprio corpo, con l'obiettivo di stabilire un dialogo con l'utente oppure di fargli fare una determinata azione. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, generalmente si tratta di una azione di breve durata utile a creare una relazione e mantenere aperta la negoziazione con l'obiettivo di trovare soluzioni e scelte condivise. Nonostante l'*holding* rappresenti una delle procedure di *de-escalation* nelle crisi di aggressività dei pazienti, permettendo di alleviare la loro rabbia e la sofferenza, diversi autori attribuiscono una connotazione negativa a tale pratica in quanto prevede l'utilizzo della forza e/o della limitazione fisica per eseguire trattamenti ed esami medici, o attività assistenziali come igiene e vestizione e va a ledere la volontà e dignità umana della persona che ne è soggetta (Kirkevold & Engedal, 2004; Testad et al., 2010).

Per quanto riguarda la contenzione farmacologica è prevista la somministrazione di farmaci, generalmente antipsicotici, neurolettici e benzodiazepine, in dosi più elevate rispetto alle correnti indicazioni terapeutiche, con lo scopo finale di ottenere l'ottundimento della volontà e delle reazioni del paziente. La sedazione farmacologica viene utilizzata principalmente nella gestione degli stati di agitazione psico-motoria e di aggressività (CNB, 2015).

La contenzione ambientale comprende cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitarne e controllarne i movimenti. In letteratura emerge il concetto di coercizione strutturale che include metodi come la sorveglianza elettronica, la chiusura centralizzata delle porte, i sensori di movimento e la video sorveglianza all'interno delle strutture residenziali (Testad et al., 2010). Il Comitato Nazionale di Bioetica (2015) riporta una ulteriore modalità di contenzione ambientale, definita *seclusion* o reclusione, che prevede la chiusura del paziente in celle di isolamento. Tale pratica, ereditata dagli ospedali

psichiatrici è ormai in disuso in gran parte del mondo, se non in contesti selezionati e su specifici pazienti.

Infine, la contenzione psicologica o relazionale-emotiva prevede l'utilizzo dell'ascolto e dell'osservazione empatica per ridurre e gestire l'aggressività del soggetto, che si sente rassicurato e compreso, e assume una valenza positiva se confrontata alle precedenti modalità di contenimento (Mongardi et al., 2014).

La tesi si focalizza sulla contenzione fisica-meccanica poiché è quella che coinvolge maggiormente i team infermieristici che operano nei contesti residenziali.

Le motivazioni che portano all'utilizzo della contenzione sono in parte già emerse all'interno delle definizioni riportate; spesso vengono utilizzate per ridurre il rischio di scivolamento o caduta accidentale dal letto, ma anche per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi in autonomia (Casarri, 2007, Möhler et al., 2011).

L'elemento cardine che induce il professionista ad utilizzare la contenzione è quindi la prevenzione di eventi avversi. Questa finalità viene perseguita principalmente in soggetti con specifiche caratteristiche e/o patologie, quali diagnosi di demenza o declino cognitivo, agitazione psicomotoria, aggressività auto e/o eterodiretta, stato confusionale, dipendenza nelle attività di vita quotidiana (*Activities of Daily Living -ADL*), deficit fisici e/o motori, che vengono identificate come potenziali fattori di rischio (Heinze et al., 2012; Minnick et al., 2007; Meyer et al., 2008; Hofmann et al., 2015; Heeren et al., 2014; Hofmann et al., 2014).

Un'altra motivazione che giustifica l'uso di mezzi contenitivi è il mantenimento dei trattamenti medici, ovvero la prevenzione della rimozione e/o dislocazione di device utili per la gestione medico-sanitaria, quali il sondino nasogastrico e il catetere vescicale (Attanasio et al., 2009; Fariña-López et al., 2014; Huang et al., 2014; Kurata & Ojima, 2014; Minnick et al., 2007). In letteratura esistono risultati contrastanti nel definire una correlazione diretta tra variabili organizzative e/o caratteristiche dello staff e utilizzo della contenzione. Infatti, mentre alcuni autori hanno riscontrato un minor utilizzo della contenzione in presenza di un adeguato numero di infermieri preparati (Castle, Fogel & Mor, 1997; Koneztko et al., 2014), o specularmente, di un maggior utilizzo dovuto alla carenza dello staff assistenziale (Isfort & Weidner 2010; Feng et al., 2008); altri autori non hanno riscontrato tale relazione (Hofmann et al., 2015; Heeren et al., 2014; Huizing et al., 2006; Heinze et al., 2012).

Nonostante le motivazioni sopra riportate, la letteratura è concorde nell'affermare che le contenzioni fisiche non siano associate a una riduzione del numero di cadute o ad una riduzione dei danni correlati ad esse (Capezuti et al., 2004, Hamers et al., 2004; Luo et al.,

2011), ma addirittura ne aumentino il rischio e ne peggiorino le conseguenze (Marques, Queirós, Apóstolo, Cardoso, 2017; Sze, Leng, Lin, 2012).

In merito a quest'ultimo aspetto, Evans et al. (2003) nella loro revisione sistematica ritengono importante la differenziazione delle lesioni associate alla contenzione fisica, dividendole in due gruppi:

a. danni diretti: causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione fisica che può portare a lacerazione, abrasione fino allo strangolamento, asfissia da compressione della gabbia toracica

b. danni indiretti: comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

Non è chiaro se vi sia una maggiore prevalenza di danni diretti o indiretti, alcuni studi hanno però dimostrato che la contenzione può essere causa diretta di morte e sembra esservi una relazione diretta tra durata della contenzione e comparsa di danni indiretti (Evans et al., 2003; Bellenger et al., 2017a).

Nello specifico, l'utilizzo prolungato della contenzione fisica può aumentare il rischio di sviluppare infezioni, incontinenza, riduzione del tono e della massa muscolare e peggioramento dell'osteoporosi. Parallelamente si può assistere ad un declino funzionale complessivo della persona con peggioramento dei punteggi nella scala *Activity Daily Living* (ADL) e scala di Barthel, che si traducono a livello pratico in riduzione delle abilità motorie e aumento del grado di disabilità fisica e funzionale del soggetto (Cadore et al., 2014; Köpke et al., 2012; Gulpers et al., 2011; Gulpers et al., 2012; Koczy et al., 2011; Pellfolk et al., 2010; Foebel et al., 2016); e ad un declino cognitivo che si associa ad agitazione psicomotoria e disturbi comportamentali (Foebel et al., 2016).

Le evidenze sottolineano la negatività della pratica di contenzione non solo per gli effetti organici ma anche per quelli psicosociali, quali stress, depressione, paura, sconforto, umiliazione legati sia alla presenza del mezzo di contenzione sia alla riduzione delle attività sociali (Evans et al., 2002a).



## **1.2 Entità e dimensioni del fenomeno contenzione fisica nelle strutture sanitarie residenziali**

Nonostante le contenzioni fisiche non siano associate a una diminuzione del numero di cadute o dei danni ad esse correlati e negli ultimi decenni sia stata spesso raccomandata una riduzione del suo uso (Hamers & Huizing 2005; Sze, Leng, Lin, 2012), continua ad essere usata nella pratica clinica come strumento di prevenzione (Capezuti et al., 2004, Hamers et al., 2004), soprattutto nelle strutture sanitarie residenziali, con una prevalenza che varia a livello internazionale dal 2.6% all'85% (Hamers & Huizing 2005; Meyer, Köpke, Haastert & Mühlhauser, 2008; Huizing, Hamers, De Jonge, Candel, Berger, 2007; Beerens et al., 2014; Hofmann et al., 2015; Feng et al., 2009; Heeren, Van de Water, De Paepe, Boonen, Vleugels, 2014; Heinze et al., 2012;).

Da uno studio condotto in Italia, seppur datato, è emerso che il ricorso ai mezzi di contenzione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) variava dal 17.5% dell'Abruzzo al 41.7% dell'Emilia-Romagna (Costantini, 1996). In un ulteriore studio condotto nel 1999 in 68 RSA del Comune di Milano, il 21% degli ospiti risultava contenuto (sponde a letto escluse) (Sirchia et al., 2001). Uno studio *cross-sectional* più recente ha mostrato invece come nelle RSA della Lombardia e della Provincia di Aosta la prevalenza di contenzione fosse del 68.7% (Zanetti et al. 2012). Più precisamente, la Provincia di Aosta era la realtà con la prevalenza di contenzione più bassa (58.6%); mentre la più alta si è riscontrata nella Provincia di Monza (82.4%). Inoltre, i residenti appartenenti a nuclei speciali (es. nuclei Alzheimer) erano meno contenuti rispetto ad utenti appartenenti a nuclei standard (63.3% vs. 69.2%), anche se tale differenza non è risultata statisticamente significativa (Zanetti et al., 2012).

L'ampia variabilità della prevalenza può essere dovuta alle diverse definizioni di contenzione fisica utilizzate, all'impiego di tecniche di raccolta dati, alle dimensioni e caratteristiche del campione, alle caratteristiche del *setting* di cura, alla variabilità clinica dei pazienti ed a modelli politici e legislativi degli Stati/regioni in cui sono stati condotti gli studi (Hamers & Huizing, 2005). Ad esempio, la percentuale di contenzione si modifica ampiamente se le sponde a letto vengono considerate o meno come presidio contenitivo (Kuronen, Kautiainen, Karappi, Hartikainen & Koponen, 2017). Le condizioni cliniche, quali deterioramento cognitivo e/o demenza, associata a disturbi comportamentali, presenti frequentemente nei residenti delle RSA, possono avere un impatto significativo sulla prevalenza riportata di contenzione fisica, infatti rendono complessa l'assistenza e aumentano il rischio di utilizzo di mezzi contenitivi (Huizing et al., 2007).

Anche il setting di cura può influenzarne l'occorrenza, infatti nelle unità speciali come i nuclei Alzheimer, le soluzioni ambientali adottate, le strategie assistenziali altamente personalizzate, e l'aumentato standard di personale sembrano ridurre il ricorso alla contenzione fisica, ma tale differenza non è significativa (Hofmann et al., 2015; Zanetti et al., 2012).

In conclusione, analizzando complessivamente i dati sulla prevalenza di contenzione fisica, nelle *nursing home* europee è ancora oggi rilevante e con un'alta variabilità tra gli studi considerati. Le importanti differenze metodologiche e cliniche che contribuiscono all'eterogeneità dei dati riportati in letteratura, rendono difficile il confronto delle prevalenze di studi differenti.

### **1.3 Ragioni etiche, legali e deontologiche della contenzione**

La dimensione etica che caratterizza tale pratica è oggetto di dibattito e confronto a livello nazionale e internazionale. Di seguito viene affrontata tale connotazione sotto differenti approcci, legislativo ed etico. Sul piano etico la contenzione collude con il principio sancito dalla Costituzione Italiana sull'inviolabilità della libertà personale (art. 13); pertanto, la decisione di limitare la libertà di una persona è complessa e deve tener conto di molte variabili, inoltre i risvolti etici che suscita porta i professionisti sanitari a viverla come una scelta a elevata criticità e conflittualità decisionale.

Il Comitato Nazionale di Bioetica – CNB (2015) affronta il tema della contenzione e delle sue implicazioni bioetiche, con riferimento in particolare ai pazienti psichiatrici e agli anziani e all'uso della contenzione fisica o meccanica, in quanto la più diffusa. Numerose prese di posizione di organismi internazionali e dello stesso CNB in precedenti pareri hanno già indicato con chiarezza l'obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, considerandolo un residuo della cultura manicomiale. Tuttavia, la pratica di contenere i pazienti risulta essere tuttora applicata, in forma non eccezionale. Il CNB afferma che, nonostante la scarsità degli studi, dalla ricerca disponibile la cultura, l'organizzazione dei servizi e l'atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, e più della gravità dei pazienti, sull'utilizzo della contenzione nella pratica assistenziale. Il CNB sottolinea che il rispetto dell'autonomia e della dignità costituisce il presupposto per un intervento terapeutico-assistenziale efficace e ribadisce pertanto l'orizzonte bioetico del superamento della contenzione, che rappresenta in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Evidenzia inoltre che, sebbene sul piano giuridico gli operatori sanitari possano giustificare l'applicazione di mezzi contenitivi in situazioni eccezionali e come *extrema ratio*, ciò non modifica i presupposti etici della regola della non-contenzione.

Anche il Comitato danese di Etica (2012), seppur in un documento che riguardava l'ambito psichiatrico, afferma il principio che la coercizione rappresenta invariabilmente una violazione, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi. Inoltre, costituisce un ostacolo alla relazione fra curante e curato, relazione che rimane il principale strumento terapeutico (CNB, 2015).

La contenzione realizzata con strumenti fisici o ambientali è una questione controversa non solo dal punto di vista etico ma anche dal punto di vista giuridico e deontologico. Il regolamento manicomiale (1909), all'articolo 60 prevedeva l'uso della contenzione limitato ai *setting* manicomiali, in "casi eccezionali" e "solo in seguito all'autorizzazione scritta del Direttore oppure del medico della struttura", sottolineando che "tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione". Dalla chiusura dei manicomi operata con la legge 180/1978 sono spariti gli unici riferimenti normativi all'unica tipologia di contenzione regolamentata nel nostro ordinamento: la contenzione fisica o meccanica (limitata al settore psichiatrico). I riferimenti normativi oggi sono dati dagli articoli della Costituzione che realizzano l'autodeterminazione (art. 2), il diritto all'invulnerabilità della libertà personale (art. 13) e il diritto alla salute e alla dignità (art. 32) (Cembrani, 2017).

Nel silenzio della legge è stata la giurisprudenza a delineare i principi giuridici e le condizioni di liceità e di illiceità dell'utilizzo dei mezzi di contenzione. La giurisprudenza si è occupata, pressoché esclusivamente, della contenzione fisica/meccanica e dopo una serie di pronunce, la Cassazione ha definito che la contenzione non è un "atto medico", in quanto non cura, ed essendo un presidio di restrizione della libertà personale ha una mera funzione cautelare. La liceità dell'uso dei mezzi contenitivi viene – dai Supremi Giudici – giustificata solo nelle ipotesi previste dall'articolo 54 del Codice penale che recita testualmente: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Gli elementi portanti dello stato di necessità sono quindi: a) il pericolo attuale di un danno grave alla persona, che deve essere riscontrato in modo "puntuale e dettagliato" e non prevede la contenzione preventiva; b) l'inevitabilità del pericolo, che deve essere valutata in relazione a strumenti alternativi alla contenzione; c) la proporzionalità del fatto.

Da molti anni la deontologia di alcune professioni sanitarie si è fatta carico di regolamentare o, più precisamente, di indicare alcuni principi sulla contenzione con accenti e toni diversi.

Il codice di deontologia medica (FNOMCeO, 2014) dedica l'articolo 32, ultimo comma alla contenzione: art. 32 u.c. Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili. "Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona". Di fatto prevede la liceità della contenzione ancorandola alla "prescrizione medica", anche quando si configura come atto non terapeutico, come per esempio la contenzione fisica. Emerge un'impostazione diversa dal giudizio della cassazione che non lo ritiene un atto medico e quindi soggetto a prescrizione. A differenza della contenzione farmacologica che rimane, nella fase prescrittiva, di stretta competenza medica.

Secondo la Cassazione, quando il personale sanitario si trova a contenere manualmente, ad applicare mezzi meccanici o attuare misure di restrizione ambientale non avendo natura terapeutica ma cautelativa deve essere indicata dal personale che ha in carico il paziente e assume valenza di garanzia alla presa in carico. A seconda delle circostanze può essere decisa dal medico, dall'infermiere, dall'operatore socio-sanitario e dai caregiver domiciliari. Il nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche (2019) dedica l'articolo 35 alla contenzione, che recita: "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". Il codice deontologico della professione infermieristica risulta in linea con gli indirizzi dati dalla Cassazione relativo ai principi e ai comportamenti riguardanti allo stretto perimetro della liceità dei mezzi di contenzione fisica/meccanica.

È bene però ricordare un'importante sentenza del caso Mastrogiovanni – che ha determinato la condanna per medici e infermieri per il grave reato di sequestro di persona ex art. 605 cp. Il codice deontologico delle professioni infermieristiche del 2009, nella parte in cui indicava che l'infermiere si doveva "adopera(re)" affinché la contenzione fosse evento straordinario "sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali", è stata la base per la condanna degli infermieri che avevano, a detta dei Supremi giudici, un "obbligo giuridico autonomo" diverso dal medico e in virtù proprio del disposto deontologico avevano l'obbligo di "sottrarsi" alla contenzione.

La contenzione realizzata con esclusive finalità cautelari – nello stretto perimetro dello stato di necessità – rientra nell’esercizio e al concetto professionale di presa in carico. Prendere in carico un paziente significa, tra l’altro, garantirne la sua sicurezza e la sua integrità fisica. Trattenere un paziente confuso in un reparto, impedire la dislocazione di un device (catetere vescicale, tubo endotracheale, drenaggio toracico solo a titolo esemplificativo) tramite una contenzione fisica/meccanica attiene alla presa in carico dentro un rapporto di proporzionalità. Invocare, in questi casi, i principi costituzionali di autodeterminazione verso chi non è in grado di autodeterminarsi, nei confronti cioè di chi non è in grado di manifestare la propria volontà (un paziente affetto da demenza, un paziente confuso) può costituire un non senso.

La discussione professionale ha il dovere di individuare il corretto utilizzo dei mezzi, dei loro limiti, della finalità di preservare l’integrità fisica e, ancora prima, diritti e dignità della persona secondo quanto indicato dalla Corte di cassazione. Ed è quello che la professione infermieristica in questi decenni ha fatto adottando protocolli e regole deontologiche.

L’utilizzo dei mezzi di contenzione fuori dal perimetro indicato dalla Cassazione, ovvero quello cautelare, espone a vari reati chi la pone in essere. Il termine “cautelare” è da intendere come la preservazione dell’integrità fisica della persona assistita nel processo di cura.

La complessità della tematica emerge in maniera rilevante non solo a livello italiano ma anche europeo; per ridurre la variabilità e l’arbitrarietà tra contesti e operatori molte organizzazioni sanitarie hanno elaborato protocolli per disciplinare l’uso della contenzione con lo scopo finale di limitarne l’utilizzo (Gulpers et al., 2012; Testad et al., 2016). Tuttavia, basandosi sull’assunto che la contenzione non deve essere considerata un atto sanitario preventivo e di cura, regolamentarla con un protocollo significa accettarla come pratica lecita, in contrasto con le implicazioni etico-giuridiche sopra esposte. Tuttavia, è complesso considerare la contenzione una pratica assistenziale illecita e non consentita poiché in alcuni casi risulta essere necessaria e doverosa per la gestione del paziente. Una variabilità che crea criticità nella scelta e gestione della contenzione poiché non vi è una linea chiara, ma è necessaria competenza clinica e professionale guidata dai valori etici e di rispetto per la persona. Le professioni sanitarie, devono impegnarsi nei fatti concreti perché “la dignità umana non sia solo un orpello retorico di cui si può fare a meno e che viene invocato solamente in casi di necessità” (Cembrani, 2017, p. 78). La dignità è un cardine senza il quale viene a perdersi l’identità della persona assistita, è quindi fondamentale che la relazioni di cura sia rivolta a questo fine, e la contenzione utilizzata

con criterio e rigore. Le indicazioni deontologiche e legali sono importanti ma non aiutano ad affrontare la variabilità delle situazioni che si presentano nella pratica assistenziale quotidiana e da questa considerazione è nato il nostro focus di ricerca.

#### **1.4 Il processo che accompagna la decisione di contenere una persona**

Gli infermieri giocano un ruolo chiave nei processi decisionali in merito alla contenzione fisica, sono primariamente coinvolti nel segnalare la necessità di contenzione, nell'applicarla e nella sorveglianza continua. Decidere di attivare una contenzione è il risultato di una traiettoria complessa per le implicazioni etiche e l'integrazione con gli altri professionisti e orientata primariamente alla sicurezza della persona. Il processo decisionale viene inteso come quel "processo cognitivo che valuta diverse componenti in atto per analizzare un problema e cercare di trovare diverse strategie d'azione cercando di arrivare a una risoluzione del problema" (Mortari e Silva, 2014 p. 39-40), e influenzato da numerosi fattori interni ed esterni al professionista coinvolto. La decisione implica un comportamento volontario e intenzionale che nasce da un ragionamento che l'infermiere attiva per risolvere un problema. La decisione di applicare una contenzione inizia ancora prima di posizionarla e finisce una volta che è stata rimossa (Kontio et al., 2010). Il processo che accompagna la decisione di contenere o meno un paziente è stato scarsamente studiato nella letteratura internazionale e unicamente nei reparti geriatrici per acuti (Goethals et al., 2012, 2013a, b).

Goethals e colleghi (2012, 2013a, b) hanno condotto uno studio qualitativo utilizzando l'approccio *Grounded Theory* ed hanno intervistato 21 infermieri di geriatria con l'obiettivo di esplorare e descrivere il processo di presa di decisione nell'applicazione della contenzione fisica. Dall'analisi delle interviste è emerso che, nella maggior parte dei casi, il processo di *decision making* è costituito da due fasi: *comprendere la situazione del paziente* e la *presa reale di decisione*. In circostanze ideali la decisione è presa in seguito ad un accertamento completo della situazione che permette agli infermieri di definire chi è il paziente e qual è l'opzione più appropriata per la persona. La decisione può essere presa dall'infermiere da solo, in collaborazione con un collega o con il resto del team. Alcune decisioni sono discusse durante meeting strutturati, altre sono prese ad hoc al letto del paziente; vengono raccolte informazioni in merito alle condizioni cliniche, funzionali, al comportamento del paziente, e al suo background sociale, utilizzando diverse fonti quali l'osservazione diretta, la documentazione clinica e i caregiver informali (Goethals et al., 2013b).

Dopo aver analizzato la situazione, si assiste al reale processo decisionale che si può

ulteriormente suddividere in tre sottofasi principali: aspettare, dare delle possibilità, usare alternative; il momento decisivo; e rivalutazione della decisione (Goethals et al., 2013b).

*Sottofase 1: aspettare, dare delle possibilità, usare alternative.* La contenzione fisica viene usata solo quando non esiste un'altra opzione, viene fornita ai pazienti la possibilità di evitare interventi come la contenzione. In questa fase il professionista viene attivamente coinvolto nell'osservazione e nella valutazione del paziente; mette in atto varie alternative, come parlare con i pazienti, toccarli e orientarli per risolvere, per esempio, un comportamento disturbante. La personalità del professionista gioca un ruolo chiave nella gestione della sicurezza del paziente con disturbi del comportamento. Anche il tempo a disposizione risulta essere un importante fattore nell'utilizzo di alternative alla contenzione.

*Sottofase 2: il momento decisivo.* Il momento decisivo è quella situazione in cui l'infermiere decide di utilizzare la contenzione. Quando la sicurezza del paziente e il comfort degli altri pazienti nel reparto vengono messi a repentaglio sono situazioni considerate come "momenti decisivi".

*Sottofase 3: rivalutazione della decisione.* L'atto di valutare e rivalutare costantemente la situazione è un aspetto che deve essere garantito costantemente dai professionisti. Tale processo di rivalutazione aiuta a confermare la decisione presa o a modificarla; tale approccio permette l'adeguamento della decisione, come la riduzione o l'interruzione dell'uso della contenzione. Osservando le diverse fasi emerge come il processo decisionale in merito all'utilizzo della contenzione sia un processo dinamico e variabile, perché il processo porta all'attuazione di differenti approcci, valutando l'uso della contenzione. Vista la variabilità, le decisioni hanno carattere temporaneo e reversibile, ciò significava che le contenzioni fisiche vengono utilizzate solo quando necessarie. Spesso la scelta di utilizzare la contenzione dipende dal comportamento del paziente, dal contesto e dalla personalità del professionista. Condizioni in cui non sia possibile una supervisione oppure per la gestione degli stati confusionali. Il fatto che la temporalità sia una caratteristica fondamentale del processo decisionale lo è anche la reversibilità. Nella maggior parte dei casi, la reversibilità deve essere intesa come la possibilità di sospendere le contenzioni utilizzate in precedenza. Tale caratteristica permette di valutare continuamente le decisioni; seguire e valutare meticolosamente il comportamento del paziente ed eventuali rischi associati. La situazione del paziente può cambiare e la reversibilità permette di modificare le decisioni precedentemente assunte. Per tale motivo si può assistere ad una variabilità decisionale; il

processo decisionale viene raramente vissuto come una decisione fissa ma è il risultato di un intenso processo continuo di osservazione, sperimentazione di alternative e valutazione olistica della situazione.

Le persone coinvolte nel processo decisionale possono variare ampiamente; sebbene l'infermiere assuma un ruolo decisivo nel processo decisionale, il ruolo assunto dal medico può variare a seconda di abitudini e regole del contesto. Anche la famiglia del residente assume un ruolo all'interno di tale processo, vengono rispettati i desideri della famiglia in merito all'uso della contenzione fisica. I turni serali e durante il servizio notturno, quando il tempo è limitato e il personale scarso, sono le situazioni che portano il professionista a decidere in maniera autonoma, ma se possibile viene considerato facilitante il consulto con i propri colleghi e lo scambio di opinioni (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Goethals et al., 2013b).

*Processo decisionale ragionato, routinario e intuitivo.* Nella maggior parte delle situazioni gli infermieri giungono ad una decisione motivata basata su uno o più pazienti e/o elementi relativi al contesto. L'aggressività del paziente è una delle motivazioni tipiche che spingono all'applicazione della contenzione fisica. Spesso, si tratta di decisioni motivate risultanti da consultazioni con il team o con un collega, durante le quali sono stati pesati pro e contro della scelta. Le decisioni routinarie sono principalmente legate all'uso di misure di contenzione non invasive come sponde laterali e tavolini. Queste modalità preventive vengono spesso utilizzate per i nuovi pazienti con mobilità ridotta. In molti casi, gli infermieri non considerano queste misure come restrittive, ma piuttosto come strumenti utili nella cura. In altri casi sembra che il professionista giunga alla decisione finale in maniera intuitiva, invece di basare le sue decisioni su ragioni logiche, preferisce seguire sentimenti personali. Tale approccio è comune nelle situazioni in cui il personale si sente coinvolto/toccato dalla situazione del paziente oppure in situazioni di imminente peggioramento in cui ritiene necessario vigilare la situazione intervenendo per evitare danni.

*Il processo decisionale è accompagnato da certezza o incertezza.* La decisione di utilizzare un mezzo di contenzione è spesso accompagnata da vari gradi di certezza. Alcuni infermieri sono molto sicuri della propria decisione, altri *esitano durante il processo decisionale*.

*Decisioni ovvie e necessarie.* Le decisioni più comuni sono quelle prese quando gli infermieri si sentono sicuri; in situazioni in cui il comportamento del paziente è chiaro e



prevedibile. In queste situazioni, gli infermieri riescono a determinare se l'aggressività verbale e fisica sta peggiorando.

*Decisioni accompagnate da dubbi.* Le situazioni in cui gli infermieri esitano ad assumere decisioni sono quelle in cui manca chiarezza. Ad esempio, gli infermieri possono non avere familiarità con un paziente e quindi non sapere esattamente l'evoluzione di un determinato comportamento. Inoltre, i dubbi si rafforzarono quando gli infermieri si sentono coinvolti. Segnali verbali e non verbali, come uno sguardo e l'espressione facciale di un paziente, suscitano indecisione e questo potrebbe ritardare l'uso della contenzione fisica. L'equilibrio tra libertà e garanzia di sicurezza può creare ulteriori dubbi nel professionista. In molti casi, gli infermieri scelgono di garantire la sicurezza, anche se non sempre sembrano certi della loro scelta. Tale incertezza si presenta nel momento della decisione ma anche in seguito.

#### **1.4.1 I fattori che influenzano il processo decisionale**

Il processo di *decision-making* relativo all'utilizzo delle contenzioni fisiche è il risultato di una traiettoria che è primariamente centrata sulla sicurezza e guidata da principi etici. Spesso gli infermieri non utilizzano le contenzioni come prima opzione e la complessità del processo e della sua gestione può variare a seconda di diversi fattori: caratteristiche dei pazienti, fattori correlati al personale sanitario e fattori legati al contesto. Di seguito verranno approfonditi tali fattori.

##### 1.4.1.1 Fattori legati alle caratteristiche dei pazienti

Gli elementi e le caratteristiche dei pazienti portano a identificare elementi predittivi che portano il paziente ad essere maggiormente esposto alla contenzione. Tra questi emergono le alterazioni a livello cognitivo che possono variare da lievi alterazioni con conseguenti limitazioni (Bredthauer et al. 2005) fino ad arrivare a gravi forme di demenza e/o delirium (Bredthauer et al. 2005; Mamun & Lim 2005, Huizing et al. 2007, Engberg et al. 2008, Meyer et al. 2008). Tali alterazioni rendono difficile la gestione dei comportamenti a rischio e quindi il personale deve utilizzare dei mezzi di contenzione. In particolare, i comportamenti identificati come a rischio sono l'agitazione psicomotoria, l'aggressività verbale e fisica (Meyer et al. 2008; Mamun & Lim 2005). Altri elementi che influenzano le scelte del personale sono bassi punteggi nelle scale di autonomia ADL, dipendenza e/o alterazioni della mobilità in seguito ad eventi clinici come ictus (Bredthauer et al. 2005, Huizing et al. 2007, Meyer et al., 2008).

Tuttavia, gli elementi più comuni a giustificazione dell'utilizzo delle contenzioni sono

le precedenti fratture con e senza esiti avversi (Meyer et al., 2008). La presenza in anamnesi di una storia di pregresse cadute induce il professionista a utilizzare il mezzo di contenzione per evitare ulteriori episodi. Nonostante in letteratura emergano tali elementi di rischio, il processo decisionale non è influenzato solamente dalle caratteristiche del paziente ma entrano in gioco diverse variabili che portano il professionista ad analizzare la situazione sotto differenti punti di vista (Goethals et al., 2012).

#### 1.4.1.2 Fattori legati al personale sanitario

Il processo decisionale relativo all'uso della contenzione fisica viene influenzato da fattori correlati al personale infermieristico come la percezione degli infermieri del comportamento del paziente, il loro personale livello di comfort e la loro disponibilità ad assumersi il rischio (Goethals et al., 2012). Spesso, le cure di routine, come fare il bagno e vestire i pazienti, hanno la priorità su aspetti psicosociali dell'assistenza, ed impediscono di osservare il comportamento del paziente. È possibile assistere a professionisti disposti ad assumersi la responsabilità evitando l'uso dei mezzi di contenzione mentre altri preferiscono utilizzarli per controllare i comportamenti del paziente. Diversi studi descrivono i fattori correlati al personale e che possono avere un possibile impatto sul processo decisionale. Questi fattori includono l'esperienza professionale, la conoscenza del paziente, la conoscenza inadeguata delle conseguenze fisiche e psicologiche della contenzione sulla persona (Ben Natan et al., 2010; Foebel et al., 2016; Möhler & Meyer, 2014; Scheepmans et al., 2014). Anche i comportamenti routinari e gli atteggiamenti emulativi come il seguire passivamente l'ordine di un medico o quello che hanno fatto altri infermieri in precedenza. Da una prospettiva personale gli infermieri descrivono inquietante l'uso delle contenzioni e le conseguenze negative dell'essere trattenuto. Dal punto di vista professionale, gli infermieri spesso percepiscono la contenzione come una misura giustificata e necessaria che consente di assolvere alle proprie responsabilità professionali (Goethals et al., 2012). Emerge quindi l'importanza della condivisione all'interno del team multiprofessionale delle scelte, scoraggiando le scelte individuali emerge il ruolo chiave assunto dal network nell'osservare differenti prospettive e identificare la migliore soluzione per la persona. Tuttavia, le condizioni lavorative spesso non permettono al personale di confrontarsi, il rapporto risorse umane e tempo a disposizione per la discussione non facilita la condivisione. I turni notturni sono quelli in cui il personale è ridotto e le limitate risorse non permettono di assumere una decisione congiunta (Dierckx de Casterlé et al., 2015). Tale complessità e il ruolo chiave assunto dagli infermieri nel processo appare evidente, sono loro che si attivano in prima persona e

decidono se utilizzare o meno un mezzo di contenzione sull'utente, entrano in gioco le loro conoscenze, le attitudini e le esperienze passate influenzandone le scelte (Hamers & Huizing, 2005; Gastmas & Milisen, 2015).

#### 1.4.1.3 Fattori legati al contesto

La letteratura si è focalizzata primariamente sull'impatto della famiglia dei pazienti e degli altri professionisti nella presa di decisione (Goethals et al., 2012). Anche fattori organizzativi come il tempo e le risorse guidano gli infermieri nel loro processo decisionale e contribuiscono alla rivalutazione delle loro decisioni. La famiglia di un paziente può avere un impatto positivo o negativo sul processo decisionale degli infermieri; quando la famiglia chiede l'utilizzo della contenzione opponendosi alla visione del personale che ritiene che non sia necessaria, gli infermieri tendono ad ascoltare più le esigenze della famiglia che i desideri del paziente (Karlsson et al., 2000 in Goethals et al., 2012). Al contrario, quando il personale intende utilizzare le contenzioni ma la famiglia è fermamente contraria, questi rimandano la decisione finale alla famiglia stessa considerandola responsabile di qualsiasi risultato negativo (Hantikainen & Käppeli, 2000 in Goethals et al., 2012).

Altri fattori possono influenzare le scelte, tra questi vi è il tempo insufficiente per discutere la decisione con altro personale, specialmente con i medici, e la mancanza di supporto da parte della direzione e dei medici. La mancanza di tempo e personale può incrementare l'uso delle contenzioni. Tuttavia, non sono solo le scarse risorse in termini di personale, ma anche le policy organizzative, l'utilizzo o meno di linee guida possono influenzare l'utilizzo dei mezzi di contenzione all'interno dei contesti residenziali (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Gjerberg et al., 2013; Goethals et al., 2012).

### **1.4.2 Il processo decisionale eticamente orientato**

Nonostante la decisione di applicare la contenzione sia influenzata da diversi fattori in diversi studi emerge un elemento comune, ossia il coinvolgimento etico (Goethals et al., 2012; 2013a; 2013b). Nei casi in cui sia necessario l'utilizzo della contenzione fisica, il processo decisionale degli infermieri è caratterizzato da un processo di deliberazione eticamente orientata, il cui obiettivo centrale è di fare del bene. L'infermiere protegge la sicurezza del paziente cercando la migliore soluzione per la persona assistita. L'identificazione dei diversi valori etici e il tentativo di un processo di bilanciamento di questi valori costituisce l'essenza della deliberazione etica. Come principali valori gli

infermieri vogliono proteggere l'integrità fisica e psicologica dei pazienti, tengono conto dei valori di dignità e giustizia in modo più implicito e meno dominante. La ricerca di benessere del paziente si riflette nel tentativo di riequilibrare la gravità della situazione e l'impatto che la contenzione potrebbe avere sul paziente. Il processo decisionale implica che gli infermieri debbano scegliere a quali valori dare priorità nel processo, ciò implica che non tutti i valori possono essere rispettati nella stessa misura. A seconda della situazione e delle circostanze il processo decisionale può essere vissuto come difficile ma anche come un dilemma (Goethals et al., 2012, 2013a).

*Proteggere e preservare la sicurezza della persona.* La protezione dell'integrità fisica viene intesa come protezione della sicurezza fisica, salvaguardia della continuità delle terapie mediche essenziali e rispetto della libertà di movimento del paziente. Per raggiungere tale risultato gli infermieri cercano, durante l'utilizzo della contenzione fisica, di evitare e/o ridurre al minimo i suoi effetti avversi sul paziente. Gli infermieri sottolineano l'importanza di proteggere i pazienti dal farsi del male a causa del loro comportamento (caduta, fuga e autolesionismo). Dopo aver valutato la gravità della situazione e dei rischi associati, spesso vengono attuate misure preventive per evitare danni fisici (Goethals et al., 2013a). Pertanto, la contenzione fisica può essere applicata per proteggere la sicurezza del paziente e le misure possono variare in base alla gravità della situazione del paziente (Goethals et al., 2013a; Hofmann et al., 2013; Kong et al., 2017; Möhler & Meyer, 2014). Per alcuni infermieri, deve essere inclusa anche la salvaguardia della continuità delle terapie mediche come l'apporto di ossigeno, l'alimentazione e l'idratazione. Perciò, la contenzione fisica può essere applicata per proteggere linee infusionali, ossigeno terapia e cateteri (Möhler & Meyer, 2014). L'infermiere inoltre si attiva per preservare la sicurezza degli altri pazienti evitando i danni fisici e impedendo il contatto tra pazienti. Parallelamente alla sicurezza l'infermiere considera l'importanza di limitare gli effetti avversi della contenzione come causare lesioni cutanee (*skin tears*), stress cardiaco, e disidratazione. Ciò porta gli infermieri a valutare attentamente l'effettiva necessità della contenzione fisica e una volta applicate sono in grado di controllare efficacemente il paziente per prevenire o ridurre al minimo i potenziali effetti collaterali.

Se da una parte il professionista cerca di garantire sicurezza, dall'altra si assiste alla volontà di garantire aspetti etici come la libertà di movimento e la possibilità di accedere liberamente al proprio corpo. Tuttavia, garantendo al paziente la sicurezza spesso viene limitata la sua libertà a vari livelli. Gli infermieri cercano di garantire la libertà di movimento del paziente il prima possibile utilizzando meno mezzi contenitivi oppure rimuovendo la contenzione il più presto possibile. La sicurezza fisica e la libertà di

movimento sono i valori che influenzano maggiormente il processo decisionale, ma in alcuni casi tali valori entrano in conflitto tra loro. I professionisti valutano vantaggi e svantaggi e scelgono l'opzione che realizza il massimo beneficio. Il bilanciamento dei valori viene vissuto come difficile, perché la scelta di un valore comporta inevitabilmente il rischio nei confronti di un altro valore (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Saarnio & Isola, 2010). Soprattutto, in una situazione poco chiara o imprevedibile gli infermieri vivono il processo decisionale come un dilemma (Chuang & Huang, 2007).

Così come per la protezione dell'integrità fisica il professionista si adopera perché venga garantita anche quella psicologica cercando alternative che contribuiscono a questa integrità. Gli infermieri cercano di alleviare i disturbi comportamentali del paziente utilizzando una comunicazione calma. Proteggere l'integrità psicologica dei pazienti, ovvero prevenire possibili effetti quali aggressività, apatia e depressione, è un altro valore che gli infermieri considerano quando devono prendere una decisione etica (Goethals et al., 2013a).

Oltre all'integrità fisica e psicologica del paziente, i professionisti considerano nel processo decisionale valori come la dignità e il rispetto dell'autonomia del paziente. Il rispetto per la dignità del paziente è un valore importante nel processo decisionale etico degli infermieri in merito all'applicazione della contenzione fisica. Gli infermieri sono riluttanti ad applicare immediatamente la contenzione per rispetto alla persona e alle sue capacità, vengono quindi cercate alternative alla contenzione nel rispetto della dignità del paziente (Goethals et al., 2012; 2013a; Jakobsen & Sørli, 2010; Shanahan, 2012). Un modo per mostrare il rispetto della dignità è rispettare l'autonomia dei pazienti prevenendo il coinvolgimento, spiegando il perché viene utilizzata una determinata contenzione (Gastmans & Milisen, 2005; Goethals et al., 2013a; Shanahan, 2012). Tuttavia, a causa delle condizioni in cui si trovano molti pazienti non è possibile ottenere il consenso informato prima di applicare la contenzione fisica; risulta quindi fondamentale il coinvolgimento della famiglia del paziente nel processo decisionale. Questo coinvolgimento può avvenire in tre modi diversi: discutere con la famiglia quando presente nel reparto; attraverso la richiesta di autorizzazione da parte della famiglia oppure viene comunicato alla famiglia dopo che il mezzo di contenzione è stato applicato (Goethals et al., 2013a).

Nell'assistenza quotidiana il professionista si trova a dover proteggere anche il valore della giustizia, ovvero deve garantire equità nel tempo dedicato ai diversi pazienti. Tuttavia, tale valore sembra non influenzare in maniera significativa il processo decisionale (Goethals et al., 2013a).

## 1.5 Approcci e strategie alternative per la gestione della contenzione fisica

Si possono adottare molte strategie alternative alla contenzione, tra cui creare ambienti sicuri, adottare metodi di sicurezza a letto, supporti per la postura seduta, impegnare le persone con attività, promuovere un'assistenza personalizzata e attenta al soddisfacimento dei bisogni che possono creare discomfort, agitazione, o alzate dal letto improvvise come il bisogno di eliminazione e continenza, di idratazione, del dolore.

*La sicurezza ambientale* è una delle strategie più diffuse e prevede interventi per migliorare l'illuminazione con sistemi automatici di accensione delle luci per facilitare l'utente durante gli spostamenti notturni. L'applicazione di strisce antisdrucciolevoli sul pavimento per evitare cadute nei luoghi ad altro rischio come il bagno. Di fondamentale importanza soprattutto all'interno delle strutture residenziali è la strutturazione di percorsi liberi da mobili e/o ostacoli come carrozzine e carrelli di servizio, accessi senza scalini verso le aree esterne (Best practice, 2002b; Gastmans & Milisen, 2005; Saarnio & Isola, 2010).

Per i nuclei Alzheimer gli interventi sull'ambiente sono ancora più numerosi, come l'utilizzo di barriere in tessuto fissate alle porte con velcro per mascherare le vie d'uscita e predisporre delle zone di attività alla fine di ogni corridoio per intrattenere utenti con *wandering* e/o affaccendamento (Best practice, 2002b; Mislej & Bicego, 2018).

Gli accorgimenti a letto e a supporto della postura sono diffusi in gran parte delle strutture e raccomandati come strategie alternative alla sponda a letto ma anche ai device per la postura e seduta; per mantenere la postura ci possono essere sistemi alternativi all'uso di sponde e cinture. Per esempio, per prevenire l'uso della doppia sponda a letto si può utilizzare un materasso concavo, il segnalatore dei confini del letto per segnalarne i bordi, coperte arrotolate sotto le lenzuola, il materasso ad acqua per ridurre il movimento ai bordi del letto (Best practice, 2002b). Molto diffusi ma anche se poco indicati in contesti con utenti come manifestazioni di *wandering* sono i tappeti morbidi da pavimento oppure i materassi vicino al letto per attutire ogni caduta. In casi selezionati sembra essere efficace far dormire la persona su un materasso posto sul pavimento; se ciò non fosse possibile anche l'utilizzo dell'altezza del letto individualizzata alla minima altezza raggiungibile. Anche i supporti per la postura e la posizione seduta sono diffusi come le sedie con seduta profonda (seduta geriatrica), la sedia a dondolo o reclinabile, l'utilizzo di grandi cuscini sul pavimento e sulla sedia. I cuscini per la sedia sono un semplice strumento ma efficace per ridurre il rischio di scivolare in utenti che hanno movimenti continui a "scatti" per fermare il loro movimento fuori dalla sedia e anche l'uso sui braccioli della sedia a rotelle per

prevenire lo scivolamento laterale della persona (Best practice, 2002b; Chuang & Huang, 2005; Gastmans & Milisen, 2005; Mislej & Bicego, 2018).

*Un' assistenza infermieristica personalizzata* in aggiunta ai precedenti interventi può evitare l'utilizzo dei mezzi di contenzione attuando interventi alternativi come una sorveglianza più intensa degli utenti a rischio, valutare e controllare le condizioni che possono alterare il comportamento del singolo utente. Conoscere la storia della persona assistita permette di conoscere i suoi bisogni, i suoi ritmi, interessi, routine di sonno e riposo per esempio e di pianificare interventi mirati (Best practice, 2002b; Gastmans & Milisen, 2005; Mislej & Bicego, 2018; Saarnio & Isola, 2010).

Anche programmi riabilitativi, esercizi, interventi di terapia occupazionale, tecniche di rilassamento e di orientamento alla realtà, stimolazione e/o diminuzione multisensoriale, attività ricreative possono essere un valido intervento per prevenire le situazioni che portano verso l'utilizzo della contenzione. La sinergia tra più interventi alternativi è più efficace e soprattutto se accompagnata dall'ascolto attivo, da una attenta interazione tra utente e personale, da una partnership con la famiglia, con amici e volontari (Mislej & Bicego, 2018).

Per persone con problemi cognitivi e comportamentali possono essere utilizzati interventi volti a facilitare l'orientamento come tabelloni affissi al muro per indicare il giorno della settimana e il nome dello staff, portarsi in struttura oggetti conosciuti e in uso al domicilio e cercare per quanto possibile di coinvolgere i pazienti nelle conversazioni. Nel caso in cui un utente abbia una forma più o meno grave di affaccendamento afinalistico il garantire e offrire una scatola che contiene in modo disordinato cose come biancheria da piegare, animali di peluche, piccoli oggetti da tenere in mano può aiutarli a mantenersi occupati (Best practice, 2002b; Mislej & Bicego, 2018). Tale strategia può essere svolta in autonomia dal residente ma per evitare agitazione è utile la vicinanza di un operatore e/o familiare per intervenire in caso di bisogno. Anche stimoli sensoriali possono ridurre l'agitazione di questi pazienti, come guardare la televisione o ascoltare musica, cercando di rimuovere o trattare fattori esacerbanti il delirio. Per le persone che vagano (*wandering*) si possono predisporre barriere visive per le porte (barriere di tessuto), installare dispositivi di allarme a letto e alle porte, predisporre per quanto possibile percorsi circolari, cercando di fornire attività, passeggiate per tenere occupato l'utente.

La letteratura nel corso degli ultimi anni ha prodotto molti studi sull'impatto delle strategie alternative alla contenzione, affermando che interventi multicomponente possono ridurre l'uso della contenzione; l'outcome più utilizzato da questi studi è la prevalenza e relativa riduzione di utilizzo della contenzione all'interno dei contesti residenziali

(Abraham, et al., 2019; Köpke et al., 2012; Enns et al., 2014; Gulpers et al., 2011; Gulpers et al., 2012; Huizing et al., 2009a; Huizing et al., 2009b; Koczy et al., 2011; Testand et al., 2010; Verbeek et al., 2014; Wegner et al., 2007; Meyer et al., 2009). L'implementazione di interventi formativi e di condivisione con una figura specializzata a supporto dei team assistenziali, come un infermiere specializzato in geriatria risultano essere interventi efficaci per favorire la riduzione di utilizzo della contenzione. All'interno del contesto italiano il fenomeno della contenzione è fortemente dibattuto, diversi studi sono stati condotti all'interno di contesti residenziali e domiciliari (Zanetti et al., 2012, 2018); tuttavia il suo uso è ancora molto diffuso e la cultura contenzione-*free* si sta diffondendo lentamente.

Una recente meta-sintesi, di Kong et al. (2017), mette in evidenza le barriere che più frequentemente ostacolano la riduzione/eliminazione della contenzione, e sono: la responsabilità che sentono i professionisti rispetto alla necessità di garantire sicurezza, le definizioni non chiare sui presidi e le azioni che sono da considerarsi contenzione fisica, il difficile processo di transizione dall'accettazione alla rimozione, il non coinvolgimento del team assistenziale nella decisione, le insufficienti dotazioni di personale di assistenza e ambienti strutturalmente non adatti, ma anche la scarsa formazione dei professionisti su questo tema, sui rischi e sulle strategie alternative.

L'adozione di policy che si propongono di ridurre la contenzione e la loro efficacia è oggetto di una **revisione sistematica con meta-analisi, che costituisce parte integrante di questa tesi (Capitolo 2)** e ha come obiettivo la valutazione dell'efficacia di due differenti approcci: intervento formativo standard comparato a un intervento multicomponente con formazione e consulenza di un esperto. I risultati emersi dalla revisione sistematica sono presentati nel Capitolo 2 in lingua inglese.



## 1.6 La relazione di cura nei contesti residenziali

I contesti residenziali sono cambiati molto nel corso degli anni, modifiche dettate da molte variabili entrate in gioco e che hanno influenzato parallelamente anche il concetto di cura. L'analisi del concetto di cura richiede attenzione e approfondimento: si tratta infatti di un termine ampiamente utilizzato, ma spesso senza adeguata consapevolezza dei suoi significati intrinseci e di ciò che veicola. È possibile quindi attraverso il pensiero riflessivo di Mortari, delineare le sue possibili declinazioni: “vi è una cura che procura cose necessarie a conservare la vita; una cura che risponde al bisogno di coltivare le potenzialità dell'esserci per favorire la piena realizzazione della persona; infine vi è la cura che ha lo scopo di curare l'essere umano quando corpo o anima si ammalano, quindi una cura con necessità terapeutiche” (Mortari, 2015, p. 35). La cura nell'ambito geriatrico non deve essere intesa solamente come cura terapeutica, ma anche come cura etica per l'esistenza della persona. Per indicare le azioni terapeutiche ci si può affidare alle terminologie derivanti dalla lingua greca: *theràpeía* e *iatrikè*; il primo termine indica un'azione di cura che tiene conto della persona nella sua complessità e si occupa anche delle dimensioni spirituali dell'esperienza, mentre il secondo termine riguarda specificatamente l'attività esercitata dai medici per curare le affezioni del corpo. Queste distinzioni in lingua inglese corrispondono a *to care* e *to cure*. C'è un atto terapeutico che non è mera riparazione di qualcosa che si è inceppato, ma è cura dell'essere e, quando il nursing fa questo, l'atto di caring si qualifica come buona pratica (Mortari & Saiani, 2013 p. 7). Per agire una buona azione di cura centrata sulla persona è necessario integrare il sistema biologico ad un sistema psicologico, legato alla dimensione soggettiva ed esperienziale della persona malata, per poi ulteriormente ricollegarsi al sistema sociale che mette in relazione elementi culturali e ambientali in relazione alla malattia. Tale approccio permette la ristrutturazione del classico approccio clinico, rendendo il paziente attore primario del processo di cura. Si assiste quindi ad un approccio di cura integrato, che mette in comunicazione l'anima e il corpo. Mortari sottolinea come tale prospettiva sia stata adeguatamente sviluppata da Edith Stein, il quale sottolinea l'importanza del superamento del dualismo anima e corpo, considerandole come un unico sistema (Stein, 1950, in Mortari, 2015 p. 32). L'approccio integrato permette di ottenere risultati rilevanti nei processi di cura e permette di attuare interventi *person-centred*; tuttavia, nella gestione dell'utente geriatrico con declino cognitivo non è sempre possibile, poiché spesso non si riesce ad arrivare a una relazione profonda con l'anima e le credenze della persona. Nelle azioni di cura erogate in ambito sanitario toccare il corpo del malato è come toccare l'anima della persona, perché come “il dolore del corpo penetra nell'anima, così la forza dell'anima trascina nel corpo” (Mortari

2015, p. 33). Quindi l'applicazione del mezzo contenzione non crea solo effetti a livello corporeo ma influenza e tocca l'anima di chi ne è soggetto. La prescrizione di una terapia senza ascoltare il malato è un atto che annulla la persona e allo stesso modo entrare in relazione e in contatto con il corpo di un anziano senza la dovuta delicatezza significa maltrattare dall'esterno la sua anima. Le azioni di *caring* influenzano non solo la percezione corporea ma anche il vissuto e l'anima della persona assistita. L'essere umano per sua natura è un essere fragile, vulnerabile, incapace di controllare e gestire il futuro; "la condizione di malattia fa emergere la debolezza ontologica, che caratterizza l'essere umano, interrompendo il ritmo della vita" (Mortari, 2015, pp. 27-28). Tale condizione porta la persona a sentirsi dipendente dai professionisti sanitari, e quindi vi è il rischio che il paziente venga considerato come soggetto destinato a prestazioni di cura e non come persona inserita in un processo con bisogni, paure e desideri. La dipendenza che si crea rende la persona ulteriormente esposta e sensibile. L'uso delle contenzioni all'interno della tesi viene preso in esame alla luce della filosofia della cura per valutare in che misura rientra fra i dispositivi che consentono una buona terapia della persona, cioè una terapia pienamente umana.

## **2.The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: a systematic review and meta-analysis of experimental studies**

---

### **ABSTRACT**

**Aims:** The aim of this review is to assess the effectiveness of interventions to reduce the status and intensity of physical restraint (PR) use in older people living in nursing homes or residential care facilities.

**Background:** PR is commonly used in nursing home in various countries and is associated with an increase in the incidence of falls and fall related fractures or injuries, and changes in behaviors (agitation, aggression).

**Design:** Systematic review and meta-analysis were performed for critical appraisal and synthesis of the included studies.

**Data sources:** A systematic search of studies published between 1996 and April 2019 in four electronic databases (MEDLINE, CINHALL, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials).

**Review methods:** The review included individual and cluster randomized controlled trials that compared educational training and multicomponent program to avoid PR use in nursing homes. Risk bias of randomized controlled trials (RCTs) was assessed according to the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Where possible we conducted meta-analyses by type of intervention and at different follow-up.

**Results:** This review includes 16 studies in a qualitative synthesis that met the inclusion criteria, 9 of them offered a multicomponent program (consultation, guidance, or support by an advanced practice nurse) and 7 offered only educational training. Results were described according to different outcomes like status and duration of PR, use of antipsychotics drugs, fall rate and injuries related falls, functional status.

The results of the 12 studies included in the meta-analysis showed overall a significant trend in favor of intervention over time and intensity of PR use tends to decrease. The pooled analysis showed that educational and multi-component interventions could statistically reduce the use of PR, but the effectiveness decreases over time.

**Conclusion:** Results suggest that single and multicomponent intervention are broadly effective in reducing the use of PR in nursing homes.

**Impact:** The review indicates that educational programs and other supplementary interventions (guidance or consultation, evidence-based guideline, alternative intervention,

and changes in policy) should be effectiveness, but the heterogeneous operative definition of physical restraint can make difficult data generalization. Results highlight the needs to evaluate interventions at long term and implementing studies with rigorous methodology. Additional research is needed to develop a sufficient evidence base to support intervention at long term and implementing studies with rigorous methodology.

**Key words:** nursing home, older people, physical restraint, systematic review, meta-analysis.

## **INTRODUCTION**

Physical restraints (PR) are commonly used in nursing homes and in geriatric long-term care in different countries; epidemiological studies showed wide differences between and within countries (Feng et al., 2009; Möhler, Richter, Köpke, Meyer, 2012). The main predictors for the use of physical restraints are impaired mobility, impaired cognitive status and the risk of falls and is related to organizational characteristics. Health care professionals claim to use PR predominantly for resident's safety and specifically to prevent falls (Evans et al., 2002; Hamers & Huizing, 2005). Other reasons include control dangerous behavior and to ensure the safety of medical devices such as urinary catheter and nasogastric tubes (Hamers & Huizing, 2005; Heeren, Van de Water, De Paepe, Boonen, Vleuges, Milisen, 2014; Hofmann, Schorro, Haastert, Meyer, 2015; Luo, Lin, Castle, 2011; Meyer, Köpke, Haastert, Mühlhauser, 2008). However, evidence stress that PR use is not an adequate approach for reducing and preventing falls and injuries related falls because as opposed to leads to an increase in risks (Evans et al., 2002; Pellfolk et al., 2010; Sze et al., 2012).

In the last years in some countries are implemented policy and law with the aim to reduce the use of physical restraints; indeed, a restraint-free nursing care environment has been recommended as a standard of care (Kong et al., 2017).

## **BACKGROUND**

This topic is articulated and full of conceptual and operational details. An international Consensus statement define physical restraint as “any device, material or equipment attached to or near a person's body and which cannot be controlled or easily removed by the person, and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person's free body movement to a position of choice and/or a person's normal access to their body” (Bleijlevens, Wagner, Capezuti, Hamers, 2016). The most commonly methods used are bilateral bed rails, limb or trunk belts, fixed tables on a chair or chairs which prevent patients getting up on your own, and containment sheets and pajamas (Evans et al., 2002).

In several studies the prevalence of PR in nursing homes seems to be pronounced due to methodological reasons and different definitions of physical restraints (Hofmann & Hahn 2014); in other contexts, is restricted by laws and policies that recommended the reduction of PR as a standard of care. In eight European studies conducted with nursing home residents that suffering from dementia revealed a prevalence of physical restraints of 31.4%, with a country variation ranging from 6.1 to 83.2 % (Beerens et al 2014 ); however in USA ranged from 6.9% to 36.8% (Luo et al., 2011); in Canada at 31.4% and in China at 20.2% (Feng et al., 2009). Bedrails were the most commonly used type of physical restraint and different data collection methods might have led to an underestimated prevalence about the phenomenon.

In recent years, restraint-free care has focused on what interventions or strategies can be employed to promote the reduction of physical restraint (Köpke et al., 2012; Registered Nurses' Association of Ontario, 2012; Royal College of Nursing Consultation, 2013). The use of PR is not without risks; adverse effects can be observed ranging from bodily injuries, decreased mobility, and reduced physiological well-being, mortality (Bellenger et al., 2017b; Berzlanovich et al., 2012; Cadore, Moneo, Mensat, Muñoz, Casas-Herrero, Rodriguez-Mañas, Izquierdo, 2014; Evans et al., 2002).

PR use arises ethical aspects like residents' dignity and freedom, is very important in this practice (Gastmas et al., 2006, Möhler & Meyer, 2014), several authors consider this practice as an approach that violates the freedom and human right of residents (Goethals et al., 2013a; Köpke et al., 2012).

The persistent use of physical restraints in nursing homes requires effective interventions for educating nursing staff as well as all persons involved, for example residents, relatives, nursing experts and nursing homes directors. Most complex interventions aimed to reducing physical restraints using and addressing nurses' attitudes, institution's organizational culture about physical restraint use. However, a systematic review of 2012 has shown inconclusive evidence about the effectiveness of educational or multicomponent intervention for preventing and reducing the use of physical restraints in long term geriatric care (Möhler et al., 2012). Therefore, it is important to analyze the effectiveness of specific interventions, such as educational programs and consultation or guidance by an expert nurse, to reduce the use of PR in nursing home settings. The challenge of clinicians and researchers remains to find the ideal mix of interventions to eject the use of physical restraints from clinical practice. The aim in performing this systematic review is to improve the knowledge about interventions and aiming to reduce or prevent PR use and to create a culture that is free from PR.

## **2.0 THE REVIEW**

### **2.1 Aims**

The aims of this systematic review are to assess the effectiveness of an educational training or multicomponent program to prevent the use of PR in nursing home. The secondary outcome is the decrease in rate of patient falls and injuries related to falls.

### **2.2 Design**

A systematic review and meta-analysis were conducted based on the Cochrane Handbook for Systematic Review for Intervention (Higgins & Green, 2011) and performed following the Guidelines for reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses. This review protocol has been registered on the PROSPERO International prospective register of systematic reviews (PROSPERO 2018: CRD42019127963).

### **2.3 Search Methods**

Studies published from 1996 to December 2018 (with an updated in August 2019) were searched using four electronic databases (MEDLINE, CINAHL, the Cochrane Library, and PsycINFO). The search included unpublished or ongoing studies in trial and systematic registers (such as [www.ClinicalTrials.gov](http://www.ClinicalTrials.gov), EU Clinical Trial register, PROSPERO, and Cochrane Library), as well as reference lists of other studies, all of which were included in this study. A further search was conducted in August 2019, to cover the eight months since the previous search. The search strategy used is reported in Appendix A. The following word and MeSH terms were used: Restraint, Physical [Mesh]; Nursing Homes [Mesh] Residential Facilities [Mesh], “bed rail”, “side rail”, “coercion”, and “education”.

While, aware of the presence of recent systematic reviews on the topic, we nevertheless considered it necessary to review and analyze the data from another perspective and re-write a systematic review and meta-analysis with the latest evidence (Lan et al., 2017; Möhler et al., 2011)

Inclusion criteria were (a) published and unpublished studies that used cluster and individually randomized controlled trials and quasi-experimental research designs, (b) studies that compare educational training and multicomponent programs to avoid the use of PR on residents in nursing home settings were included in this study, (c) studies written in Italian and English language. The primary outcome was the status of PR as defined by Bleijlevens et al. (2016) measured by number of patients who were physically restrained at the studies endpoint, assessed either by direct observation or from clinical documentation, or calculating restraint prevalence (number of restraints/number of residents  $\times$  100).

Secondary outcomes concerned changes in types of PR use (e.g., belt, side rail), duration of PR use, prescriptions of psychotropic drugs, falls rate and injuries related- falls and behavioral disorders.

Studies excluded were those that referred to psychiatric and critical populations in acute ward or home care.

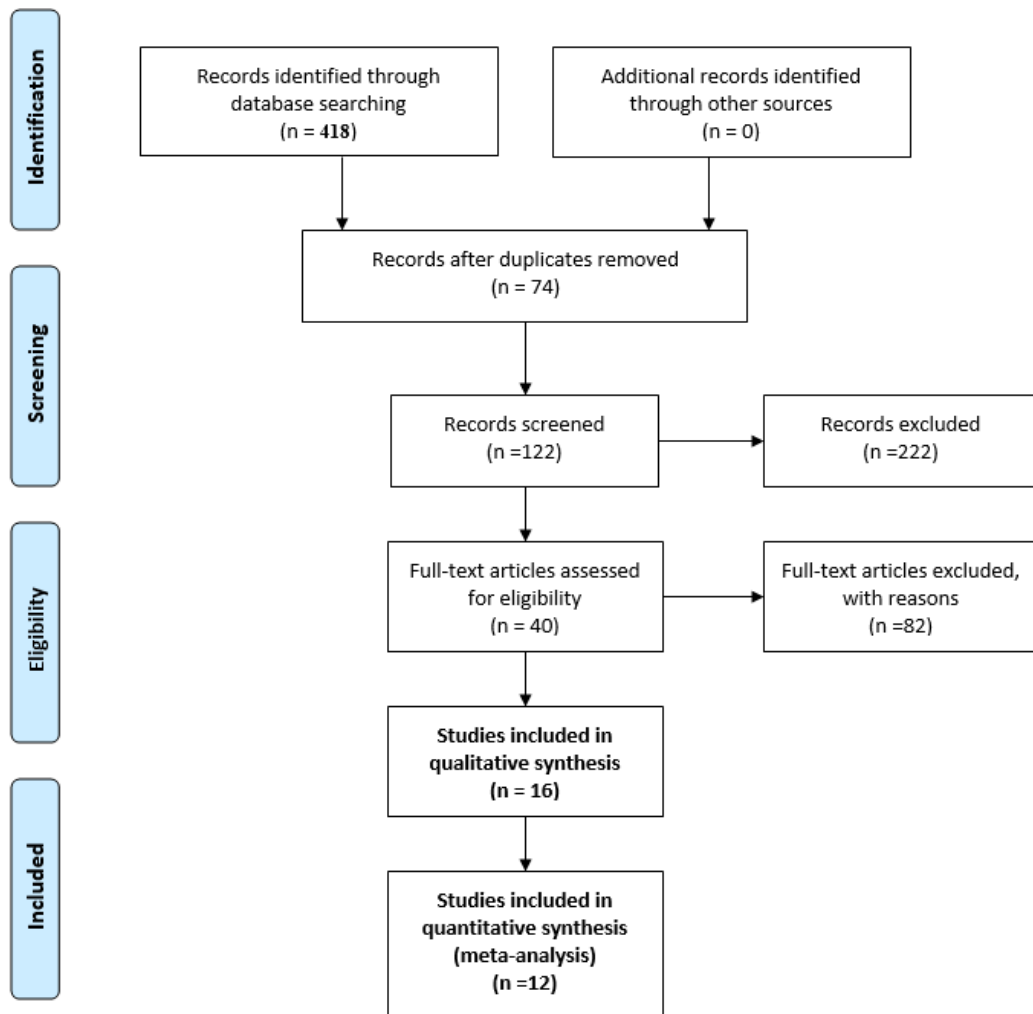
#### **2.4 Search outcome**

The electronic and manual reference list search revealed 418 publications. A total of 122 references that could meet the inclusion criteria were screened, and 222 publications were excluded; another 82 were excluded for outcomes other than “physical restraint rate” incomplete data and being written in other languages (German and French). The full texts of the remaining 40 articles were reviewed, and of these, 16 were included in qualitative synthesis and 12 in meta-analysis (Figure 1. PRISMA Flow Diagram)

#### **2.5 Quality appraisal**

Two reviewers (AB, MD) independently screened the title and abstracts that met the inclusion criteria, and then screened the full text of potentially included studies. The citations in full-text articles marked as included were retrieved and those citations that the reviewers were unsure of were excluded. Disagreements and discrepancies were resolved by consensus, and when necessary, by consultation and discussion within the reviewer teams during all stages of the review process (FC, LM, EA, LS). Risk bias of randomized controlled trials (RCTs) was assessed according to the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Higgins & Green, 2011). For RCTs, we considered random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessment, incomplete outcome data, selective outcome reporting, and other bias. For cluster randomized trials we evaluated recruitment bias, baseline imbalance, loss of clusters, incorrect analysis, and comparability with individually RCTs.

**Figure 1. PRISMA Flow Diagram**



## 2.6 Data abstractions

For each included study data were extracted by two independent reviewers using a standardized form and checked for accuracy by third reviewer. The results were discussed within the reviewers' team. A descriptive summary of the included studies was created by drawing on two tables of evidence: a general Characteristics Table (Table 1) that includes details about the study type, interventions, characteristics of the population, type of intervention and primary and secondary outcome measures with a parallel definition and measurement of restraint status in the studies included (Appendix B), and a Results Table (Table 2) that classified the results for each outcomes.



## **2.7 Synthesis and Statistical Analysis**

We conducted a meta-analysis using random or fixed effect model where possible, and where there was insufficient data, we conducted a narrative synthesis. We performed analysis at the level of cluster RCTs. For one study further detail have been requested about the data and effect size about PR used (Testad et al., 2016). To assess statistical heterogeneity, we calculated the  $I^2$  using Review Manager 5.3 (RevMan 2014); the primary analysis used a random-effects model (risk ratio, RR), which had the highest generalizability in our empirical examination of summary effect measures for meta-analyses (Furukawa, 2002). If the heterogeneity with random-effect model was  $I^2 < 50\%$  we used fixed model to estimate the intervention effects, in contrast, if  $I^2 > 50\%$  we used random-effect model.

## **3. RESULTS**

### **3.1 Study characteristics**

Sixteen studies met the inclusion criteria as described in Table 1. Eleven were cluster RCTs (Abraham, et al., 2019; Evans et al., 1997; Huizing, Hamers, Gulpers, Berger, 2006; Huizing, Hamers, Gulpers, Berger, 2009a; Huizing, Hamers, Gulpers, Berger, 2009b; Koczy et al., 2011; Köpke et al., 2012; Pellfolk, Gustafson, Bucht, Karlsson, 2010; Testad, Aasland, Aarsland, 2005; Testad, Ballard, Brønneck, Aarsland, 2010; Testad, et al., 2016); one individual RCT (Rover, Steele, Shmueli, Folstein, 1996); three quasi-experimental design studies (Gulpers, Bleijlevens, Ambergen, Capezuti, van Rossum, Hamers, 2011; Gulpers et al., 2012; Gulpers et al., 2013); and one pre-posttest (Capezuti, Maislin, Strumpf, Evans, 2007). Twelve studies were conducted in nursing homes (Capezuti et al., 2007; Evans et al., 1997; Gulpers et al., 2011; Gulpers et al., 2012; Gulpers et al., 2013; Huizing et al., 2009a; Huizing et al., 2009b; Koczy et al., 2011; Köpke et al., 2012; Rovner et al., 1996; Testad et al., 2005; Testad et al., 2010); four of these had psychogeriatric units/wards dedicated to residents with dementia and behavioral disorders (Gulpers et al., 2011; Huizing et al., 2006; Huizing et al., 2009a; Huizing et al., 2009b;). One study had a unit for people with dementia (Pellfolk et al., 2010) and one unit in a care home for people with dementia was included because of its close similarities to a residential care facility (Testad et al., 2016).

**Table 1. Characteristics of included studies**

Authors (Year) Study design	Country setting	Sample	Interventions				Control	Follow-up period	Primary and secondary outcome
			Education training	Consultation (APN) and guidance	Change policy implementation guideline	Availability Alternative intervention			
<b>Abraham et al. (2019)</b>  Pragmatic RCT	Germany 120 NH	<b>N= 12245 residents</b> IG 1: 4126 IG 2: 3547 CG: 4572	✓		✓	✓	Usual care	6-12 months	<b>Physical restraint:</b> prevalence at 12 months Falls Fall related fractures Quality of life
<b>Capezuti et al. (2007)</b>  Pre- and posttest design	USA 4NH	<b>N=251 residents (side rail use)</b>  IG: N= 130 Discontinued Side Rail Use IG: N= 121 Continued Side Rail Use		✓			Usual care	1-12 months	<b>Side rail use</b> Incidence of falls
<b>Evans et al. (1997)</b>  Cluster randomized trial	USA 3 NH	<b>N=643 residents</b> <b>N=463 complete data</b> IGa: 152 IGb: 127 CG: 184	✓	✓			Usual care	6-9-12 months	<b>Physical restraint use</b> Restraint intensity Fall rate
<b>Gulpers et al. (2011)</b>  Quasi-experimental longitudinal design	Netherlands 26 psycho-geriatric NH	<b>N= 420 residents</b> <b>N=405 complete data</b>  IG: 250 CG:155	✓	✓	✓	✓	Usual care	4-8 months	<b>Use of the belt restraints</b> Other types physical restrains use of psychoactive medication falls and fall-related injuries

<b>Gulpers et al. (2012)</b> Quasi-experimental longitudinal study	Netherlands 13 NH	<b>N=104 newly admitted residents</b> <b>N=82 complete data base line</b>  IG: t0 43 – t1 29 CG: t0 39 – t1 20	✓	✓	✓	✓	Usual Care	4-8 months	<b>Use of the belt restraints</b> Other types physical restrains use of psychoactive medication falls and fall-related injuries
<b>Gulpers et al. (2013)</b> Quasi- experimental longitudinal study	Netherlands 13 NH	<b>N = 225 panel group</b>  IG: N= 134 CG: N= 91	✓	✓	✓	✓	Usual care	24 months	<b>Use of belt restraints</b> At least one physical restraint device
<b>Huizing et al. (2006)</b> Cluster randomized trial	Netherlands 5 psycho-geriatric NH	<b>N=145 residents with dementia</b> <b>N=126 complete data</b> IG: t0 83 - t1 86 CG: t0 62- t1 58	✓	✓			Usual care	1 month	<b>Use of physical restraint</b> Restraint intensity Restraint type
<b>Huizing et al. (2009a)</b> Cluster randomized trial	Dutch 7 psycho-geriatric NH	<b>N= 432 psycho geriatric residents</b> <b>N=241 complete data</b> IG: N=125 CG: N=115	✓	✓			Usual Care	1- 4 -8 months	<b>Physical restraint:</b> status, intensity Multiple restraint use
<b>Huizing et al. (2009b)</b> Cluster randomized trial	Dutch 14 psycho-geriatric NH	<b>N=138 newly admitted psychogeriatric residents</b> N=90 complete data base line IG: 53 CG: 37	✓	✓			Usual Care	1-4-8 months	<b>Physical restraint:</b> status, intensity Multiple restraint use

<b>Koczy et al. (2011)</b> Cluster randomized trial	Germany 45 NH	<b>N=430 restrained residents</b> N=333 complete data IG: N=208 CG: N= 125	✓	✓		✓	Usual care	3 months	<b>Cessation of physical restraints (100%)</b> – bed rails were not included Falls use of psychoactive medication
<b>Köpke et al. (2012)</b> Cluster randomized trial	Germany 18 NH	<b>N= 4449 residents</b> IG: N=2283 CG: N=2166	✓		✓		Standard information	3-6 months	<b>physical restraint (6 month)</b> physical restraint (3 month) falls fall-related fractures anti-psychotropic therapy
<b>Pellfolk et al. (2010)</b> Cluster-randomized controlled trial	Sweden 40 Units for people dementia	<b>N= 355 residents</b> N= 350 residents complete data IG: Residents, N=192 CG: Residents, N=163	✓				Usual care	6 months	<b>Physical restraint use</b> Falls (1 months) Anti-psychotic therapy (Benzodiazepines – Narcoleptics)
<b>Rovner et al. (1996)</b> Randomized controlled Trial (RCT)	Baltimore (USA) A 250-bed community NH	<b>N = 89 residents randomized</b> <b>N = 81 complete data (91%)</b> IG: N= 42 CG: N=39	✓				Usual care	6 months	<b>Behavioral disorders</b> Antipsychotic drugs Physical restraint Cognition and level of nursing care
<b>Testad (2005)</b> single-blind cluster Randomised controlled trial	Norway 4NH	<b>N=151 residents</b> IG: N=55 residents All complete data CG: N= 96 residents N= 87 complete data	✓				Usual care	7 months	<b>Physical restraint use</b> Agitation

<b>Testad et al. (2010)</b> Single blind cluster randomized controlled trial	Norway 4NH	<b>N=211 residents</b> IG: N= 113 residents N=76-44 complete data CG: N= 98 residents N=46 complete data	✓				Usual care	6-12 months	<b>Interactional restraint</b> (treatment and care giving activity such as force and pressure) Structural restraint Agitation Use of antipsychotic drugs
<b>Testad et al. (2016)</b> Single-blind cluster randomized controlled trial	Norway 24 care homes (cited by authors as NH)	<b>N=274 residents</b> IG: N =118 residents with dementia N=85 complete data CG: N = 156 residents N= 116 complete data	✓				Usual care	7 months	<b>Physical restraint use</b> Agitation Use of antipsychotic drugs

N= number of residents recruited at baseline; Complete data=residents at study endpoint

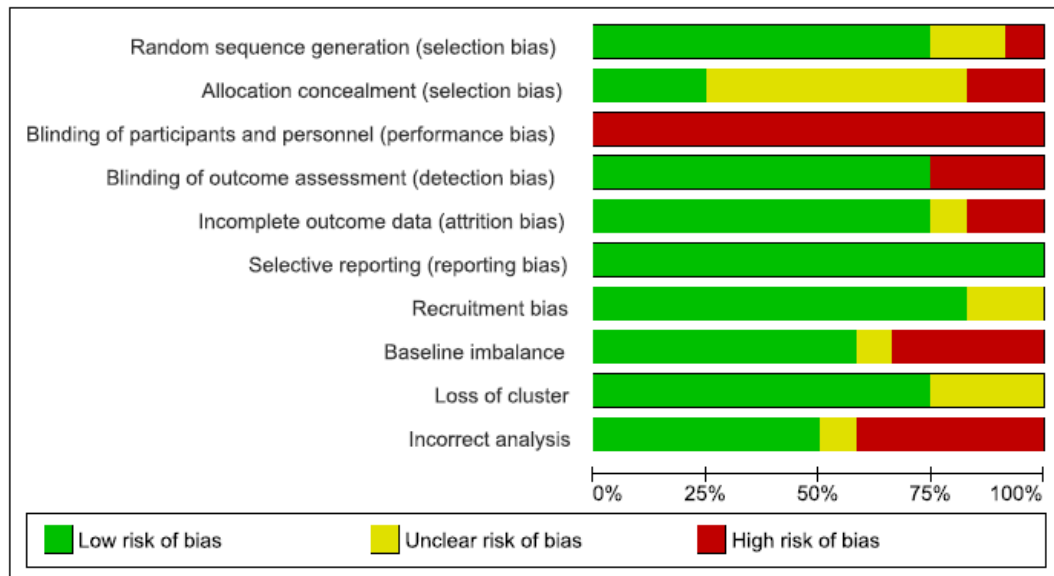
### **3.2 Risk of bias assessment of the included studies**

The quality of RCTs was moderate, while it was low for quasi-experimental studies. Of the 16 included studies, 9 had adequate sequence generation. Only three reported allocation concealments (Abraham et al., 2019; Koczy et al., 2011; Köpke et al., 2012), blinding of participants and personnel were not possible in any included studies. Ten studies had blinding of outcome assessment (Abraham et al., 2019; Evans et al., 1997; Gulpers et al., 2011; Gulpers et al., 2012; Huizing et al., 2009a; Huizing et al., 2009b; Köpke et al., 2012; Testad et al., 2005, 2010, 2016). Two of the included studies were assessed as having addressed incomplete data reporting (high risk of bias) (Testad et al., 2010, 2016) and lacked an explanation of the choices that underlined the recruitment of the participants (Testad et al., 2005, 2010). Four studies were high risk for baseline imbalance (Evans et al., 1997; Koczy et al., 2011; Testad et al., 2010, 2016), and in one study this issue was not clear (Pellfolk et al., 2010). In half of the studies, the analyses were correctly performed, although in some studies, the modalities were not described in detail (Evans et al., 1997; Huizing et al., 2009a, 2009b; Testad et al., 2005, 2010). Methodological quality assessment of the meta-analysis included studies is reported in Figure 2 and 3.

**Figure 2. Risk of bias summary**

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Recruitment bias	Baseline imbalance	Loss of cluster	Incorrect analysis
Abraham et al., 2019	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+
Evans et al., 1997	-	-	-	+	?	+	+	-	+	-
Huizing et al., 2006	+	?	-	+	+	+	+	+	+	+
Huizing et al., 2009a	+	?	-	+	+	+	+	+	?	-
Huizing et al., 2009b	+	?	-	+	+	+	+	+	?	-
Koczy et al., 2011	+	+	-	-	+	+	+	-	+	+
Kopke et al., 2012	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+
Pellfolk et al., 2010	+	-	-	-	+	+	+	?	+	+
Rovner et al., 1996	+	?	-	-	+	+	+	+	?	?
Testad et al., 2005	?	?	-	+	+	+	?	+	+	-
Testad et al., 2010	?	?	-	+	-	+	?	-	+	-
Testad et al., 2016	+	?	-	+	-	+	+	-	+	+

**Figure 3. Risk of bias graph: review authors' judgements about each risk of bias item presented as percentages across all included studies**



### 3.3 Types of interventions

The characteristics of the intervention group are described in Table 1. Five studies offered only educational training (Pellfolk et al., 2010; Rovner et al., 1996; Testad et al., 2005, 2010, 2016); and multicomponent programs were performed in nine studies (Abraham et al., 2019; Evans et al., 1997; Gulpers et al., 2011; Gulpers et al., 2012; Gulpers et al., 2013; Huizing et al., 2006; Huizing et al., 2009a; Huizing et al., 2009b; Koczy et al., 2011). There were seminars focusing on different topics and based on guideline or best practice followed by guidance or consultation (Abraham et al., 2019; Pellfolk et al., 2010; Köpke et al., 2012; Testad et al., 2016). The educational program changed in time from a minimum of six hours training course to a maximum of 6 months guidance and covering different themes about PR avoiding strategies. The arguments covered by the educational programs addressed the following topics:

- Information on dementia, aggression, and challenging behavior (delirium), falls and fall prevention, care of people with dementia, complications in dementia, decision-making processes and alternatives (Pellfolk et al., 2010; Testad et al., 2005);
- Strategies for analyzing and managing aggression or challenging behaviors (Evans et al., 1997; Huizing et al., 2009a; Koczy et al., 2011; Pellfolk et al., 2010);
- Information about legal implications, adverse effects, experience of feelings of being restrained (Abraham et al., 2019; Evans et al., 1997; Huizing et al., 2009a; Koczy et al., 2011; Pellfolk et al., 2010);



- Alternative strategies to the use of PR and decision-making processes (Abraham et al., 2019; Gulpers et al., 2013; Huizing et al., 2009a; Koczy et al., 2011; Pellfolk et al., 2010; Testad et al., 2005, 2016);
- Falls and fall prevention (Evans et al., 1997; Koczy et al., 2011; Pellfolk et al., 2010); and
- Overview of the current evidence about PR and summary of the guideline recommendations (Abraham et al., 2019)

The multicomponent interventions included educational training and guide or consultation by a nurse specialist at the registered nurse level (Gulpers et al., 2011, 2012, 2013; Huizing et al., 2009a, 2009b); a master's-prepared gerontological nurse such as an opinion leader (Evans et al., 1997); an Advanced Practice nurse (Capezuti et al., 2007); or a trained nurse with specific education (at least a Bachelor's in Nursing) (Abraham et al., 2019). The consultations were structured as a monthly session supervision (from one hour to 12 hour) or on demand. The multicomponent intervention in several studies provided for dissemination of the guideline's content in clinical practice, availability of alternative interventions and/or introduction of at least a restraint policy (Abraham et al., 2019; Gulpers et al., 2011, 2012, 2013; Köpke et al., 2012).

### **3.4 Outcome measures**

Ten of the sixteen included studies had as the primary outcome the use of any PR (Abraham et al., 2019; Evans et al., 1997; Huizing et al., 2006, 2009a, 2009b; Koczy et al., 2011; Köpke et al., 2012; Pellfolk et al., 2010; Testad et al., 2005, 2016). Follow-up ranged from one to 24 months. Most of the studies provided a conceptual definition of PR (Appendix B): fourteen studies used a comparable definition of PR even if incomplete; three of these studies did not define the devices of restraint (Evans et al. 1997; Koczy et al. 2011; Pellfolk et al., 2010) and other two reported only methods (Capezuti et al., 2007; Evans et al. 1997). Two studies not reported any definition (Rovner et al., 1996; Testad et al. 2005). Eight studies explored falls and injuries related falls; six studies evaluated the impact of a change in prescription of antipsychotic drugs (Gulpers et al., 2011, 2012; Köpke et al., 2012; Pellfolk et al., 2010; Testad et al., 2010, 2016). This review analyzed the prevalence of restraint, but it would be relevant to break it down into time of permanence, duration (continuous/discontinuous) and type of restraints used.

**Table 2. Results of included studies**

Author (Year)	MA*	Physical restraint	Falls – fracture or injuries related falls	Other outcomes
<p><b>Abraham et al. (2019)</b></p> <p>A pragmatic cluster of randomized controlled trial</p>	Y	<p><b>Any physical restraint</b></p> <p>6 months follow up (mean prevalence % [95% CI]) CG 19.8 (16.2-23.3)</p> <p>IG update version 15.6 (12.9-18.3) IG concise version 17.2 (12.9-21.4)</p> <p>12 months follow up (mean prevalence % [95% CI]) CG 17.6 (14.1-21.1)</p> <p>IG update version 14.6 (11.8-17.4) IG concise version 15.7 (10.9-20.5)</p> <p>Physical restraint prevalence from baseline to follow-up CG -1.2; 95% CI -0.04 to 0.11; P = .294 IG 1: -2.8; 95% CI -5.5 to -0.01; P = .042 IG 2: -3.9; 95% CI -6.8 to -1.0; P = .009</p>	<p>At 12 months <math>\geq 1</math> fall OR (95% CI) IG1 vs CG: 1.17 (0.89-1.53) OR (95% CI) IG2 vs CG: 1.03 (0.79-1.35)</p> <p><math>\geq 1</math> Fall relate fractures OR (95% CI) IG1 vs CG: 1.31 (0.87-1.97) OR (95% CI) IG2 vs CG: 1.11 (0.73-1.71)</p>	<p>Quality of life (QoL-AD scale) 12 months follow up: Difference (95% CI) IG1 vs CG: -0.2 (-1.6 – 1.2) P=.78 Difference (95% CI) IG2 vs CG: 0.3 (-1.2 - 1.7) P= .70</p>
<p><b>Capezuti et al. (2007)</b></p> <p>Pre-Post test design</p>	N	<p>Side rail use immediately post (1 month) e 12 month</p> <p>Statistically significant effects of time and site, indicating a change over time</p> <p>Differences between the four NH in restrictive side rail use.</p> <p>Only one NH Site 3 showed a statistically significant decrease in the rate of restrictive side rail use over time (P=.01)</p>	<p>Falls rate 12 months</p> <p>reduced discontinue restrictive side rail group -0,053; 95% CI (-0,083 to -0,024) P-value &lt; 0.001</p> <p>continued restrictive side rail group -0,013; 95% CI (-0,056 to 0,030) P-value = 0.17</p>	
<p><b>Evans et al. (1997)</b></p> <p>Cluster RCT</p>	Y	<p>Prevalence restraint use (Individual as units of analysis)</p> <p>6 Month CG:45% (83/184); IG: RE: 18% (27/152); REC: 16% (20/127)</p> <p>9 month CG: 42% (77/184); IG: RE: 16% (24/152); REC: 12% (15/127)</p> <p>12 month CG: 43% (79/184);IG: RE: 19% (29/152);REC: 14% (18/127)</p> <p>Restraint use intensity over time comparing groups</p> <p>REC vs RE P&lt;0.005 (6-9 mo); ns (12 mo)</p> <p>REC vs C P&lt;0.005 (6-9-12 mo)</p> <p>RE vs C P ns (6-9 -12 mo)</p> <p>Nursing home as units of analysis</p> <p>6 Month CG:40%; IG: RE: 19%; REC: 18%</p> <p>9 month CG: 40%; IG: RE: 17%; REC: 14%</p> <p>12 month CG: 42%; IG: RE: 19%;REC: 16%</p>	<p>Fall rate</p> <p>3 months GC vs RE or REC (64.7% vs 41.5% or 42.5%) P &lt; 0.001</p> <p>6 months GC vs RE or REC (53.3% vs 32.2% or 37.8%) P &lt; 0.001</p>	
<p><b>Gulpers et al. (2011)</b></p>	N	<p>At least one physical restraint device</p> <p>4 months CG 64%; IG 54%; P-value 0.06</p>	<p>Falls</p> <p>4 months GC 14%; GI 20%; P-value 0.10</p> <p>8 months GC 16%; GI 16%; P-value 0.98</p>	<p>Psychotropic drug use</p> <p>4 months: GC 72%, GI 72%, P-value 0.93</p> <p>8 months: CG 70%, GI 68%, P-value 0.79</p>

Quasi Experimental		8 months CG 69%; IG 54%; P-value 0.003  Belt restraints 4 months CG 16%; IG 13%; P-value 0.45 8 months CG 19%; IG 9%; P-value 0.005	Fall related injuries 4 months GC 8%; GI 10%; P-value 0.44 8 months GC 11%; GI 10%; P-value 0.66	
<b>Gulpers et al. (2012)</b>  Quasi Experimental	<i>N</i>	At least one physical restraint device 4 months CG 31%; IG 30%; P-value 1.00 8 months CG 36%; IG 21%; P-value 0.15  Belt restraints 4 months CG 8%; IG 2%; p-value 0.34 8 months CG 13%; IG 2%; p-value 0.10	Falls 4 months GC 40%; GI 38%; P-value 1.00 8 months GC 30%; GI 21%; P-value 0.51  Fall related injuries 4 months GC 10%; GI 24%; P-value 0.28 8 months GC 10%; GI 14%; P-value 1.00	Psychotropic drug use 4 months GC 70%; GI 76%; P-value 0.75 8 months GC 65%; GI 72%; P-value 0.75
<b>Gulpers et al. (2013)</b>  Quasi experimental	<i>N</i>	At least one physical restraint 24 months IG: 80/134 (60%); CG: 68/91 (75%) OR 0.50, 95% CI 0.28 to 0.90, P-value = 0.020 Belt restraint 24 months IG: 7/134 (5%); CG: 13/91 (14%) OR 0.35, 95% CI 0.13-0.93; P-value 0.04		
<b>Huizing et al. (2006)</b>  Cluster RCT	<i>Y</i>	Restraint use (prevalence) CG 40/58; IG: 45/86 OR 0.50, 95% CI 0.24 to 0.99 P-value = 0.048 Restraint intensity over time CG t0 56% t1 70%; IG t0 54% - t1 56% P-value >0.05  Restraint intensity CG 38/54 (70%); IG: 40/72 (28.8%) OR 0.53, 95% CI 0.25-1.11, P-value = 0.09		
<b>Huizing et al. (2009a)</b>  cluster RCT	<i>Y</i>	4 months ( post test2) and 8 months (post test 3) Restrain status Post-test 3 CG 69/115 (60%); IG: 81/126(64%) IG change t0 54% vs t3 64% (P=0.02) – at post-test 2 there were no differences CG: t0 49% vs t2 57% (P= .02); t3 60% (P=0.007) Restraint intensity and multiple restraints In both groups, restraint intensity and multiple restraints increased over time.		
<b>Huizing et al.(2009b)</b>  cluster RCT	<i>Y</i>	not restrained vs restraint 1 month CG:70% (14/20) – IG: 61,8% (21/34) vs CG 30% (6/20) – IG 38,2%		

		(13/34); P-value 0.541 4 months CG :67,7% (21/31) – IG: 48,8% (21/43) vs CG 32,3% (10/31) vs IG: 51,2% (22/43) P-value 0.105 8 months GC 59,5% (22/37) – IG: 52,8% (28/53) vs CG 40,5% (15/37) – IG 47,2% (25/53) P-value 0.53		
<b>Koczy et al. (2011)</b>  cluster RCT	Y	100% not restrained (free) 3 months CG 8,8% vs IG 16,8 % OR 2.16 (IC 95% 1.05–4.46) Restraint 3 months CG: 114/125 (91.2%); IG: 173/208 (83.2%) restraint duration ≥ 75% CG 10.4% vs IG 21.6%; OR 2.45 (IC 95% 1.26–4.77) restraint duration ≥ 50% CG 14.4% vs IG 26.9%; OR 2.25 (IC 95% 1.25–4.05)	Falls 3 months GI 16.3% vs GC 8.0%; OR 2.08 (IC 95% 0.98–4.40)	
<b>Köpke et al. (2012)</b>  RCT	Y	Any physical restraint 3 months CG 30,5 (26.6-34.4) vs IG 23,9 (19.3-28,5) MD 6.6%; 95% CI (0.6-12.6) Cluster adjusted OR 0.72; 95% CI (0.53-0.97) P-value 0.03; ICC 0.029 6 months Difference 6,5%; 95% CI (0.6-12.4) Cluster adjusted OR 0.71; 95% CI (0.52-0.97) P-value 0.03; ICC 0.029	Residents ≥1 fall during period study Difference 3 %; 95% CI (–3.5 to 9.4) Cluster adjustice OR 0.85; 95% CI (0.60 to 1.21)  fracture during period study Difference 0.5%; 95% CI (–0.5 to 1.4) OR (95% CI) =0.76 (0.42 to 1.38)	Psychotropic drug 6 month follow up difference –0.7%; 95% IC (–6.0 to 4.6)
<b>Pellfolk et al. (2010)</b>  cluster RCT	Y	Physical restraint 6 months CG 38.1% (53/139); IG 20.1 % (30/149); P-Value baseline/ 6 mo: 0.78/0.001 OR 0.21, 95% CI 0.08 – 0.57, P 0.002 restrained baseline vs unrestraint 6 mo CG 3.6% (n=1/28) vs IG 31.3% (n=10/32) (P= 0.007). unrestrained baseline vs restrained 6 mo CG 23.4% (n26/111) vs IG 6.8% (n8/117) (P-value 0.001).	6 month follow-up IG 10.1 % vs CG 8.6% P-Value baseline/ Follow-Up: .45/.68	6 mo follow-up benzodiazepine IG 31.9% vs CG 22.8% P-Value baseline/ Follow-Up: 0.79/0.09  Neuroleptics IG 47.9% vs CG 30.6% P-Value baseline/ Follow-Up: 0.43/0.12
<b>Rovner et al. (1996)</b>  RCT	Y	Physical restraint 6 months CG 20/38 (52.6%) vs IG 14/41 (34.1%) OR 0.47 [95 % CI 0.19 to 1.16] P-value = 0.10		
<b>Testad et al. (2005)</b>	Y	frequency of use of restraint – mean (range) 7 months		Brief Agitation Rating Scale (BARS) score mean (range)

RCT		CG 4/55 ; IG 2/96 CG 3,7 (0-25) ; GI 1.5 (0-10); P-value = .016 Mean number of restraint per patient per week		7 months GI 21.2 (10-37); GC 17.4 (10-44) not difference between the groups.
<b>Testad et al. (2010)</b>  RCT	Y	Structural restraint 6 months CG 23/70 (33%); IG 48/75 (64%) 12 months CG 6/70 (13%) IG 8/75 (18%)  Interactional restraint 6 months CG 32/70 (46%); IG 36/75 (48%); 12 months CG 9/70 (20%) IG 23/75 (53%); P-value 0.57 Change in interactional restraint use over time (stopped, stable, started) differed between groups (P 0.021);		Antipsychotic drugs 6 months: GI: 29.3%; GC: 14.3% 12 months: GI: 31.8%; GC: 8.7%  Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 6 months: difference -3.4 (-6.8 to -0.06) 12 months: difference -5.6 (-10.2 to -1.0)
<b>Testad et al. (2016)</b>  cluster RCT	Y	7 months any structural intervention: CG vs IG CG 57/114 (6.1%) IG 9/83; (10.5%) % difference baseline/7months CG t0 10.5% vs t1 6.1% P < 0.001; IG t0 14.5% vs t1 10.5% P-value 0.007 Tendency to a greater reduction in the control group		Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI) Difference Mean 7 months GI: -3.0 vs GC -3.6 P-value NS Neuropsychiatric Inventory (NPI) sum Difference mean GI 5.7 GC 1.8 P-value NS

\* MA, meta-analysis; Y, yes: studies included in meta-analysis; N, Not included

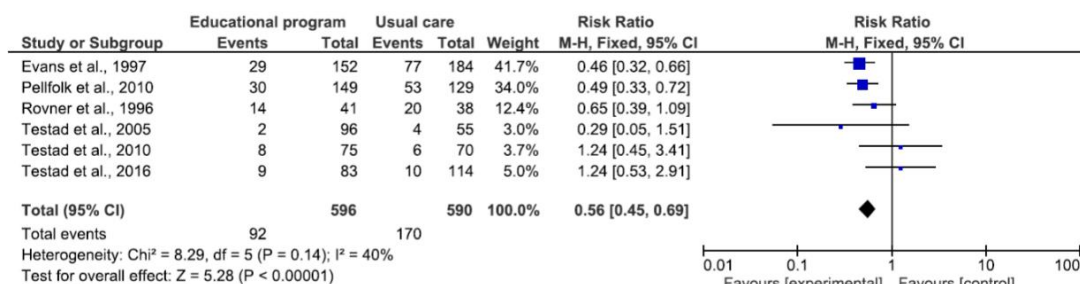
### 3.5 Effect of interventions

The overall results of the qualitative synthesis (16 studies), reported in Table 2, showed a significant trend in favor of interventions over time and intensity of PR use, except for Testad et al. (2016), which found an increase in the use of containments over time in the intervention group and a tendency for a greater reduction in the control group. In contrast, in some RCTs (Huizing et al., 2009a, 2009b), both groups, control and intervention, showed an increase in restraint intensity and multiple restraints over time.

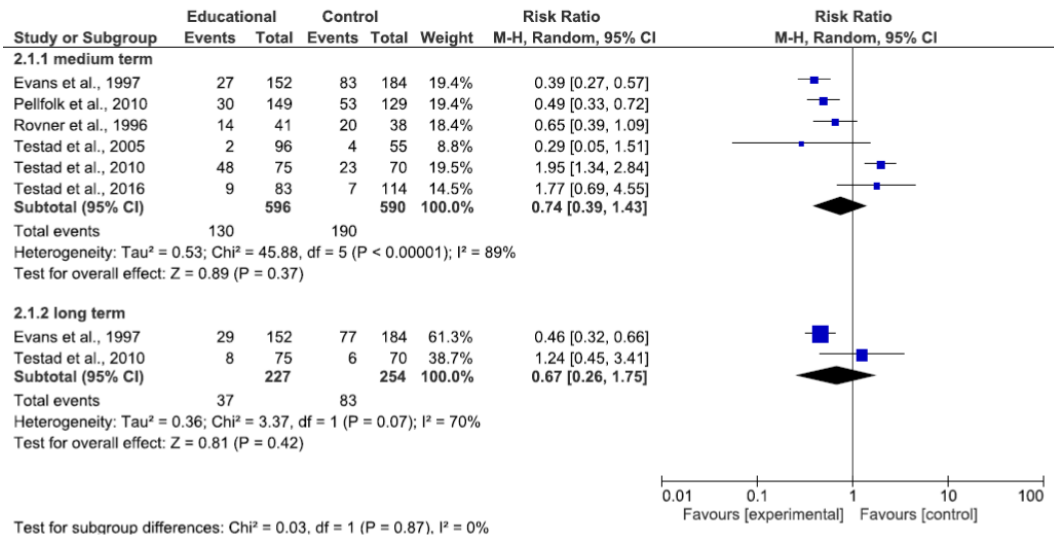
12 RCTs of 16 studies were included in the meta-analysis and including 11 cluster-RCTs and 1 individual RCT (Rovner et al., 1996). The effects of interventions on the primary outcome were presented according to the type of intervention.

The overall effect of the *educational program* (at study endpoint) in reducing PR use were analyzed a total of 1.186 patients (596 intervention and 590 control group) (Evans et al., 1997; Pellfolk et al., 2010; Rovner et al., 1996; Testad et al., 2005, 2010, 2016). The combined estimated risk ratio (RR) of use of PR with an educational program was statistically significant (Figure 4a: RR 0.56, 95% CI 0.45 - 0.69). There was moderate overall heterogeneity ( $I^2 = 40\%$ ). At medium term (6-8 months), RR of use of physical restraint is RR 0.74 (95% CI 0.39 - 1.43), and long term (12-24 months), RR 0.67 (95% CI 0.26-1.75). In both subgroups a substantial heterogeneity emerged (Figure 4b).

**Figure 4a. Educational program at endpoint study**

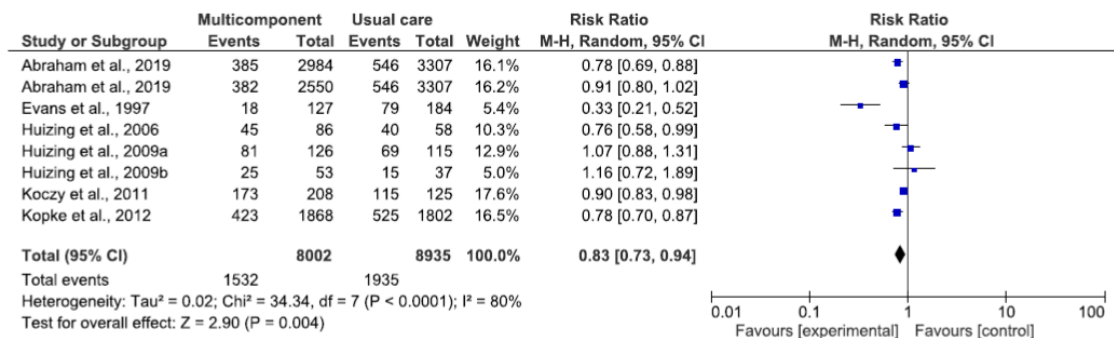


**Figure 4b. Educational program at different follow up**

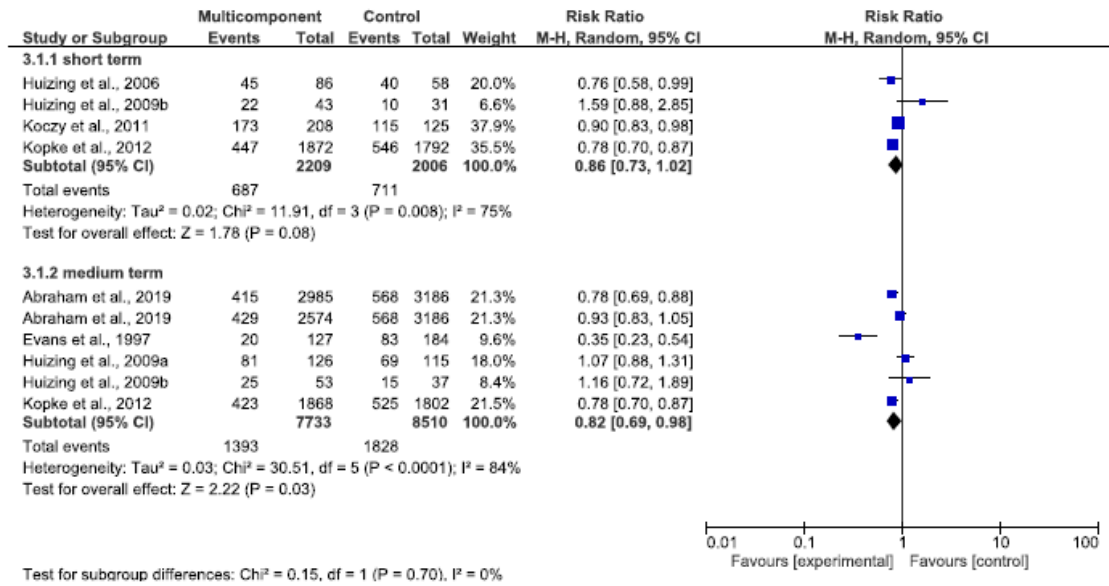


The overall effect of the *multicomponent program* (at study endpoint) in reducing PR use were analyzed a total of 16.937 patients (8.002 intervention vs. 8.935 control) (Abraham et al., 2019; Evans et al., 1997; Huizing, 2006, 2009a, 2009b; Koczy et al., 2011; Köpke, 2012). The combined estimated RR of use of PR with a multicomponent program was statistically significant (Figure 5a: RR 0.83, 95% CI 0.73 - 0.94). There was an effect and statistical significance but with an overall high heterogeneity (I<sup>2</sup> = 80%). The results at short- term (1-4 months) and medium-term (6-8 months) were slightly statistically significant (Figure 5b). At short-term the RR of use of physical restraint is RR 0.86 (95% CI 0.73 - 1.02), and medium-term (RR 0.82, 95% CI 0.69 - 0.98). In both subgroups a substantial heterogeneity emerged (I<sup>2</sup>= 75% and 84%).

**Figure 5a. Multicomponent program at endpoint study**



**Figure 5b. Multicomponent program at different follow**



*Secondary outcome results*

The results of secondary are reported in Table 2. The introduction of an educational or multicomponent intervention does not lead to a statistically significant increase in the rate of falls and fall-related injuries and there was not a significant increase in the use of antipsychotic drugs over time (Gulpers et al., 2011, 2012, 2013; Koczy et al., 2011; Testad et al., 2005).

**DISCUSSION**

This meta-analysis attempted to pool the evidence regarding the effectiveness of education program and multicomponent intervention on the use of mechanical restraints; without a significant increase in falls, behavioral symptoms, or medication in nursing home residents. A previous Cochrane review underline that there were insufficient evidence supporting the effectiveness of educational interventions for preventing or reducing the use of PR in geriatric long-term care (Möhler et al., 2012); moreover in this systematic review emerged the effectiveness of the educational interventions and multicomponent program, including governmental mandates and administrative support through institutional policy and the provisions of alternatives, at short and medium term in reducing or preventing the use of PR in nursing home settings. Only one study focuses on the long-term effectiveness of a multicomponent program (Abraham et al., 2019). More recent evidence of successful reduction efforts in use of restraints is evident from several countries, which used a



multicomponent approach (Abraham et al., 2019; Köpke et al. 2012). This approach demonstrated a reduction in physical restraint use within nursing home after 6- and 12-months post implementing both a detailed guideline and theory-based multicomponent interventions. The moderate - high heterogeneity ( $I^2$  from 40% to 84%), of the results about can be seen in the variability of the elements that performed an educational and multicomponent program (guidance, consultation, policy or guideline) and/or different measurements in outcomes.

Furthermore, the variability of the sample, in terms of baseline characteristics, high turnover, mortality and transfer drop-out or other factors led to an imbalance in the data when comparing the baseline with the data at the follow-up.

In conclusion, the results of the analyzed studies could support the implementation of educational programs alone or with the support of an expert in advanced clinical nursing that gives form of consultation and support. It is also important to underline that the effectiveness could be decrease in both approaches and is important a re-training to keep knowledge alive.

## **CONCLUSION**

The studies included in this review are adequate and had from low to moderate risk of bias; many of them demonstrated differences regarding the type of interventions and also most of the studies did not have an unvarying definition of physical restraint and methodologies for data collection. Also, the components of the experimental interventions and the duration of educational sessions differed between studies. In residential settings there are many different restraint devices, such as bed rails, geriatric chairs, belts, and chairs with a table. In these contexts, nurses play a key role in the decision-making process for the use of PR (Goethals et al., 2012). An important aspect of this practice relates to the ethical questions arising and the implication of PR on human rights; evidence suggests that the use of PR has a negative impact on patients' safety. Restraint use has been ethically debated for decades, largely because it inhibits patients' autonomy and dignity. Studies conducted in long-term care settings found no evidence that restraint use reduces falls and restraints may increase the presence of pressure ulcers (Gastmas et al. 2006; Capezuti et al., 2009; Haut et al., 2009; Köpke et al., 2012; Goethals et al., 2013a; Möhler & Meyer, 2014). The use of physical restraint produces ambivalent and conflicting emotions, such as anger, compassion and frustration. The need and willingness of nurses to implement all possible alternative strategies emerges.

Generally, the use of physical restraints must always consider the serious consequences for

residents, their dignity and how their quality of life might be affected. The decision-making process concerning the application of physical restraints has always to respect the resident's situation as well as nurse- and organization-related factors. The core educational component addresses the attitudes of nurses, physicians and other healthcare professionals who are involved in making decisions and devising policies about PR use. Additional components might target the care environment (e.g. environmental changes, adjustment of staff-patient ratios or staff skill mix, involvement of family members, advocacy), or the organizational culture (e.g. attitudes of the opinion leaders or the management), and may support the implementation of change in other ways (e.g. by providing supervision or guidance for healthcare professionals). Leadership could essentially contribute to restraint-free nursing care by sensitizing nurses and creating optimal working conditions; nursing home staff profile and competencies are appropriate to meet the increasingly complex needs of residents with dementia (Bellenger et al., 2019).

Knowing that decision-making is mainly based on individual's experiences and often is ambiguous, the development of evidence-based guidelines to support decision-making regarding the (non)-use of physical restraints is highly recommended (Kong et al., 2017; Bellenger et al., 2019). Multicomponent educational interventions are designed to change the organizational culture towards a least-restraint policy. For these reasons there is an important and urgent need for education and increased awareness among healthcare providers to make them more attentive to the ethical and moral problems inherent in this practice. Protection is a common reason for the use of PR, and the objective is to reduce the use of this method, while employing educational programs and consultation as strategies. In different countries these includes legislation and attention to creating or revising guidelines for nurses and institutions. In addition, it is important to pay attention to the barriers within long-term contexts that do not allow the reduction of PR; educational support is only a starting point and other interventions are needed. This review indicates that educational or multicomponent programs alone are not enough and are need other approaches, like legal or governmental policies, these strategies seem to be necessary to sustainably change physical restraint practice and reduce variations in "philosophy and approach" in nursing homes.

Educational training with the involvement of other techniques (consultation or guidance) will help healthcare professionals with the correct use of PR in addition to knowledge, behaviors, and attitudes about the topic. The development of interventions should consider specific residents' characteristics associated with physical restraints. Measures for falls prevention play an important role in restraint reduction programs; with regard to prevention

of falls, many interventions have been suggested in the literature, like floor mats, hip protectors, position alarms, motion devices, anti-slip mats, height adjustable beds, bed next to wall and multi-factorial falls risk assessment and management programs. However, as Capezuti indicated, more research on the effects of alternative interventions for physical restraints is needed (Capezuti et al., 2007; Möhler & Meyer, 2014).

### **Study limitations**

Several limitations of this review have to be considered. The results have limited validity, transferability and generalizability due to the wide range of definitions of physical restraints and the assessment instruments used. Additionally, the educational programs varied significantly. Finally, there was a lack of data on the proportion of patients with dementia in most of the included studies.

### **RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE**

The results of this review underline that educational training and multicomponent programs could be effective in reducing the use of PR in nursing home settings. At the least, additional studies implementing an educational program alone or with consultation or guidance might provide further evidence of the effectiveness of these approaches on the reduction in the use of PR. The number of older patients with temporary or permanent cognitive impairment in general hospital settings will increase due to demographic change and medical progress. These patients have a higher risk of being restrained (Heinze 2012; Minnick, 2007), and PR use may be associated with negative effects that may hamper recovery and rehabilitation. In contrast to geriatric long-term care settings, there is no high-quality systematic review about the effects of interventions intended to prevent or reduce PR use in older people in nursing home settings. The results of such a review will be highly relevant for clinical practice and help nurses' decision-making. Information about effective interventions for preventing and reducing the use of PR in nursing homes may promote care with less or even without PR use which might increase the quality of care of older people. Nursing homes have an important role in the care of older people; the trajectory leading to use of restraint is complex, and the context and nursing factors could affect nurses' decision-making (Goethals et al., 2012); further research is thus needed exploring how nurses can be empowered to deal more effectively with this important care issue. Future research is necessary to investigate the feelings and attitudes of healthcare professionals about PR and explore their knowledge of alternatives to PR use. Basic and

continuous staff training is a key element in that it allows you to increase knowledge, change attitudes in favor of reducing restraint. This training should include legal, ethical and clinical aspects, with reference to possible alternative ways to avoid restraint in vulnerable people. However, based on the results, training represents a necessary but not sufficient element, on its own, to create a restraint free culture. In the future, multicomponent programs involving the whole team are needed; and create a multidimensional approach according to professionalism to provide the best patient assistance. Nursing home had to stimulate changes in policy and organizational procedure to reduce or prevent the use of physical restraints. In the included studies definitions of PR are inconclusive and unclear for example, bedside-rails were considered PR in some studies but not in others. Similarly, the educational programs are not always the same and have different elements and components and for these reasons, difficulties arise in comparing the results of the various studies and therefore results are not easy generalizable.

### 3. DISEGNO DELLA RICERCA

---

La prescrizione della contenzione viene considerata ad oggi in molti contesti un atto medico, gli infermieri giocano un ruolo chiave in merito alla gestione della contenzione fisica poiché primariamente coinvolti nel segnalare la necessità di contenzione, nell'applicarla e nel garantire la sorveglianza continua. Spesso gli infermieri non usano la contenzione come prima opzione, ma valutano e attivano strategie alternative, scelte che considerano rischi e benefici per la persona e che stimolano vissuti cognitivi e affettivi articolati e complessi. Spesso l'infermiere si interroga in merito alle proprie scelte e cerca di mettere in luce aspetti a favore e contro in merito all'uso della coercizione per la gestione di una determinata situazione. A causa del ruolo centrale assunto, l'infermiere si trova coinvolto a vari livelli in ogni fase del processo di cura, la scelta di ricorrere all'uso della contenzione suscita vissuti emotivi e dilemmi etici. Nasce quindi l'interesse e la volontà di valorizzare la pratica degli infermieri che lavorano nei contesti residenziali, cercando di comprendere i loro vissuti e sentimenti in merito alla pratica della contenzione. Dare voce, attraverso le narrazioni e mettendo per iscritto ciò che molto spesso rimane a un livello sotteso e non visibile è uno degli elementi fondanti del disegno della ricerca; l'infermiere si attiva e mette in atto azioni di cura complesse che collocano l'utente al centro del processo di cura, tuttavia, in alcune situazioni il professionista si trova costretto a ricorrere alla contenzione, una scelta non priva di emozioni.

È quindi necessaria una maggiore comprensione di ciò che avviene all'interno dei contesti di cura e nelle relazioni tra infermieri, residenti e familiari per ottenere una comprensione fedele alla realtà dei contesti, sono state condotte interviste coinvolgendo direttamente gli infermieri e chiedendo di raccontare episodi in merito alla loro esperienza di contenzione. La presente ricerca riconosce il valore e la qualità delle cure offerte dal personale sanitario, e per questo ha come obiettivo il dare spazio e voce agli operatori, valorizzando la loro esperienza e il loro vissuto per meglio comprendere le dinamiche che si attivano all'interno dei contesti residenziali e quali fattori influenzano in maniera positiva e negativa il vissuto cognitivo e affettivo che accompagna tale pratica (Mortari & Saiani, 2013).

L'uso delle contenzioni viene preso in esame alla luce della filosofia della cura come dispositivo che consente una buona terapia della persona, cioè una terapia pienamente umana. L'approccio qualitativo utilizzato nella conduzione della ricerca permette di accedere alla variabilità di significati che i soggetti attribuiscono all'esperienza di contenzione aprendo verso suggestioni e riflessioni non ottenibili con strumenti e metodi quantitativi.

In questo capitolo vengono affrontate le scelte metodologiche che hanno orientato lo studio, la domanda di ricerca, lo sfondo epistemologico e metodologico e l'approccio filosofico.

### **3.1 Dal problema alla domanda di ricerca**

I contesti residenziali costituiscono un ambito particolarmente complesso, dove la qualità della relazione di cura è caratterizzata non solo da aspetti clinici ma anche etici e deontologici. L'utilizzo delle contenzioni fisiche è diffuso nelle strutture per anziani in maniera variabile all'interno del contesto italiano. L'analisi della letteratura a tal proposito ha evidenziato l'importanza assunta dalle risorse, umane e ambientali, l'organizzazione non solo assistenziale ma anche manageriale. Anche il diverso livello di competenza degli infermieri e le policy aziendali sembrano influire sulla variabilità nell'uso dei mezzi di contenzione fisica. Aspetti non necessariamente clinico - sanitari ma anche i modelli organizzativi, la composizione dei team multiprofessionali, la cultura della struttura sanitaria sono tutti elementi che sembrano giocare un ruolo determinante nel condizionare i vissuti degli infermieri. Quindi per studiare un fenomeno tanto complesso è necessario adottare uno sguardo fedele e flessibile al contesto naturale entro cui si realizza la pratica della contenzione.

Lo studio assume come oggetto di indagine l'acquisizione della conoscenza del vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell'uso delle contenzioni del personale che opera in un campione di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Regione Trentino e Veneto. Per i dettagli in merito ai setting arruolati si rimanda al paragrafo 4.1. In particolare, vengono approfonditi gli elementi che influenzano le decisioni, la cultura interna del contesto, i principali vissuti, le difficoltà e bisogni dei professionisti e i rapporti con la famiglia. L'intento finale è quello di poter giungere, attraverso un'approfondita analisi degli aspetti che caratterizzano il processo decisionale cognitivo ed emotivo con l'individuazione dei fattori che ostacolano e facilitano l'instaurarsi di una pratica di cura che incorra il meno possibile all'utilizzo della contenzione. Tale approccio metodologico permette di portare alla luce gli elementi che guidano e influenzano il processo decisionale degli infermieri, che si trovano in situazioni e nelle condizioni di dover utilizzare un mezzo di contenzione, parallelamente ai fattori che ne influenzano i vissuti cognitivi ed emotivo-affettivi.

## 3.2 Sfondo epistemologico e metodologico della ricerca

### 3.2.1 Il paradigma naturalistico

La ricerca qui delineata ha lo scopo di andare in profondità in merito agli elementi decisionali e ai vissuti dei soggetti coinvolti nella relazione di cura e, coerentemente con tale obiettivo, il framework metodologico scelto è di tipo qualitativo.

Infatti, “il key concept su cui si fonda la ricerca qualitativa è che noi siamo dentro un mondo di significati e questi significati non sono cose la cui comprensione sia garantita da un processo di quantificazione, ma richiede essenzialmente la messa in atto di processi di interpretazione” (Mortari, 2007, p. 63). Gli studi di tipo qualitativo rappresentano ormai una componente importante all’interno dei contesti sanitari, anche se in questo settore, nel panorama italiano, prevalgono ancora le ricerche di tipo quantitativo. Vi sono resistenze alla ricerca qualitativa poiché, secondo un paradigma positivistico e post positivistico, si ritiene indispensabile l’ottenimento di dati generalizzabili: “il paradigma post-positivistico si basa proprio sul presupposto che in certi ambiti d’indagine l’unico tipo di teorie accessibili non può che avere un valore contestuale-locale. Per la tipologia dei problemi che indaga, la ricerca qualitativa mira a elaborare non teorie dal valore generale, ma teorie dal valore situazionale che rendono conto con la massima precisione possibile del contesto investigato” (Mortari & Silva, 2014, p. 15). La ricerca qualitativa, dunque, non consente di ottenere teorie trasferibili in contesti diversi da quello studiato, tuttavia, trattandosi di teorie costruite in modo induttivo a partire dai dati raccolti dall’esperienza concreta, sono fortemente in relazione con il contesto studiato, e forniscono quindi preziose indicazioni per muoversi all’interno della pratica sanitaria. Stando a questa nuova visione, gli approcci di ricerca qualitativa stanno trovando una crescente implementazione nel campo delle scienze della salute (Mortari, 2007).

Il disegno di ricerca, generalmente non predefinito in tutti i suoi dettagli al momento dell’avvio della ricerca empirica è un aspetto utile a mantenere una postura di apertura a modificazioni e revisioni dopo essere stati a contatto con la realtà. Al fine di mantenere un approccio aperto nei confronti del contesto di ricerca è necessario che il ricercatore adotti una costante e rigorosa attività riflessiva sulle scelte da compiere nella definizione del disegno di ricerca e di adattarlo agli stimoli e riflessioni che la realtà suggerisce. Mortari lo eleva a elemento arricchente e valorizzante della ricerca qualitativa affermando che esso è “valutato positivamente dalla *Naturalistic inquiry*, che considera la possibilità di iniziare la ricerca sul campo con un disegno non definitivo ma suscettibile di possibili modulazioni, messe in atto dopo l’analisi sul campo, non un limite bensì una dimensione qualificante della ricerca” (Mortari & Saiani 2013, p. 56). Quindi, la ricerca qualitativa ha come oggetto

d'indagine l'elaborazione del significato dell'esperienza vissuta del professionista, adattandosi al *paradigma naturalistico* i cui elementi essenziali sono i seguenti:

1. *Setting naturale*: lo studio si sviluppa nei luoghi dove il fenomeno generalmente accade. Lo scopo è di avvicinarsi il più possibile all'esperienza vissuta dagli attori che entrano in gioco; tale scelta metodologica, si dissocia dalla creazione di *setting* irreali, e ha la finalità di comprendere la complessità della realtà, evidenziando i fattori che entrano in gioco in maniera imprevedibile. Lo studio si è quindi svolto presso differenti strutture residenziali in cui sono stati intervistati gli infermieri. Per garantire l'aderenza alla realtà è risultato fondamentale raccogliere i dati così come i soggetti li hanno riportati, con il linguaggio abituale e senza interpretazioni da parte del ricercatore (Mortari, 2007).

2. *Partecipanti significativi*: avendo la ricerca qualitativa come obiettivo la comprensione approfondita del fenomeno della contenzione fisica, l'identificazione dei partecipanti ha seguito il principio del *purposeful sampling* (Mortari & Saiani, 2013), una modalità di campionamento che va alla ricerca di quelli che si qualificano come informatori significativi. Così come può variare la domanda di ricerca in un impianto naturalistico, anche la tipologia dei partecipanti può cambiare, si parla quindi di "campionamento teoretico" (Glaser & Strauss 1967, p. 48 in Mortari & Saiani 2013).

3. *Disegno emergenziale-evolutivo*: un disegno definito in anticipo non riesce a fare fronte alla complessità di ciò che accade sul campo e l'esperienza non è comprimibile entro un sistema interpretativo predefinito. Tale processo emergenziale-evolutivo prevede che "l'impianto epistemico non venga codificato in anticipo, ma si strutturi gradualmente secondo una logica che tenga in considerazione i dati che emergono in seguito all'analisi esplorativa del contesto" (Erlandson et al., 1993, p XIV in Mortari & Saiani, 2013, p. 55). La flessibilità è una caratteristica di alto valore epistemico poiché stimola a adattare continuamente il disegno di ricerca ai fenomeni che si vanno a delineare nel corso dell'azione (Mortari, 2007).

4. *Elaborazione induttiva delle teorie*: lo scopo è quello di elaborare non teorie dal valore generale, extracontestuale ma teorie loco-situate, definite *working theories* (Lincoln e Guba 1985, p.38 in Mortari & Saiani, 2013, p.56), che tengono in considerazione nel miglior modo possibile il contesto investigato. Queste teorie sono costruite in maniera induttiva dopo l'analisi dei dati; poiché l'oggetto di studio è l'esperienza umana, un'azione complessa non prevedibile e difficilmente attribuibile a schemi definiti (Mortari, 2007).



Ciò non significa andare sul campo senza definire il disegno di ricerca, ma piuttosto essere costantemente in riflessione e con la mente aperta verso nuovi schemi interpretativi che si vanno a creare nel corso della raccolta dati. È necessario un approccio di apertura nei confronti della realtà indagata e flessibile nell'adattare il progetto di ricerca agli stimoli offerti dal fenomeno. Tale postura non esclude un'attenta pianificazione e progettazione, infatti è necessario prevedere in anticipo tutte le possibili criticità che potranno verificarsi e ipotizzare azioni risolutive, quindi non è possibile definire in maniera rigida il disegno (Mortari, 2007). Creare degli schemi definiti avrebbe determinato un approccio illusorio che limita l'azione di ricerca e comprensione profonda dei vissuti cognitivi e affettivi del personale infermieristico. A tal proposito Mortari & Saiani (2013) sottolineano che "l'interpretazione del concetto di pianificazione dell'atto euristico in una formalizzazione cristallizzata nel tempo, solo apparentemente è espressione di razionalità; in realtà opera una razionalizzazione del reale che ha come effetto quello di alienare al ricercatore pezzi di realtà" (Mortari & Saiani, 2013, p. 56). Questi elementi essenziali permettono di assumere come oggetto di indagine i processi di elaborazione del significato dell'esperienza vissuta dai professionisti sanitari.

#### 3.2.1.1 L'essenza del concreto: la logica emergenziale della ricerca

Nell'ambito della cultura postmoderna della ricerca viene suggerito di abbandonare le questioni inerenti al metodo poiché le preoccupazioni metodologiche costringerebbero a sottostare a una logica razionalizzante e definitoria con conseguente irrigidimento del processo creativo della ricerca (Mortari & Silva, 2014). La concezione del metodo, come una mappa di azioni già stabilite e di criteri predefiniti non modificabili nel corso dell'azione, irrigidisce il processo d'indagine, per questo motivo all'inizio del percorso il metodo è stato definito in maniera provvisoria e solo durante l'azione epistemica ha assunto una forma definitiva, una visione evolutiva-emergenziale del metodo (Mortari & Saiani, 2013). Questa visione è propria della *Naturalistic Inquiry* che considera il lavoro di ricerca come un'esperienza non prevedibile in anticipo nelle sue fasi, poiché il fare ricerca sull'esperienza umana mette di fronte a una serie di fenomeni imprevedibili che rendono necessari continui atti decisionali che portano a modificazioni più o meno sensibili del disegno iniziale. L'opzione epistemologica emergenziale non esclude affatto che prima di iniziare la ricerca si compiano precise scelte metodologiche, ma piuttosto assumere ogni scelta come non definitiva e continuamente ridefinibile alla luce degli esiti che emergono nel processo d'indagine adattando continuamente il disegno ai fenomeni così come si delineano nel corso della raccolta dati. Seguendo tale prospettiva, la stessa domanda di ricerca se necessario può essere sottoposta a modifiche e ridefinizioni. Allo stesso modo

anche il definire nel modo più preciso possibile il disegno di ricerca, anticipando tutti i possibili nodi critici e ipotizzando metodi risolutivi, si è rivelata una strategia necessaria per impostare in modo ricorso la ricerca. Ciò non ha significato concludere il lavoro di progettazione prima di andare sul campo poiché ciò può limitare l'indagine dentro pianificazioni che, per quanto raffinate, non possono anticipare i problemi e vissuti del fenomeno della contenzione (Mortari, 2007). L'analisi dei dati può generare ulteriori domande, che se prese in esame consentono di focalizzare meglio le azioni euristiche. Tuttavia, buone domande non necessariamente producono buone ricerche, ma cattive domande creano sicuramente problemi che condizionano tutte le successive fasi di studio (Mortari & Silva, 2014). Per evitare che una domanda possa compromettere l'intero processo d'indagine, è necessario prevederne ripetute analisi critiche con lo scopo di valutarne il valore o ipotizzarne interventi correttivi. Si parla di concezione a-metodica del metodo (Mortari, 2006 in Mortari & Saiani, 2013); è infatti possibile delineare una concezione metodologica rigorosa ma non razionalizzante di concepire il metodo. Tale approccio permette di adattarsi alla complessità dell'esperienza umana e consente di esplorare la realtà senza perdere rigore. Un'interpretazione dinamica del metodo, non prescrittivo, ma "responsabilmente impegnata a elaborare dispositivi di revisione critica e di ideazione creativa delle procedure epistemiche per renderle capaci di adattarsi alla qualità del reale. Il metodo dunque non è una cosa a-priori, ma si modella durante l'esperienza di ricerca" (Mortari & Saiani, 2013, p. 57).

### **3.2.2 La filosofia fenomenologica**

All'interno del paradigma ecologico-naturalistico descritto in precedenza, la filosofia di ricerca che più si presta ad indirizzare il presente studio è quella fenomenologica, che si caratterizza come studio dei fenomeni. In particolare, ha il compito di cogliere la specificità propria di ogni fenomeno; la fenomenologia viene denominata scienza della descrizione e ha l'intento di tentare una descrizione il più possibile rigorosa nei confronti del fenomeno oggetto d'indagine, in modo da poter così rivelarne la sua intrinseca essenza. L'oggetto di interesse, secondo la prospettiva di Husserl, sono gli atti di coscienza: quando si parla di oggetti e di cose non si intendono in senso fattuale, ma piuttosto come elementi della coscienza frutto dell'atto cognitivo intuitivo; si tratta quindi di oggetti che si possono definire reali non in termini oggettivi ma grazie alla nostra coscienza. Il principio generale della fenomenologia stabilisce che ogni fenomeno ha la sua essenza (Husserl 2002, p.78 in Mortari & Saiani, 2013) e il compito essenziale dell'atto euristico è di coglierla.

L'intuizione delle essenze viene posta da Husserl come base di quella che viene definita "una conoscenza a priori" nelle Ricerche Logiche, e quindi come tale le scienze empiriche non potrebbero occuparsi (Lévinas 1998, p.19 in Mortari & Saiani 2013, p.60). Ciò che viene ritenuto essenziale dalla filosofia fenomenologica per fondare una conoscenza rigorosa è qualcosa quindi di estraneo all'indagine empirica. L'essenza, il *quid* sostanziale di ogni cosa, definisce ciò che il processo di indagine deve ricercare se intende elaborare una scienza valida. Husserl afferma che l'essenza è un'invariante, ossia "la forma universale necessaria senza la quale qualcosa come questa cosa, come esempio della sua specie, sarebbe impensabile". Il "*quid* invariabile", che identifica tutte le possibili varianti del fenomeno, è l'essenza universale, che viene colta dalla mente in maniera intuitiva (Husserl, 1995, pp.314-315 in Mortari & Saiani 2013, p. 60).

La visione di Stein definisce la fenomenologia come un qualcosa che "non è affatto una scienza che muove dall'esperienza e ciò che interessa a essa degli oggetti non è la loro caratteristica fattuale" (Stein 2001, p.38 in Mortari & Saiani, 2013, p. 61), perché i dati di fatto sono caratterizzati da elementi accidentali e contingenti e non interessano la scienza eidetica, che cerca invece le essenze universali. Sottolineare la differenza tra ricerca eidetica ed empirica non significa creare una divisione invalicabile; l'una è necessaria all'altra, infatti la concettualizzazione eidetica è necessaria per individuare l'oggetto della ricerca empirica. A quest'ultima, non interessano concetti ideali ma il fenomeno concreto, reale e singolare. Quindi se lo scopo è quello di costruire una conoscenza valida è necessario cogliere l'essenza del concreto di tale pratica, e il metodo di indagine che permette di ottenere tale risultato è il metodo fenomenologico (Mortari & Saiani, 2013, p. 63). L'attività riflessiva viene guidata dai principi in precedenza esposti, quindi l'orientamento fenomenologico richiede un profondo lavoro interiore su di sé e sulla consapevolezza dei propri modi di interpretare la realtà. La capacità riflessiva aiuta a identificare i propri preconcetti e di conseguenza la qualità dei dati dipende in maniera indiretta dalla capacità di riflettere su ciò che viene osservato, ma senza esserne emotivamente e cognitivamente coinvolto (Mortari & Saiani, 2013).

All'interno dell'approccio fenomenologico si evidenzia anche un indirizzo ermeneutico, all'interno del quale il focus non è solo sull'individuazione dell'essenza dei fenomeni, ma anche sulla sua interpretazione della rete di significati di cui essi sono portatori a partire dalla loro complessità. Infatti, l'orientamento ermeneutico dà rilevanza ed importanza alla comprensione del significato che viene attribuito all'esperienza da parte dei soggetti coinvolti (Heidegger, 1927; Gadamer, 1960 in Mortari & Saiani, 2013; Mortari & Zannini 2017).

### 3.2.3 Il metodo meticciano

Il metodo di analisi che segue ha trovato una sua formulazione nel corso di precedenti ricerche (Mortari, 2002, 2007, 2009, 2010). La sua specificità consiste nell'integrare il metodo fenomenologico (Mortari, 2010) con la *Grounded Theory* (GT), tale metodo è noto come *metodo meticciano* (Mortari, 2007). Il ricorso al metodo meticciano può essere considerato una sorta di triangolazione, perché permette di investigare la diversità che caratterizza il fenomeno all'interno del complesso contesto delle residenze sanitarie assistenziali.

Il metodo meticciano non prevede una struttura rigida, ma un set di linee guida flessibili, che costituiscono un orizzonte che si definisce nel corso del processo di ricerca. Integrare indicazioni procedurali che consentono di trovare un metodo che possa rispondere nel modo più adeguato al principio primario della fenomenologia, ossia il trovare la descrizione che sia il più fedele possibile alla dati originaria del fenomeno. Secondo Mortari (2007) meticciano l'approccio fenomenologico con quello *grounded* è epistemologicamente legittimo poiché fra di essi esistono sensibili assonanze rispetto ai nodi chiave della struttura del metodo. La *Grounded Theory* assume come principio fondamentale quello di costruire conoscenze che siano strettamente aderenti ai dati, la fenomenologia assume come principio quello della fedeltà al fenomeno originale. Infatti, "per accedere all'immediata dati delle cose la fenomenologia propone l'atto cognitivo della riduzione, che sospende la validità di ogni asserzione già data, mentre la *Grounded Theory* chiede di sospendere ogni teoria precostituita come condizione per avere accesso alla qualità specifica dell'oggetto di indagine. La *Grounded Theory* insiste sulla costruzione induttiva della teoria, l'orientamento fenomenologico intende evitare ogni ragionamento induttivo, poiché un'asserzione per essere scientifica deve fondarsi su evidenze" (Moran, 2000, p. 126 in Mortari, 2007, p.194). "La fenomenologia si propone come scienza descrittiva e tutto il processo di analisi dei dati nella *Grounded Theory* richiede al ricercatore di descrivere il senso intimo delle cose che sta analizzando" (Mortari, 2007 p. 194). A seguito, in Tabella 3, vengono sintetizzati gli elementi che caratterizzano il metodo fenomenologico e la *Grounded Theory*.

**Tabella 3. Metodo fenomenologico e Grounded Theory**

Elementi	Metodo Fenomenologico	Grounded Theory (GT)
<b>Specificità</b>	le cose hanno qualità intrinseche che vanno colte attraverso descrizioni	le cose hanno qualità che vanno colte attraverso osservazioni puntuali e dettagliate
	le qualità delle cose vanno messe in evidenza in un processo di “horizontalization”.	le qualità delle cose vanno concettualizzati e i concetti ottenuti vanno clusterizzati
<b>Obiettivi</b>	teoria fedele al fenomeno	teoria grounded rispetto al fenomeno
<b>Limite</b>	una volta che le qualità delle cose vengono evidenziate si procede ad una horizontalization, ma oltre questo generico anche se essenziale principio di ordine non si va	Il processo di costruzione della teoria prevede di seguire un procedimento che può risultare macchinoso al punto da dare la percezione di allontanarsi dai fenomeni
	Integrando il principio di clusterizzazione nel processo di “horizontalization” delle qualità di un fenomeno si produce un metodo che consente di elaborare una teoria ordinata senza cadere in un eccesso di formalizzazione.	

Tali metodi non vanno intesi in senso prescrittivo come percorsi non modificabili, ma nella forma di una mappa che richiede di essere continuamente ridefinita. Si tratta di intrattenere una forma di *libertà rigorosa* con i metodi: meticciano dove necessario (*libertà*) e rendendo conto in modo analitico delle ragioni che hanno orientato la decisione (*rigore*). La forma attuale del *metodo di analisi meticciano* costituisce il risultato di applicazioni sperimentate in diverse ricerche; infatti la scelta di utilizzare tale approccio, si è rivelato efficace in precedenti studi in ambito sanitario, supportandone l’applicabilità anche al presente studio (Mortari, 2007; Mortari, 2014; Mortari & Silva, 2014; Mortari & Saiani, 2013).

Poiché oggetto della ricerca è la comprensione del vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell’uso della contenzione e poiché non esiste un procedimento dal valore generale ma specifico per ogni situazione, questa variabilità obbliga i team assistenziali a prendere decisioni in situazioni ad elevata incertezza clinica e assistenziale. Il comprendere il modo in cui vengono vissuti i dispositivi di contenzione permette di mettere a fuoco la cultura in atto nel contesto e le policy organizzative.

Nel presente studio la scelta di attingere al *metodo meticciano* fenomenologico-grounded per il processo di analisi si è concretizzata nella realizzazione di due ordini di azioni: *azioni sequenziali*, che si svolgono in modo progressivo, ed *azioni longitudinali*, che si ripetono nel corso del processo.

### 3.2.3.1 Processo di analisi

Per comprendere la qualità dei vissuti cognitivi e affettivi che accompagnano la pratica dell'uso delle contenzioni, messe in atto dagli infermieri in differenti strutture residenziali, sono state individuate una sequenza di azioni che hanno guidato il processo di analisi dei dati.

Di seguito vengono espone le azioni euristiche attuate per condurre l'analisi, i principi euristici e i prodotti di analisi in cui si concretizzano. Per spiegare le fasi più significative, in cui incontrano problemi particolari sul piano metodologico, sono inseriti alcuni passaggi esplicativi (Mortari, 2007; Mortari & Zannini, 2017). Primariamente si è iniziato con la preparazione del materiale raccolto con le interviste suddividendo il materiale a seconda della struttura di appartenenza.

Principi	Azioni	Prodotti
<b>Preparare il materiale</b>	Ogni trascrizione delle interviste viene riportata in un file e organizzata in una tabella strutturata in due aree: nella prima vi è il testo dell'intervista, nella seconda colonna le annotazioni descrittive	<b>Presentazione ordinata del materiale</b>

#### *Azioni sequenziali*

Dopo aver preparato il materiale in maniera ordinata si è iniziato con la lettura delle narrazioni raccolte dagli infermieri per acquisire uno *sguardo d'insieme*. Ad ognuna delle interviste viene assegnato un titolo che sintetizza il tratto caratteristico con lo scopo di condensare in poche parole le caratteristiche originali del testo.

Viene poi considerata singolarmente ogni narrazione, analizzandola in maniera dettagliata con lo scopo di individuare i passaggi testuali che risultano dire qualcosa di significativo rispetto alla domanda di ricerca. Le *unità significative di descrizione* sono estrapolate dal testo e ordinate secondo orizzontalizzazione. È stato necessario adottare uno sguardo allocentrico, osservando il fenomeno nel dettaglio fino ad assorbirlo.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Familiarizzare con il materiale</b> [lettura olistica, una prima sommaria conoscenza del testo]	[am.1] Lettura ricorsiva del testo non pre-orientata da teorie ma aperta, cioè guidata dal solo principio di familiarizzare con il testo e pervenire a una visione d'insieme del materiale	Prodotto mentale dato da una prima sommaria lettura del testo
<b>Individuare le unità testuali significative</b> [lettura analitica]	[am.2] si prende in esame singolarmente ogni trascrizione, sottoponendola a un'analisi dettagliata, che consiste nel leggere più volte il materiale fino ad individuare le unità significative la definizione delle singole unità testuali fornisce l'orizzonte dei dati su cui operare	Il testo riceve una prima e provvisoria strutturazione che evidenzia le unità da analizzare

Per ogni *unità significativa di descrizione* è stata individuata una provvisoria *descrizione sintetica*, che ha permesso di formulare in maniera essenziale il significato che l'intervistato intende comunicare utilizzando quelle determinate parole. Tale azione, tipica del pensiero fenomenologico permette di ottenere dalla molteplicità dei particolari narrati ogni significato inerente (Arendt, 1987, p.293 in Mortari, 2007, p. 195). Per favorire il processo di analisi la descrizione provvisoria è stata scritta accanto alle parole dell'intervistato, ed elencata nel documento di orizzontalizzazione. Le descrizioni formulate sono state rilette per valutare la congruenza con ciò che viene espresso dall'infermiere. Questa fase è stata molto complessa poiché i significati espressi dagli intervistati sono spesso ambigui, articolati e non chiaramente definibili.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Identificare la qualità specifica di ogni unità testuale e tradurla in etichetta</b> [am.3]	[am.3] Dopo aver individuato le unità di significato, di ognuna di esse va identificata la qualità del significato che enuncia. Individuare la qualità specifica si un'unità significativa etichettata, cioè attribuirne la qualità specifica. <i>Un'etichetta fenomenologica</i> è una descrizione sintetica del significato che rivela quella precisa unità testuale	Nella seconda colonna si scrivono le etichette che identificano la qualità specifica di ogni unità testuale
	Elaborare una serie di descrizioni sintetiche provvisorie.  Sistemarle a fianco di ogni unità di descrizione fornita dagli infermieri  Sintetizzare le descrizioni provvisorie in etichette concettuali	

È stata poi applicata la procedura propria della *Grounded theory* che consiste nell'attribuire l'*etichetta concettuale* ad ogni unità significativa; questa procedura ha permesso di sintetizzare il *quid* di originalità essenziale di ogni unità di significato. A lato di ogni descrizione provvisoria è stata apposta l'etichetta, e per la formulazione ci si è mantenuti fedeli alla formulazione linguistica degli intervistati.

Questa fase di messa a confronto delle *etichette descrittive* del processo di analisi con le rispettive evidenze testuali viene attuata allo scopo di pervenire a una etichettatura che sia la più fedele possibile alla qualità del materiale testuale, ossia capace di rendere con la maggiore precisione possibile i contenuti e le modalità di quanto detto. Terminata questa analisi, si sono ottenute un insieme di etichette fedeli alla qualità delle unità testuali considerate.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Agire il principio di fedeltà</b>	Completato il primo livello del sistema di codifica ci si immerge in un lavoro di messa a confronto dei dati ottenuti (etichette) con il materiale al quale si applicano (unità testuali) per verificare il grado di adeguatezza descrittiva delle etichette	Definizione descrittivamente più adeguata delle etichette

Vista la presenza di molto materiale, questo tipo di analisi è stato ripetuto per ogni singola narrazione, cercando ogni volta di avvicinarsi senza una prospettiva precostituita derivante dai significati già incontrati e accumulati nelle precedenti analisi. Per evitare questo, prima di iniziare l'analisi delle interviste mancanti, viene fatto il punto della situazione scrivendo i significati in precedenza individuati. La scrittura ha permesso il potenziamento del processo di auto-analisi e di mettere tra parentesi orizzonti di significato già strutturati. Per facilitare tale distacco, il materiale non è stato analizzato in maniera sequenziale ma dopo del tempo per consentire il germinare di una postura di ascolto autentico.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Ripetere le azioni [am.3] e [ar.1] su ogni testo</b>	[am.3n – ar.1n] Il materiale è costituito da una pluralità di testi, l'analisi per individuare le etichette e di autoindagine che lo accompagna è stata effettuata su ogni intervista, cercando ogni volta di accostare il materiale, evitando prospettive precostituite	Tanti elenchi di etichette quanti sono i testi analizzati e incremento delle note riflessive

Per ogni testo è stata costruita una *rete di significati* all'interno della quale ogni unità trova la sua relazione con le altre. Tale fase ha permesso di mettere a fuoco il senso complessivo dell'esperienza di contenzione così come percepita dall'infermiere. Ha fornito un primo provvisorio sistema ordinato delle tipologie di significato raccolte.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Ordinare il primo livello di dati</b>	[am.4] una volta che il lavoro di etichettatura è stato completato su ogni intervista è stato costruito un elenco con tutte le etichette descrittive prodotte	Elenco di categorie che raggruppano le etichette descrittive
<b>Mettere a confronto i dati con la teoria germinale che sta emergendo</b>	[am.5] Completato il primo livello di codifica si mettono a confronto le etichette descrittive con unità di significato per verificare il grado di adeguatezza descrittiva delle etichette. Tale fase allo scopo di pervenire a una definizione dell'etichette che sia il più fedelmente possibile legata alla qualità dei significati trovati.	Elenco di etichette capaci di nominare con fedeltà la qualità delle unità di significato

Terminata questa analisi, si è giunti a un insieme di etichette fenomenologicamente capaci di restituire la qualità dei significati testuali. Una volta trovato il sistema di codifica è stato confrontato con le altre interviste con lo scopo di ottenere uno strumento dalla valenza generale. Un processo difficile e rischioso, poiché la necessità di trovare uno



strumento generale ha rischiato di portare all'elaborazione di un sistema di codifica privo delle sfumature della realtà specifica. Per questo motivo lo strumento è stato utilizzato come uno strumento transitorio e continuamente modificabile. Per ridurre al minimo il rischio di tradire il principio di "fedeltà al reale" è stata attivata un'analisi trasversale delle interviste, comparando le reti di significato allo scopo di identificarne l'*unità condivisa estensivamente*. Identificando gli elementi comuni ai testi si è arrivati alla individuazione del *tratto essenziale* o *significato chiave* (*core meaning*). Tuttavia, per arrivare a una comprensione profonda del fenomeno della contenzione il nostro interesse non si è focalizzato solo alle unità estensivamente condivise ma anche ai significati parziali e periferici (*partial meaning*).

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Mettere alla prova il sistema di analisi</b>	[am.6] Una volta che il sistema di codifica ha trovato un'adeguata, anche se non definitiva, formulazione si è proceduto a riprendere e singole interviste già analizzate, ed è stato inserito il colore della categoria cui ogni etichetta si riferisce. Questo secondo livello di mappatura consente di vedere con immediatezza con quale frequenza e secondo quale distribuzione si presentano i vissuti cognitivi e affettivi e relativi fattori	<b>Creare una mappa dove indicare: il tratto essenziale che accomuna i testi e i tratti parziali</b>
	Raccogliere e ordinare anche i significati parziali	
	Mettere in relazione il tratto essenziale ai tratti parziali	

Basandosi su significati chiave e periferici è stato possibile descrivere in maniera più dettagliata il fenomeno della contenzione fisica. Questo approccio ha permesso di ottenere significati capaci di rendere conto degli innumerevoli aspetti che caratterizzano il fenomeno (*significato laminato, lamination of meaning*). Dopo aver trovato una etichettatura adeguata, senza sovrapposizioni, si è passati alla fase di raggruppamento delle etichette in categorie.

Il processo di individuazione delle etichette descrittive rappresenta il primo livello di costruzione della teoria descrittiva del fenomeno delle contenzioni. L'etichettatura descrittiva ha determinato la scorporazione dei dati presenti nelle interviste (*etichette di primo livello*), sono stati poi ordinati i dati e raggruppati quelli che presentano analogie sensibili (*etichette di secondo livello*). Queste etichette di secondo livello raggruppate per analogia in categorie hanno permesso di comprendere i vissuti cognitivi e affettivi che accompagnano la pratica dell'uso delle contenzioni. Per ogni gruppo di etichette analoghe

viene individuata un'etichetta categoriale; ogni categoria evidenzia un elemento del fenomeno oggetto d'indagine, sia dal punto di vista cognitivo che affettivo. Una volta ottenuto l'elenco delle categorie sono stati nuovamente analizzate le interviste, associando a ogni unità di testo e in corrispondenza delle etichette la relativa categoria.

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Raggruppare le etichette in categorie</b>	[am.7] Ogni gruppo di etichette analoghe costituisce una categoria. Ogni categoria individuata un'etichetta che definiamo "etichetta di secondo livello"	Produzione di un elenco di categorie
<b>Applicare le categorie per l'analisi dei dati</b>	[am.8] sottoponendo le interviste a una codifica sulla base delle categorie si passa da un'analisi microanalitica del materiale a una macroanalitica, quella che fa emergere le regioni qualitative, ossia insieme di dati che esprimono qualità differenti.	Aree tematiche significative da cui si coglie la qualità discorsiva dei testi

L'analisi dei dati è stata attuata in forma circolare-ricorsiva garantendo una buona qualità metodologica, ripercorrendo tutte le fasi per cercare di ottenere la fedeltà al materiale. Nelle note riflessive, a seguito riportate, emergono le difficoltà incontrate durante la definizione delle etichette e nel lavoro di categorizzazione. Si evince una forte connessione tra processi riflessivi e analisi dei dati:

*Le motivazioni per applicare la contenzione sono molteplici...però perché stiamo valorizzando solo gli aspetti negativi, perché non valorizzare gli infermieri che ti dicono che la usano come ultima alternativa, o "ultima spiaggia" ...una metafora forte, e io credo sia importante ritornare e valorizzare questo aspetto. (febbraio 2019).*

*Continuo a ritornare sui dati e pensare al lavorare sulle categorie, in alcuni casi mi sembra di vanificare e non valorizzare adeguatamente il lavoro degli infermieri... è difficile, alcune volte non capisco quale sia l'intento delle affermazioni, magari se avessi fatto una domanda in più sarei riuscita a comprendere meglio...È difficile non farsi coinvolgere...da professionista ho vissuto tante volte queste situazioni che mi hanno fatta star male, ora ritornare a vivere queste situazioni riesco a comprendere la loro solitudine durante la pratica ed il forte senso di responsabilità nella scelta...fanno tante cose prima di usare la contenzione, eppure quello che nell'immaginario collettivo è che vengono legati gli anziani contro la loro volontà. Come faccio a valorizzare le loro azioni? Rimane tutto sommerso, non visibile...anche durante l'intervista se non fossi tornato sull'argomento sarebbero rimaste nascoste le pratiche alternative. (marzo 2019)*

Questo continuo rivedere la codifica delle narrazioni ha risposto alla necessità di trovare l'etichettatura che meglio sintetizza i vissuti cognitivi e affettivi degli infermieri. Questo processo è definito *time-consuming*, perché richiede un tempo considerevole, ma solo la ricorsiva analisi comparativa fra le diverse etichette ha permesso di mettere in atto il principio di realizzare descrizioni fedeli all'oggetto. Parallelamente alle *azioni sequenziali* sono state messe in atto *azioni longitudinali*, affrontate a seguito.

### *Azioni longitudinali*

Dopo aver formulato le prime descrizioni è stato necessario sottoporre le *descrizioni provvisorie e relative etichette sintetiche* al confronto con i membri del team di ricerca i quali hanno fornito differenti punti di vista e aiutato a rendere più ricca l'analisi descrittiva. Il valore del confronto ha permesso di riesaminare continuamente la valenza dei prodotti emersi dalle analisi identificandone punti di forza e di debolezza. Tale approccio è stato importante in fase di analisi dei dati, ogni incontro ha incrementato il processo di laminazione delle descrizioni che hanno portato al coding definitivo. La condivisione è stata costata durante tutta la ricerca, dalla stesura del protocollo fino ad arrivare all'analisi. La seguente nota riflessiva fa emergere la difficoltà incontrata nel categorizzare i dati in merito ai vissuti cognitivi e affettivi che accompagnano la pratica di contenzione. Grazie alla riflessione personale e condivisa in gruppo è stato possibile affrontare tale aspetto lavorando a una progressiva scorporazione di diverse etichette concettuali appartenenti alla stessa categoria. L'analisi dei vissuti ha fatto emergere una complessità di sfumature, e grazie al confronto con altri ricercatori si è ottenuta un'etichettatura fedele al dato e articolata nella sua complessità.

*Una delle più grandi fatiche che ho incontrato è stato categorizzare i vissuti dell'operatore in differenti livelli di coinvolgimento. Provo a ritornare al dato grezzo, non è una pratica semplice da metabolizzare, spesso gli infermieri faticano a riflettere e far emergere i loro vissuti...ma devo considerarli come non sensibili oppure vi sono vari livelli di coinvolgimento? È sbagliato accorparli? Perché non dare valore anche alla semplice valutazione della tolleranza del mezzo contenitivo da parte dell'operatore... (febbraio 2019)*

Per arrivare a una lettura fedele ciò che l'intervistato intende trasmettere è stato necessario mettere da parte quanto più possibile precomprensioni e aspettative. È stato necessario lasciarsi sorprendere mettendo tra parentesi le attese; l'esercizio dell'*epoché* è risultato fondamentale. Tale tensione volta a sospendere presupposizione e giudizi, ha rivolto l'analisi verso lo svelamento del fenomeno indagato, facendolo emergere secondo il suo originario profilo. Ogni descrizione è stata osservata in maniera tale da non considerare mai nulla come irrilevante, anche il dato apparentemente più insignificante ha aperto strade impreviste e ricche di significati.

Le interviste, secondo il punto di vista fenomenologico, hanno valore se si fondano su evidenze; per questo motivo le esperienze degli infermieri sono state considerate come "evidenze originarie" e ricche di particolari. È stato quindi necessario analizzare il fenomeno da più angolature fino a raggiungere una descrizione che fosse maggiormente aderente alla realtà investigata. È stato necessario un continuo confronto con il fenomeno da analizzare, seguendo la declinazione del metodo fenomenologico. Tale approccio si è ripetuto fino a che si è giunti a uno sguardo saturo del fenomeno oggetto di studio. Questa continua verifica ha permesso la costruzione di una teoria descrittiva, conferendole un fondamento rigoroso.

<b>Azione longitudinale</b>	<b>Prodotto dell'analisi</b>
Condividere i prodotti del processo di analisi con partecipanti e team di ricerca	<b>Rifinizione dei prodotti dell'analisi</b>
Valutare congiuntamente possibili modificazioni della teoria che si sta costruendo	
Praticare con continuità la disciplina dell' <i>epochè</i>	<b>Prende forma gradualmente uno sguardo auto-critico e Lasciare da parte i preconcetti</b>
Confrontare gli elaborati del processo di analisi con i dati forniti dagli infermieri per accettare solo quelli basati sulle evidenze	<b>Ogni affermazione risulta supportata da evidenze</b>

La scrittura di note riflessive, nelle quali sono esplicitati gli atti mentali che hanno accompagnato le varie fasi di lavoro, come pensieri e dubbi, hanno permesso di descrivere lo scenario cognitivo come base fondante e costitutrice della matrice generativa della ricerca. È stata fondamentale la scrittura del *diario riflessivo*, dove sono stati descritti i processi mentali cognitivi ed emotivi che costituiscono la matrice dell'atto euristico, una sorta di riflessione sull'esperienza interna della coscienza (Husserl, 1965 in Mortari, 2007, p. 199). Le note riflessive narrative (*micro - narrazioni*) raccontano i processi cognitivi che

hanno guidato lo sviluppo delle fasi di ricerca. Dalle *micro - narrazioni* è stato possibile pervenire a una forte densità teoretica poiché hanno reso conto del lavoro della mente nel corso delle fasi della ricerca. Inoltre, hanno permesso di avere maggiore consapevolezza dei dinamismi mentali intervenuti nei processi decisionali, esplicitarne i ragionamenti che hanno portato a una determinata scelta. Fare il punto della situazione descrivendo nel dettaglio gli aspetti emersi durante il processo di analisi dei dati è stato fondamentale. La scrittura non solo ha potenziato il processo di auto analisi, ma facilitato l'esercizio della disciplina di messa tra parentesi degli orizzonti di significato strutturati. Le *micro-narrazioni* sull'esperienza della mente assorbita nel lavoro della ricerca consentono qualche forma di consapevolezza dei dinamismi mentali che sono intervenuti nei processi decisionali, dei quali non avremmo mai avuto coscienza se non riflettendo e narrando il loro accadere in forma scritta. Poiché è lo scritto che, consentendo la ritenzione, rende possibili riflessioni successive (Mortari, 2007, p. 200).

Principi euristici	Azioni euristiche: azioni sul materiale [am] e azioni riflessive [ar]	Prodotti dell'analisi
<b>Praticare l'auto-indagine riflessiva</b>	Il lavoro di etichettatura solleva molti problemi, poiché non è facile trovare un'etichetta che con precisione definisca la qualità dell'unità testuale. Inoltre, più si procede nell'analisi, più risulta difficile codificare le unità discorsive in etichette ben distinte l'una dall'altra. Il modo in cui questa problematicità viene vissuta e affrontata è un oggetto euristico importante da documentare al fine di rendere trasparente il processo di analisi. Questo compito si attualizza descrivendo per iscritto i vissuti cognitivi che accompagnano il lavoro di etichettatura. È questo un lavoro specificatamente fenomenologico, poiché chiede al ricercatore di analizzare i propri vissuti mentali. Questo lavoro riflessivo viene scritto nel diario della vita della mente sotto la forma <i>di note riflessive</i> (Mortari 2002)	<b>Scrittura del diario della vita della mente: si annota nel diario la descrizione dei vissuti cognitivi che accompagnano il lavoro di etichettatura</b>

È stato più volte necessario interrogarsi riflettendo e cercando di liberare la mente da schemi rimanendo fedele al dato concreto. Di seguito una nota riflessiva, tratta dal diario della ricerca fa emergere questa difficoltà:

*Perché non riesco a distogliermi? Non riesco a dimenticare le mie esperienze...nel momento in cui leggo con le storie mi immedesimo nell'infermiere, cerco io stessa di trovare la soluzione per risolvere la situazione, e in un certo senso giudico le scelte altrui...È sbagliato non devo ragionare con infermiere ma come un ricercatore, devo fare della mia esperienza passaggio bagaglio mettere tra parentesi i miei preconcetti e cercare invece di riflettere in maniera acritica su quanto viene riportato dal dato (dicembre 2018).*

L'*approccio meticciano* ha permesso di avvicinarsi il più possibile alla realtà del fenomeno rimanendo aderente ai dati reali, pur essendo consapevoli che non è possibile disattivare totalmente la componente soggettiva, anche Mortari sottolinea tale difficoltà soprattutto “quando il ricercatore si accosta al materiale raccolto lavorando a disattivare ogni teoria preconstituita, la ricerca del dato inevitabilmente avviene da una postazione soggettivamente definita, poiché la mente non interviene mai come uno strumento vuoto, ma sempre si porta appresso le coloriture della cultura in cui è immersa. Ma, d'altra parte, sapere che il ricercatore sempre si porta appresso forme di intelligibilità con cui mette ordine nell'esperienza euristica non significa che non sia possibile operare cercando di ridurre quanto più possibile la tendenza ad assimilare il reale nelle proprie categorie, per cercare invece di intensificare il processo di accomodamento al reale secondo una prospettiva inattiva del processo generativo della conoscenza” (Mortari, 2007, p. 159). Il percorso di analisi è stato molto complesso, la ricerca sul campo ha suscitato emozioni, messo in discussione credenze, valori e azioni infermieristiche applicate all'interno dei contesti di cura rendendo complessa sia la raccolta che l'analisi dei dati. Le interviste hanno esplorato punti di vista e comportamenti per cercare di capire le risposte e le scelte degli infermieri in merito all'utilizzo della contenzione osservandone sia i vissuti cognitivi che emozionali.

### **3.2.4 Lo strumento di raccolta dati**

Lo strumento previsto per la raccolta dei dati è l'intervista semi-strutturata, modalità privilegiata per raccogliere le informazioni da parte dei professionisti in merito al fenomeno oggetto di studio. Questa tipologia di intervista fornisce chiare istruzioni per gli intervistatori che permettono la raccolta di dati qualitativi affidabili e comparabili. Le interviste semi-strutturate sono state precedute da osservazioni all'interno dei contesti, e colloqui informali e non strutturati che hanno consentito di sviluppare una profonda comprensione dell'argomento di interesse, per poi sviluppare domande semi-strutturate pertinenti e significative (Mortari & Zannini, 2017). La strutturazione delle interviste prevedeva due macro-tipologie di quesiti: la prima tipologia composta da domande aperte, pensate per ottenere risposte descrittive dai partecipanti in merito alla loro esperienza; tali quesiti derivano dai *sensitizing concepts* (teorie preesistenti) oppure da problemi clinici emersi dall'analisi della letteratura e da racconti derivanti dalla pratica. Sono previste domande di approfondimento che facilitano il recupero di informazioni dettagliate permettendo una adeguata analisi e approfondimento delle situazioni.

L'obiettivo dell'intervista è di cogliere l'esperienza in forma narrativa, chiedendo al professionista di raccontare delle situazioni vissute in prima persona, nello specifico in merito alla questione delle contenzioni fisiche all'interno dei contesti residenziali. L'obiettivo non è di ottenere un semplice resoconto delle azioni, ma sottolineare quali sono gli elementi che entrano in gioco durante la pratica clinico-assistenziale e che portano alla scelta di utilizzare dei mezzi coercitivi. L'intervista ha permesso di avvicinarsi a come una data situazione è stata vissuta, pensata e sentita dai protagonisti. Non una semplice analisi di ciò che agisce il professionista ma attraverso la riflessione cercare di analizzare la realtà elaborata dall'infermiere, che riflette sulle esperienze passate e i modi di mettersi in relazione nelle situazioni reali.

Nello specifico i partecipanti sono stati intervistati singolarmente in un setting tranquillo e garantendo un tempo adeguato; l'intervista condotta seguendo una serie di domande guida e una domanda esperienziale, nella quale viene chiesto di narrare un episodio significativo vissuto in prima persona dal professionista che lo ha portato a decidere di applicare un mezzo contenitivo. Le domande guida poste dal ricercatore sono sintetizzate in Tabella 4.

<b>Tabella 4. Domande Guida</b>
<p><b>Se ti dico contenzione, tu a cosa pensi?</b>  <b>Si ricorre alla contenzione nel tuo contesto?</b>            - Con quale intensità?            - Avete accordi su come gestirla?            - C'è una tipologia di ospite in cui viene utilizzata maggiormente la contenzione?            - Quale è la motivazione principale per cui la usate?  <b>Puoi pensare ad una situazione dove hai utilizzato/ praticato la contenzione, per esempio nell'ultima settimana:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- quale è stata la situazione di partenza: condizioni del paziente, momento della giornata, evento scatenante, quanti pazienti dovevi assistere contemporaneamente e dislocati come (<u>descrivere il contesto della situazione</u>)</li> <li>- cosa hai fatto/è stato fatto (è importante far esplicitare chi ha fatto/deciso cosa)</li> <li>- Quanto ha aspettato prima di contenere? Cosa ha fatto scattare la decisione?</li> </ul> <p><b>Quale ragionamento hai seguito per arrivare alla decisione di contenere?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- è stata una decisione del singolo professionista o condivisa, <u>con il medico, con gli OSS e familiare/caregiver?</u></li> <li>- Che ruolo hanno avuto questi professionisti?</li> <li>- Sono state considerate altre ipotesi/ interventi?</li> <li>- Era la prima volta che si conteneva quel paziente?</li> <li>- È stato registrato in cartella? Quanto è durata la contenzione?</li> </ul> <p><b>Tu come ti sei sentito? (cosa hai provato prima, durante e dopo)</b>  <b>Quale è stata la reazione del paziente? Come ha vissuto l'applicazione della contenzione?</b>  <b>Quale è stato il comportamento di eventuali familiari presenti? Come hanno vissuto la situazione?</b>  <b>Si sarebbe potuta evitare col senno di poi? Come (strategie alternative)?</b></p>

Lo stimolo iniziale offerto è stato il seguente: “Se ti dico contenzione, tu a cosa pensi?”, tale domanda ha lo scopo esplorare la concezione che hanno i partecipanti in merito al fenomeno, lasciando loro libertà di espressione e senza dare per assodata una determinata visione. La domanda iniziale è servita a rompere il ghiaccio in merito ad un argomento

fortemente dibattuto da tempo all'interno dei contesti residenziali per anziani. La modalità non direttiva di conduzione delle interviste seguiva la volontà dell'intervistato dopo la domanda stimolo iniziale con lo scopo di esplorare conoscenze e definizione di contenzione secondo la propria personale visione. Tale domanda ha come obiettivo di avviare l'intervista ottenendo un'iniziale panoramica concettuale in merito alla definizione di contenzione dal punto di vista concettuale e operativo. Necessità nata a seguito dalla elevata eterogeneità di definizioni concettuali riscontrate nella fase preliminare di revisione della letteratura. Dopo una serie di domande fortemente legate alla pratica assistenziale quotidiana e alla gestione della contenzione viene posta dal ricercatore una domanda aperta esperienziale. Tale quesito ha guidato il professionista alla riflessione stimolandolo a narrare in maniera libera e senza vincoli un'esperienza vissuta in prima persona. Ciò inoltre ha permesso agli intervistati di introdurre e approfondire aspetti secondo il personale flusso di pensiero e fare collegamenti con esperienze passate, riflettere e mettersi a confronto con visioni opposte o concordi alla propria, senza doversi attenere a specifiche richieste da parte del ricercatore e facendo emergere la loro personale visione del fenomeno dissociandosi quanto possibile dalle prassi organizzative. Vista la delicatezza dell'argomento gli intervistati sono stati rassicurati in merito alla libertà di espressione, senza vincoli in merito a terminologie e definizioni, e sollecitandoli a riportare la loro personale visione dell'argomento in termini positivi e negativi. Il ricercatore ha interrotto l'intervistato solamente in situazioni che richiedevano chiarimenti e/o approfondimenti, oppure per aiutare a meglio comprendere quando espresso oppure per chiederne conferma della corretta comprensione. Ogni intervista è caratterizzata da uno specifico valore intrinseco, il valore sta nella singolarità e unicità della visione e del vissuto dell'intervistato. Ovviamente ciò non esclude il fatto che la singolarità non permetta assieme alle altre interviste di giungere ad una conoscenza che si basa sulla somma delle visioni di più infermieri che hanno vissuto la medesima esperienza. L'intervista, strutturata secondo un approccio fenomenologico, consente di comprendere in profondità il fenomeno e parallelamente ha in sé anche un valore formativo, poiché stimola la riflessione dei professionisti, portandoli ad apprendere dall'esperienza passata (Mortari, 2011, p. 30-31). Uno degli autori di riferimento della riflessività nelle situazioni professionali è Schön (1983); egli ritiene che l'intervista possa divenire un momento privilegiato nel quale il pratico, riflette su un'esperienza vissuta. I vissuti e i pensieri che accompagnano le esperienze possono essere rielaborati e ciò dà valore all'esperienza del professionista, che altrimenti rischia di rimanere sottesa attribuendo alla figura dell'infermiere aspetti prevalentemente esecutivi. È proprio questo uno degli aspetti cruciali che l'intervista ha



fatto emergere, stimolare l'attività riflessiva sull'esperienze passate permette di costruire un sapere unico e arricchente (Mortari, 2011, p. 29). Dare voce agli operatori attraverso le interviste permette di dedicare loro uno spazio di ascolto che stimola la riflessione, situazione rara nel contesto sanitario, in particolare in quello dei contesti residenziali dove la figura dell'infermiere non viene adeguatamente valorizzata. Mortari ritiene che l'intervista aperta possa rispondere all'obiettivo relazionale di dare fiducia e valore alle capacità dei professionisti di rielaborare l'esperienza vissuta, infatti "nella formazione dei pratici va riconosciuta la primarietà della pratica del *pensare da sé a partire da sé*, cioè dalla propria esperienza. Partire da sé significa avere il coraggio di sottrarre il pensare alle versioni già dette del mondo, dai territori rassicuranti dei paradigmi già definiti, e azzardare la ricerca di altre partiture del pensiero. Significa disfare l'ordine del già detto per poter nascere all'inedito" (Mortari, 2011, p. 20-21). Durante l'intervista sono stati raccolti dati socio-anagrafici dei partecipanti, riportati nella tabella di sintesi in Appendice (Tabella 6.1). Prima di avviare l'intervista sono state chieste le informazioni e compilata una griglia che prevede le seguenti informazioni: struttura di appartenenza, sesso, età, nazionalità, paese di istruzione, tipologia di formazione, anni di esperienza nella professione infermieristica ed anni di esperienza nell'ambito delle residenze sanitarie.

## 4. NARRAZIONE DELLA RICERCA

---

Il primo step della ricerca ha previsto l'incontro con i Direttori Sanitari e Amministrativi delle Residenze Sanitarie Assistenziali della Regione Veneto e Trentino, i quali si sono dimostrati sensibili e interessati alla tematica trattata e offerto la loro disponibilità per la sua realizzazione dello studio presso le strutture: A.P.S.P. Civica di Trento, A.P.S.P. Beato de Tschiderer, A.P.S.P. Fondazione Montel in Trentino; Fondazione O.A.S.I., Residenza sanitaria Opera Pia Ciccarelli, e Residenza Suore Dorotee nella Regione Veneto. Dopo il colloquio con i Direttori è stato programmato un incontro conoscitivo con i Coordinatori Infermieristici delle residenze coinvolte. Tali incontri sono stati pensati per instaurare collaborazione e presentare gli elementi fondanti dello studio, rendendo partecipi i Coordinatori, e coinvolgendoli nello studio per quanto riguarda la raccolta delle informazioni di contesto ed elementi organizzativi. Figure chiave all'interno delle strutture, visto il loro ruolo istituzionale, hanno aiutato a instaurare una buona mediazione con il personale sanitario infermieristico. In questi incontri è stato possibile percepire l'interesse da parte dei Direttori e dei Coordinatori in merito al progetto, l'attenzione alla gestione delle contenzioni con le conseguenti difficoltà dello staff infermieristico, al quale viene riconosciuto impegno sia sul piano pratico-organizzativo, ma anche in termini di responsabilità professionale. Dopo aver parlato con i coordinatori sono emerse nuove suggestioni e ipotesi d'interesse, tuttavia si è reso necessario delimitare il campo d'indagine alla comprensione del vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica della contenzione. Vista la complessità del fenomeno e si è deciso di non approfondire aspetti come l'*assessment* dello stato di agitazione e relativa gestione, aspetto emerso in diverse interviste, ma piuttosto orientare la ricerca alla comprensione del modo in cui vengono vissuti i dispositivi di contenzione. Ottenuta la disponibilità delle strutture, si è predisposta la modulistica richiesta dal Comitato Etico del Dipartimento di Scienze Umane (CESU) per la realizzazione del progetto, che prevede dei moduli generali (protocollo della ricerca secondo indicazioni predefinite, schede raccolta dati per operatori, bibliografia relativa allo studio), e moduli specifici (fogli informativi per i Direttori e Coordinatori, moduli di consenso informato e privacy per operatori). Il confronto con il Comitato Etico ha permesso di riflettere su aspetti specifici, come l'importanza della concordanza tra il progetto di ricerca e il modulo consenso alle strutture e al personale. La preparazione della modulistica e l'approvazione da parte del Comitato Etico di Scienze Umane ha richiesto un tempo complessivo di circa tre mesi; nel verbale di approvazione, dopo delle minori integrazioni,

è stato espresso parere favorevole. Una volta ottenuta tale approvazione sono stati ricontattati i Direttori e Coordinatori per valutare come procedere, e delineare le modalità di attuazione del progetto. La presentazione dell'indagine ha coinvolto l'intera *équipe* infermieristica dei reparti coinvolti e i Coordinatori hanno condiviso lo scopo e le modalità di raccolta dati della ricerca. Assieme ai Coordinatori si è cercato di individuare tempi e modalità operative adatte, che permettessero di garantire l'arruolamento conforme a quanto previsto dal progetto di ricerca, ma anche venendo incontro alle esigenze dell'organizzazione e dei suoi professionisti, in modo da non intralciare il lavoro del personale, la gestione organizzativa complessiva ed i bisogni degli utenti residenti.

#### **4.1 Setting e partecipanti**

Il progetto ha coinvolto sei strutture residenziali per anziani nella Regione Veneto e Trentino: tre Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona in Provincia di Trento, due Residenze Sanitarie Assistenziali in Provincia di Verona ed una in Provincia di Vicenza. I potenziali partecipanti infermieri, sono stati identificati come informatori significativi, poiché soggetti che hanno esperienza diretta del fenomeno oggetto di studio.

La numerosità del campione, non è stata definita in maniera statistica, ma ipotizzata secondo il metodo *purposeful sampling* (Glaser & Strauss, 1967 in Mortari & Zannini, 2017), consapevoli della modificabilità lungo il percorso della ricerca sul campo. Sono state raccolte e analizzate 42 interviste condotte nei *setting* arruolati, che differivano tra loro per dimensione e policy organizzativa. Per la scelta del personale sanitario e garantire una elevata eterogeneità del campione sono stati scelti professionisti con esperienza professionale variabile (con esperienza lavorativa minima di un anno) e con differenti percorsi formativi (Scuola regionale, Laurea, Master universitario, Corsi di perfezionamento); a partire dall'età di 23 anni e di entrambi i generi. L'intento principale è di coinvolgere un maggior numero possibile di professionisti e raccogliere le esperienze più diversificate all'interno dei differenti contesti residenziali e permettendo di descrivere il fenomeno nella sua complessità. Vista la domanda di ricerca, si è deciso di non coinvolgere altre figure professionali come operatori di supporto e fisioterapisti, poiché l'obiettivo era di capire il vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell'uso della contenzione del personale infermieristico e come quest'ultimo si muove all'interno del contesto. La partecipazione allo studio è stata confermata dal singolo a seguito di una chiara spiegazione degli obiettivi della ricerca e delle modalità di raccolta dati, sono state organizzate delle riunioni informative collettive per presentare lo studio. L'arruolamento

effettivo si è concretizzato con la firma da parte del professionista del consenso informato alla privacy predisposto e confermato da parte del Comitato Etico di Ateneo.

## **4.2 L'esperienza sul campo**

Le sei residenze sanitarie coinvolte nello studio hanno diverse caratteristiche, alcune strutture presentano caratteristiche simili poiché appartenenti all'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza (UPIPA), altre invece hanno un'organizzazione indipendente. La possibilità di accesso alle strutture da parte dei familiari è libera senza vincoli d'orario se non in merito alle ore notturne per una questione di sicurezza e vista la scarsa presenza di personale in turno. Tutte le strutture sono caratterizzate da un organico multi-professionale, che prevede la presenza in maggior numero degli operatori di supporto alla persona (OSS, operatore sociosanitario; OSA, operatore socioassistenziale), personale medico a fasce orarie, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori di animazione, psicologo e logopedista. Nei paragrafi che seguono vengono sinteticamente riportate le caratteristiche principali dei reparti coinvolti.

### **A.P.S.P. Civica di Trento – sede San Bartolomeo, via della Collina e Gabbio**

La APSP Civica di Trento è una azienda di servizi alla persona situata nel comune di Trento suddivisa in diversi poli satellite. Una struttura in cui vengono erogati servizi sociosanitari integrati, cercando di rispondere ai bisogni degli anziani non gestibili a domicilio e con gravi disabilità fisiche e psichiche. Ogni APSP è coordinata da un Coordinatore dei Servizi Socio-Assistenziali, il quale coordina l'attività assistenziale in collaborazione con il medico e gli infermieri. Il Coordinatore Assistenziale è responsabile del turno del personale di supporto, coordina le attività per l'elaborazione e la gestione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), gestisce i rapporti con la sede centrale per la risoluzione di problematiche di tipo amministrativo, tecnico ed organizzativo e parallelamente gestisce i rapporti con i residenti e loro familiari. Il dirigente medico lavora in stretta collaborazione con il Coordinatore infermieristico, il quale si occupa di aspetti medico infermieristici garantendo uniformità e coesione all'interno del team. A livello provinciale sono previsti e finanziati posti letto per utenti in condizioni cliniche complesse come in coma post anossico, stato vegetativo, in nutrizione enterale definiti ad Alto Fabbisogno Assistenziale Sanitario (AFA).

*San Bartolomeo [TN1a]*. È la sede centrale dell'azienda Civica di Trento, situata nel distretto centro sud, è una struttura pubblica ad affiliazione laica, dispone di 124 posti letto di cui: tre posti letto sollievo, 20 posti letto nel Nucleo speciale (Alzheimer-disturbi comportamentali), poi vi sono dei posti letto dedicati a pazienti in stato vegetativo, coma post anossico, malattie neuro degenerative (4 posti letto totali e definiti con l'acronimo NAMIR). I pazienti vengono classificati secondo degli standard provinciali in utenti ad Alto Fabbisogno Assistenziale Sanitario (AFA): 40 posti letto, di cui 16 utenti ad alto fabbisogno sanitario portatori di catetere vescicale, sondino naso-gastrico, PEG, tracheotomizzati. I posti AFA prevedono un finanziamento e maggiori risorse da parte della Provincia di Trento. Recentemente sottoposta ad un rinnovo strutturale (2007), presenta una organizzazione che prevede la presenza di 80 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), a tempo pieno e tempo part-time (verticale ed orizzontale, a differenti monte ore), il personale infermieristico dipendente prevede 15 infermieri a tempo indeterminato e 2 a tempo determinato, l'assistenza notturna è appaltata ad una cooperativa esterna. Vi sono due dirigenti medici, presenti dalle 08.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì. Il sabato pomeriggio, la domenica, i prefestivi e tutti i giorni festivi dell'anno, il servizio viene svolto dal Servizio di Guardia Medica territoriale. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 5 fisioterapiste, che si occupano della gestione dei residenti in palestra e nelle mobilitazioni al piano ed a letto per gli utenti in stato vegetativo. La struttura ha inaugurato nel 2016 un nucleo per la gestione dei disturbi comportamentali (demenza di Alzheimer, demenza vascolare, disturbi del comportamento), tuttavia, non tutti i pazienti affetti da tali comorbidità sono inseriti in questo nucleo. Al momento dell'ingresso, gli utenti vengono valutati dal personale infermieristico ed assistenziale e compilate delle scale di valutazione che vanno ad accertare varie aree: motoria, abilità di vita quotidiana, rischio caduta, rischio di sviluppo di lesioni da pressione e area cognitivo comportamentale. Dai dati forniti dalla coordinatrice la quasi totalità degli utenti ha un deficit a livello cognitivo (57/123, sono molto confusi o in stato stuporoso; 49/123, sono confusi; 17/123, sono lucidi).

#### **Personale presente in una giornata tipo feriale**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	1 ½	8	1 fasce orarie	1 + 1 FKT per Namir (18h in settimana)
<b>Pomeriggio</b>	1	5	1 fasce orarie	A giorni alterni
<b>Notte</b>	1	4	Guardia medica	/

Parallelamente alle figure sanitarie, la struttura prevede la presenza anche di altre figure professionali, tra cui volontari, assistente sociale, educatore, animatore e per i familiari dei pazienti NAMIR vi è la possibilità di consultare una psicologa. La struttura è suddivisa in 3 piani, al piano terra vi è il servizio di riabilitazione fisioterapica, sale polivalenti e la possibilità di accesso al giardino e terrazzo. I nuclei si trovano rispettivamente ai piani superiori, e sono ad accesso libero senza limiti di fascia oraria, vi sono dei codici numerici per lo sblocco delle porte che permettono l'accesso al vano scale e per l'ingresso presso il nucleo speciale disturbi del comportamento, operatori e familiari, hanno un badge per accedere e sbloccare la porta, ma non è prevista la chiusura delle porte delle stanze.



*Sede via della Collina (Angeli Custodi) [TN1b].* È una delle sedi periferiche dell'azienda Civica di Trento, situata nelle vicinanze del centro storico della città, dispone di 108 posti letto di cui: 3 posti letto sollievo, mentre non sono previsti posti letto per utenti con malattia di Alzheimer e disturbi comportamentali, in stato vegetativo, coma post anossico, malattie neuro degenerative. Anche in questa struttura vi sono dei posti letto ad Alto Fabbisogno Assistenziale Sanitario (AFA): 40 posti letto, di cui 17 utenti ad alto fabbisogno sanitario e 23 posti per utenti con disturbi del comportamento. I pazienti affetti da disturbi cognitivi e del comportamento sono 23 su 105 utenti. La struttura presenta una dotazione organica che prevede la presenza di 60 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), la metà sono a tempo pieno, mentre la restante metà lavora part-time. Il personale infermieristico dipendente prevede 7 infermieri a tempo indeterminato e 5 a tempo determinato, l'assistenza notturna è appaltata a una cooperativa esterna. L'infermiere in turno notturno si deve spostare tra le strutture periferiche nel corso della notte, quindi vi sono dei momenti in cui la presenza infermieristica non viene garantita e la gestione è delegata all'operatore sociosanitario. Vi sono due dirigenti medici, durante la settimana mentre in altre giornate il servizio viene svolto dal Servizio di Guardia Medica territoriale. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 3 fisioterapiste, che si occupano della gestione dei residenti in palestra e nelle mobilizzazioni al piano.

### Personale presente in una giornata tipo feriale

	Infermieri	Operatori di supporto	Medico	Fisioterapisti
<b>Mattino</b>	1 ½	3	1 a fasce orarie	3
<b>Pomeriggio</b>	1	2 1/2	1 a fasce orarie	1
<b>Notte</b>	1 per 5h	1	Guardia medica	/

Parallelamente alle figure sanitarie, la struttura prevede la presenza anche di altre figure professionali, tra cui volontari, assistente sociale, educatore ed animatore. La struttura è suddivisa in 3 piani, al piano terra vi è il servizio di riabilitazione fisioterapica, sale polivalenti e la possibilità di accesso a giardino. I nuclei si trovano rispettivamente ai piani superiori, e sono ad accesso libero senza limiti di fascia oraria, vi sono dei codici numerici per lo sblocco delle porte che permettono l'accesso al vano scale, allo scopo di impedire le fughe.



*Sede Via della Collina*

*Sede Gabbiolo [TN1c].* È una delle sedi periferiche dell'azienda Civica di Trento, situata nel distretto est, dispone di 55 posti letto di cui: un posto letto sollievo, non vi sono disponibilità posti letto per utenti in condizioni cliniche complesse. I posti letto per utenti AFA sono 16, di cui 6 utenti ad alto fabbisogno sanitario e 10 utenti con disturbi del comportamento (demenza e/o disturbo psichiatrico). I pazienti affetti da disturbi cognitivi e del comportamento sono 10 su 55 utenti. La dotazione organica prevede 20 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), il personale infermieristico è composto da 6 infermieri a tempo indeterminato e 1 a tempo determinato, l'assistenza notturna è appaltata ad una cooperativa esterna. Anche in questa struttura l'infermiere del turno notturno si deve spostare in altre strutture periferiche. Per la gestione della parte riabilitativa, vi è per tutta la struttura una fisioterapista, che si occupa della gestione dei residenti in palestra e nelle mobilizzazioni al piano.

### Personale presente in una giornata tipo feriale

	Infermieri	Operatori di supporto	Medico	Fisioterapisti
<b>Mattino</b>	1	3 ½	1	1
<b>Pomeriggio</b>	1	2 ½	/	
<b>Notte</b>	1 per 3ore/notte	2	Guardia medica	

Parallelamente alle figure sanitarie, la struttura prevede la presenza anche di altre figure professionali, tra cui educatore ed animatore. Si tratta di una struttura antica con cortile interno e suddivisa su due piani; al piano terra vi è il servizio di riabilitazione fisioterapica, sale polivalenti e la possibilità di accesso a giardino. I nuclei si trovano rispettivamente ai piani superiori, e sono ad accesso libero senza limiti di fascia oraria, vi sono dei codici numerici per lo sblocco delle porte che permettono l'accesso al vano scale, per impedire le fughe. In tutta la struttura non è prevista la chiusura delle porte delle stanze.

#### **A.P.S.P. Beato de Tschiderer [TN2]**

È una Azienda di servizi alla persona situata nel comune di Trento, che mira a garantire qualità di vita elevata agli utenti, considerando bisogni soggettivi psico-fisici e sociali, nel rispetto della individualità, della riservatezza e della dignità della persona. Viene fornita assistenza e riabilitazione qualificata e continuativa, in stretta collaborazione con la famiglia e i servizi territoriali. Ha lo scopo di attuare un continuo miglioramento dei servizi offerti, di definire ed aggiornare progetti personalizzati alla persona come entità singola ma anche inserita all'interno del gruppo. L'erogazione del servizio è ispirata al principio d'uguaglianza, nel rispetto del diritto alla salute e all'assistenza. L'Azienda persegue, inoltre, l'obiettivo della qualità degli interventi, stabilisce obiettivi concreti e verificabili, curando la formazione e l'aggiornamento degli operatori e favorendo il confronto fra le diverse professionalità. L'azienda prevede una sola struttura, suddivisa al suo interno in due sezioni, una parte vecchia ed una parte di recente costruzione è una struttura pubblica con affiliazione laica. Dispone di 182 posti letto di cui: 2 posti letto sollievo, 12 posti letto nel Nucleo speciale dove vengono ricoverati utenti con Alzheimer e/o disturbi comportamentali; attualmente non è prevista una convenzione a livello provinciale, tuttavia come Amministrazione stanno cercando ugualmente di garantire un servizio aggiuntivo per la gestione, mentre vi è solo un posto letto dedicato a pazienti in stato vegetativo. Anche in



questa struttura i residenti vengono valutati secondo degli standard provinciali (AFA) e finanziati 15 posti letto. Il 35% degli utenti residenti all'interno della struttura presenta delle alterazioni a livello cognitivo che possono variare dalla demenza fino a disturbi comportamentali. Recentemente rinnovata (2016), presenta una organizzazione che prevede la presenza di 40 operatori sociosanitari e operatori di assistenza (OSA), a tempo pieno e tempo part-time; il personale infermieristico dipendente prevede 15 infermieri a tempo indeterminato e 5 a tempo determinato, tutti a tempo pieno. Vi sono 4 dirigenti medici, e la presenza della Coordinatrice sanitaria viene garantita dalle 08.30 – 16.30; nella parte vecchia vi sono due medici per due ore al giorno, mentre nella parte nuova, 1 medico eroga 4 ore giornaliere. Quando non presenti i dirigenti medici il servizio viene svolto dal Servizio di Guardia Medica territoriale. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 5 fisioterapiste a tempo parziale e uno a tempo pieno, che si occupano della gestione dei residenti in palestra e nelle mobilitazioni al piano e a letto per gli utenti che limitazioni funzionali.

#### **Personale presente in una giornata tipo ferial**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	4	2 tempi pieno 2 tempo part-time (per ogni nucleo)	Coordinatrice sanitaria 08.30 – 16.30 Parte vecchia: 2 medici per 2 ore/die Parte nuova: 1 medico 4 ore/die	3
<b>Pomeriggio</b>	4	2 tempi pieno 2 tempo part-time (per ogni nucleo)	Coordinatrice sanitaria 08.30 – 16.30	3
<b>Notte</b>	2	4 per tutta la struttura	Guardia medica 20-08	/

Parallelamente alle figure sanitarie, la struttura prevede la presenza anche di altre figure professionali, tra cui volontari, animatori affiancati dal nuovo Coordinatore relazionale - Psicologo. La struttura è suddivisa in 6 piani totali: tre piani nella parte vecchia e altri tre piani nella parte nuova dove è presente il nucleo speciale al piano terra. Vi è la possibilità di accesso a giardino in entrambe le strutture e i nuclei sono ad accesso libero con limiti di fascia oraria dalle 08.00 alle 20.00, e prevista la chiusura automatica delle porte del reparto.



*APSP Beato de Tschiderer*

**A.P.S.P. Fondazione Montel Santo Spirito – sede via Pive [TN3]**

La mission dell'azienda prevede la presa in carico dei bisogni sociosanitari in maniera integrata, partecipata e sostenibile, finalizzati al ben-essere della persona, e segue dei valori fondanti: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficacia ed efficienza. L'RSA garantisce l'accoglienza di persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti e assistenza continui che non possono essere gestiti a domicilio. Tutela e promuove i principi di autonomia e libertà delle persone che vengono accolte. L'azienda si impegna a promuovere partecipazione e coinvolgimento assicurando la tutela della dignità della persona. L'edificio situato nel centro storico di Pergine Valsugana (Trento), conta 150 posti letto, di cui un posto letto sollievo, 15 posti letto per nucleo demenze e 4 posti letto NAMIR. La distribuzione delle risorse umane prevede la presenza di 93 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), a tempo pieno e tempo part-time, il personale infermieristico dipendente prevede 18 infermieri a tempo indeterminato e 3 a tempo determinato, di cui 11 a tempo pieno. Vi sono 2 dirigenti medici che si alternano durante le ore diurne nelle restanti fasce il servizio viene svolto dal Servizio di Guardia Medica territoriale. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 4 fisioterapisti, che si occupano della gestione dei residenti in palestra e nelle mobilizzazioni al piano.

### Personale presente in una giornata tipo feriale

	Infermieri	Operatori di supporto	Medico	Fisioterapisti
<b>Mattino</b>	1 + 1	I piano: 3 (36h) +3 (24h); II piano: 4 (36h) +3 (24h); III piano: 5 (36h) +3 (24h); IV piano: 4 (36h) + 1 (18h); Nucleo sorgente 2	1 (+ 1 due giorni a settimana)	4
<b>Pomeriggio</b>	1 +1 fino ore 15.30	I piano: 3 (36h) +2 (24h); II piano: 4 (36h) +1 (24h); III piano: 4 (36h) +1 (24h), IV piano: 3 (36h) + 3(18h); Nucleo sorgente 2	1	4
<b>Notte</b>	1 tutta struttura	5	Guardia Medica	

Nella struttura sono presenti altre figure professionali, tra cui volontari, educatore professionale, psicologo e logopedista su chiamata. La struttura è suddivisa su 4 piani, ed il nucleo speciale collocato al quarto piano dell'edificio; vi è la possibilità di accesso a giardino. I nuclei sono ad accesso libero con limiti di fascia oraria dalle 20.00 alle 07.00, è prevista la chiusura automatica delle porte del reparto con possibilità accesso notturno su richiesta.



## **Pia Opera Monsignor Ciccarelli – Verona**

La Residenza accoglie anziani non autosufficienti con deficit cognitivo e disturbo neuro comportamentale di I livello per assistenza di minima intensità e di II livello per cure di intensità media. Prevede l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria standard, la tutela a favore delle persone anziane non totalmente autosufficienti per le quali non è possibile attivare un programma di assistenza domiciliare integrato. La APSP Pia Opera Ciccarelli, opera sulla base dei piani assistenziali individualizzati (PAI), che prevede progetti pensati ed elaborati per ogni singolo residente.

### *Centro Residenziale Monsignor Ciccarelli (San Giovanni Lupatoto) [VR1]*

L'edificio situato nel centro di San Giovanni Lupatoto (Verona), conta 166 posti letto, di cui 52 posti letto per nucleo demenze, 2 posti letto per pazienti in stato vegetativo con ventilazione meccanica. Il 30% dei residenti presenta una demenza e/o disturbi del comportamento non meglio definiti. Il personale assistenziale prevede 66 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), di cui a tempo pieno, i responsabili di nucleo. La filosofia della Pia Opera Ciccarelli è quella di avere tanti operatori e part-time, visto l'alto carico assistenziale dal punto di vista fisico ed evitare burn out. Il personale infermieristico dipendente prevede 18 infermieri, 17 a tempo indeterminato e 1 a tempo determinato, per la turnistica notturna vi è un libero professionista. Vi sono 4 dirigenti medici di medicina generale e 2 sostituti ad ore in caso di necessità. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 5 fisioterapiste, che svolgono attività al piano per 1 ora e mezza / 2 ore. Parallelamente alle figure sanitarie, la struttura prevede la presenza anche di altre figure professionali, tra cui 4 educatori professionali, due psicologi, un odontotecnico, un odontoiatra (privato, 4 ore a settimana), un neurologo (in convenzione una volta al mese), uno psichiatra (privato ogni mese/mese e mezzo), e due logopediste. Viene garantita attività di animazione per tutta la struttura ed anche apposita per il nucleo Alzheimer, all'interno del quale è presente anche una sala apposita sensoriale, cromoterapia e musicoterapia. La struttura è suddivisa su 4 piani, con la possibilità di accesso al giardino; i nuclei sono ad accesso libero con consigliate delle fasce orarie. Il nucleo Alzheimer prevede la chiusura delle porte per consentire agli utenti con *wandering* di poter camminare in autonomia, uscire in giardino in libertà ma allo stesso tempo in sicurezza.



### **Casa di cura Suore Dorotee [VR2]**

La casa di cura Suore Dorotee è una struttura dedicata a servizi alla persona situata nel comune di Vicenza (Brendola), all'interno vengono erogati servizi sociosanitari integrati, cercando di rispondere ai bisogni degli anziani autosufficienti, non gestibili a domicilio, con gravi disabilità fisiche e/o psichiche. La struttura è coordinata da una coordinatrice affiancata da Coordinatori infermieristici di piano, i quali coordinano l'attività assistenziale in collaborazione con il medico e gli infermieri. La coordinatrice è responsabile della turnistica dell'OSS, coordina le attività per l'elaborazione e la gestione del PAI, gestisce i rapporti con la sede centrale per la risoluzione di problematiche di vario tipo. Il dirigente medico lavora in collaborazione con il Coordinatore infermieristico, il quale si occupa di aspetti medico infermieristici. È una struttura pubblica ad affiliazione religiosa delle Suore Dorotee; dispone di 174 posti letto di cui (113 laici e 61 posti letto dedicate alle suore): non sono previsti posti letto sollievo, né posti letto nucleo speciale (Alzheimer-disturbi comportamentali), sono attualmente in fase di definizione ed in attesa di finanziamenti e non sono previsti posti letto per utenti in stato vegetativo (stato di coma, coma post anossico). Dei posti disponibili solo 113 posti letto sono a bassa intensità (I livello), di cui 24 posti letto a media intensità autorizzati ma non accreditati sui 113 posti letto totali. Dai dati forniti dalla coordinatrice, la quasi totalità degli utenti ha un deficit a livello cognitivo (80%). L'organizzazione del personale prevede la presenza di 72 operatori sociosanitari ed operatori di assistenza (OSA), a tempo pieno e tempo part-time, il personale infermieristico dipendente è di 19 infermieri, supportati da 4 Coordinatori di nucleo. Vi sono tre dirigenti medici, presenti durante la settimana poi il servizio viene delegato al

Servizio di Guardia Medica territoriale. Per la gestione della parte riabilitativa, vi sono per tutta la struttura 4 fisioterapiste.

### **Personale presente in una giornata tipo ferial**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	5	6 - 8	1	4 fino alle 12
<b>Pomeriggio</b>	3	5-6	1	/
<b>Notte</b>	1	4	GM	/

Nella struttura collaborano altre figure professionali, assistente sociale, educatore, logopediste e psicologa. La struttura è suddivisa in 3 piani, con la possibilità di accesso a giardino e terrazzo. I nuclei si trovano rispettivamente ai piani superiori, e sono ad accesso libero senza limiti di fascia oraria, è prevista la sola chiusura notturna del cancello a partire dalle 21.30.

### **Fondazione O.A.S.I.**

La fondazione O.A.S.I nasce con la casa di riposo di San Bonifacio, promossa dal parroco del posto, e l'acronimo significa Opera di Assistenza e Servizi Integrati. Alla fine del 2001 è iniziata una trasformazione che aveva come presupposti il saper essere flessibili, la percezione della necessità di adottare le risposte alle richieste con servizi che rispondano ai bisogni della persona. Si basa sui principi di uguaglianza, imparzialità, continuità, efficacia ed efficienza che sono il presupposto delle azioni della fondazione. La fondazione si occupa anche della formazione ed aggiornamento del personale, per permettere di agire con professionalità la propria attività lavorativa. L'organizzazione cerca di superare il modello di reparto di grandi dimensioni focalizzato alle patologie, il riferimento metodologico che sta alla base del modello organizzativo si rifà alla "*Gentle care*" ed in particolare all'approccio protesico e si basa su: lavoro per progetti, la valutazione multi-professionale, e gruppi di lavoro. Tale modello si declina all'interno dell'organizzazione attraverso alle Unità Operative Interne e al Piano Assistenziale Individualizzato.

*San Giovanni Battista – Soave [VR3]*. Struttura convenzionata privata ad affiliazione laica, prevede la disponibilità di 60 posti letto di cui 36 posti letto a ridotta assistenza, 4 posti letto sollievo, 6 pazienti con tracheotomia e ventilazione meccanica. Degli ospiti residenti il 50% è affetto da una demenza e/o da disturbi comportamentali. Le risorse umane a disposizione all'interno della struttura prevedono 11 infermieri a tempo pieno e indeterminato, questi sono affiancati da 17 operatori di supporto dedicati all'RSA, la metà è dipendente diretto della fondazione mentre l'altra metà è dipendente di cooperativa. Sono

presenti due medici al mattino per tre ore, per un totale di 18 ore settimanali, e durante la settimana, nel fine settimana e notte la gestione viene garantita da Guardia Medica territoriale. L'assistenza riabilitativa viene garantita da 2 fisioterapisti, presenti sia al mattino che al pomeriggio, vi è una logopedista (ad ore), uno psicologo part-time, ed un assistente sociale part-time, ed un podologo per prestazioni specialistiche.

#### **Personale presente in una giornata tipo ferial**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	3	6	1 (3 ore)	1
<b>Pomeriggio</b>	2	6	/	1
<b>Notte</b>	1	2	Guardia medica	/

La struttura è suddivisa in 4 piani (2 nuclei) con la possibilità di accesso a giardino. I nuclei sono ad accesso libero vi è molta libertà ma si chiede ai familiari di portare rispetto agli utenti nel garantire momenti di riposo adeguati e nel rispetto reciproco. È prevista la chiusura delle porte per accedere al nucleo.

*Oasi Al Barana – Verona* [VR4]. Struttura convenzionata privata ad affiliazione laica, prevede la disponibilità di 66 posti letto di cui 2 posti letto in convenzione con la centrale operativa territoriale. Degli ospiti residenti il 75-80% è affetto da una demenza e/o da disturbi comportamentali., comprendendo la demenza senile e vascolare. Il personale è composto da 8 infermieri a tempo pieno, affiancati da 37 operatori di supporto. È presente un medico per tutta la struttura al mattino. L'assistenza riabilitativa viene garantita da 2 fisioterapisti presenti sia al mattino che al pomeriggio, ad arricchire l'organico sanitario vi sono una logopedista, uno psicologo, un assistente sociale, ed un podologo per prestazioni specialistiche.

#### **Personale presente in una giornata tipo ferial**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	2	12 (6 per piano)	1	1
<b>Pomeriggio</b>	2	8 (4 per piano)	/	1
<b>Notte</b>	1	1	/	/

Le attività assistenziali vengono supportate da volontari appartenenti ad associazioni dedicate al volontariato, che si occupano di attività musicali, clown terapia e attività assistita con i cani (*dog-therapy*). La struttura è suddivisa in 2 piani con la possibilità di accesso a giardino e non è prevista la chiusura delle porte.

*Bianca Steccanella – Cazzano di Tramania [VR5].* Struttura appartenente alla fondazione OASI ha 60 posti letto per utenti non autosufficienti a ridotta intensità di cura (livello I). Degli ospiti residenti, 25 su 60 sono affetti da demenza e 7-8 su 60 hanno diverse forme di disturbi comportamentali. Il team assistenziale prevede 9 infermieri, di cui 5 a tempo pieno indeterminato e 4 part time (al 70% e 50%), affiancati da 23 OSS con contratto a tempo pieno e part-time. È presente un medico per tutta la struttura al mattino per un totale di 22 ore settimanali, nelle fasce scoperte la gestione viene garantita dalla Guardia Medica. L'assistenza riabilitativa viene garantita da due fisioterapisti, vi sono poi una logopedista, uno psicologo, un assistente sociale responsabile dell'accoglienza in tutte le strutture della Fondazione OASI.

### **Personale presente in una giornata tipo ferial**

	<b>Infermieri</b>	<b>Operatori di supporto</b>	<b>Medico</b>	<b>Fisioterapisti</b>
<b>Mattino</b>	2	7 tempo pieno + 4 part-time	1 (3h/die; 6 gg su 7)	1
<b>Pomeriggio</b>	2	4 tempo pieno + 2 part-time	/	1
<b>Notte</b>	1	2	GM (+ festivi e domeniche)	

Vi sono altre figure coinvolte nell'assistenza un educatore professionale e associazioni di volontariato. La struttura fa parte di un complesso abitativo storico e prevede 2 piani al lato sud, 4 piani nella parte di struttura più antica; i piani sono sfalsati collegati da scale e solo da due ascensori, tale condizione strutturale influenza notevolmente l'organizzazione dell'assistenza perché lo stesso team di operatori deve assistere e seguire ospiti passando da un piano all'altro. Non vi sono limiti di accesso, familiari e residenti possono accedere



al giardino e ai reparti nel rispetto dell'organizzazione e della tranquillità degli altri residenti.



### 4.3 Narrazione del percorso di raccolta dati

La raccolta delle interviste ha coperto un arco di tempo di circa un anno e mezzo, iniziata nel mese di settembre 2017, dopo aver condotto diverse interviste pilota per testare le domande guida ipotizzate, si è conclusa alla fine di settembre 2018. In totale sono state raccolte e analizzate 42 interviste, il procedimento di analisi dei dati ha seguito *azioni sequenziali e azioni longitudinali* (Mortari, 2007). Ogni intervista è stata ascoltata e trascritta *Verbatim* in un file di testo, nella prima parte dell'intervista sono sintetizzati i dati socio anagrafici del soggetto intervistato, in una colonna vi è il testo integrale con domande e risposte e una seconda colonna vuota destinata all'analisi dei dati; eventuali annotazioni e riflessioni venivano riportate in corsivo nella seconda colonna e gli snodi critici nel diario di ricerca. La fase di trascrizione ha richiesto molto tempo e l'assunzione di una postura riflessiva adeguata e attenta non solo agli aspetti verbali ma anche a quelli non verbali come pause, ragionamenti e atteggiamenti del soggetto intervistato. Tale approccio di fedeltà al dato allo scopo di mantenere inalterate le narrazioni raccolte.

Prima di iniziare la raccolta dati, come preparazione alla ricerca, il ricercatore ha sperimentato su di sé il compito di raccontare in un'intervista l'esperienza di contenzione facendo emergere vissuti e dilemmi. Ciò ha permesso di andare sul campo con maggiore consapevolezza dopo aver vissuto in prima persona il vissuto cognitivo e affettivo che tale pratica può suscitare.

L'esito a cui mira lo studio è quindi quello di delineare una teoria descrittiva fenomenologica sul vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell'uso delle contenzioni attuata dagli infermieri all'interno dei contesti residenziali. È stata costruita un'analisi teoretica rigorosa in relazione alla ricerca empirica, per raggiungere tale obiettivo, nel corso dello studio si sono susseguite fasi di ricerca teoretica (*desk work*), che ha previsto una ricerca concettuale indipendente da correlazioni con la pratica e fasi di ricerca sul campo (*fieldwork*), una ricerca qualitativa che dà voce ai pratici, ossia a coloro che quotidianamente fanno lavoro di cura (Mortari & Saiani, 2013). Il dialogo tra la ricerca teoretica ed empirica ha permesso di evitare discorsi astratti, scollegati dalla realtà pratica appiattendosi in una osservazione passiva della realtà non problematizzante impedendo la comunicazione tra i dati raccolti.

## 5. ANALISI DEI DATI

---

In questo capitolo vengono presentati e descritti i principali dati emersi dalle interviste al personale coinvolto nello studio. Il complessivo lavoro di analisi e codifica delle narrazioni raccolte è riassunto nella Tabella 5, dove viene riportato schematicamente l'insieme delle categorie e le loro declinazioni nelle rispettive etichette concettuali. Lavorando su materiali empirici, le interviste con gli infermieri, attraverso una procedura induttiva, si è giunti a identificare le etichette concettuali attraverso un processo ricorsivo. Come si può osservare emergono otto principali categorie:

1. Definizione e tipologie di contenzione
2. Assunzione di responsabilità rispetto alle contenzioni
3. Modalità di applicazione della contenzione
4. Valutazione delle contenzioni
5. Pratiche alternative
6. Vissuti e riflessioni dell'operatore
7. Sguardo dell'operatore sui vissuti dell'ospite
8. Rapporti di collaborazione

Le principali caratteristiche socio-anagrafiche dei 42 operatori intervistati e una sintesi delle frequenze delle etichette sono riportate in Appendice (Tabella 6.1 e 6.2).

Nei paragrafi a seguito vengono argomentate le narrazioni, la ricorrenza quantitativa di etichette e categorie si integra con la dimensione qualitativa, correlazione fortemente legata alla significatività dei contenuti presenti nelle interviste. La rilevanza di ogni singola etichetta non deriva solo dalla sua occorrenza all'interno delle interviste, ma anche dallo spessore di significato che riveste nell'analisi complessiva dei dati raccolti. Può quindi capitare che un'etichetta, presente con scarsa frequenza, veicoli tematiche cruciali per la ricerca. Nelle unità di testo delle interviste, gli interventi del ricercatore sono indicati tra parentesi tonde e preceduti dalla lettera "R:". A maggior tutela della privacy degli intervistati, oltre ai dati sensibili, sono state omesse anche altre informazioni non significative (luoghi, nomi di pazienti e medici, ecc.).

**TABELLA 5. Coding relativo all'analisi delle interviste al personale**

CATEGORIA	ETICHETTA CONCETTUALE
<b>DEFINIZIONE E TIPOLOGIE DI CONTENZIONE</b>	Definizione e Tipologie di contenzione
<b>ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ' RISPETTO ALLE CONTENZIONI</b>	Assunta in toto dal medico
	Assunta in toto dall'infermiere
	Decisione co-partecipata
<b>MODALITÀ' DI APPLICAZIONE</b>	Applicazione da parte dell'operatore
	Motivazione per applicarla e NON applicarla
	Motivazione per rimuoverla
	Prassi implicita
	Prassi ispirata a protocolli e policy aziendali esplicite
<b>VALUTAZIONE DELLE CONTENZIONI</b>	Cultura o meno della valutazione dei casi in atto
	Evoluzione della valutazione delle contenzioni
	Rischi della contenzione
	Valutazione della contenzione a partire dal vissuto personale del paziente
<b>PRATICHE ALTERNATIVE</b>	Pratiche realizzate dagli operatori in alternativa alle contenzioni
	Pratiche ipotizzate ma non realizzate dagli operatori in alternativa alle contenzioni
	Richiesta consapevole dell'ospite per un uso alternativo della contenzione
<b>VISSUTI E RIFLESSIONI DELL'OPERATORE</b>	Vissuto dell'operatore
	Dilemma interiore
<b>SGUARDO DELL'OPERATORE SUI VISSUTI DELL'OSPITE</b>	Descrizione/racconto della reazione dell'ospite
	Valutazione della tolleranza/reazione
	Interpretazione profonda del vissuto del paziente
	Influenza del vissuto dell'ospite sull'operatore
	Agency empatica
<b>RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON LA FAMIGLIA E CON IL TEAM</b>	Rapporti con la famiglia/caregiver
	Rapporto con il team

## 5.1 Definizione di contenzione

Per acquisire conoscenza del vissuto cognitivo e affettivo che accompagna la pratica dell'uso delle contenzioni è necessario esplorare come i pratici definiscono la contenzione, come la mettono in pratica, ossia con quali mezzi e/o presidi viene attuata.

Le risposte ottenute, alla domanda “Che cos'è la contenzione?”, hanno permesso di fare chiarezza in merito a un concetto che in letteratura appare ancora oggi controverso, ed ogni fonte e autore ne sottolinea un particolare aspetto. La definizione proposta dalla *Consensus Conference* (2016), è quella ad oggi riconosciuta nel panorama internazionale e raccomanda di considerare la contenzione una pratica da utilizzare in forma straordinaria. La definizione proposta dagli intervistati include elementi descrittivi, operativi fino ad arrivare a una propria personale visione nei confronti della pratica. Vi sono infermieri che esprimono selettivamente una di queste tre sfumature, altri che partono da una definizione concettuale generale fino ad arrivare a esporre la loro personale visione in merito alla contenzione. Il concetto viene descritto con ricchezza di particolari, nei paragrafi a seguito vengono riportate le differenti definizioni raccolte dai pratici durante le interviste.

### 5.1.1 La definizione concettuale – teorica di contenzione

La definizione concettuale di contenzione è molto complessa, nelle interviste a seguito i professionisti cercano di descriverla concettualmente riportando elementi comuni alla definizione emersa nella *Consensus Conference* (2016), in particolare emerge in maniera rilevante il concetto di libertà. Gli infermieri forniscono definizioni concettuali articolate che vanno ben oltre la semplice definizione pratica, nell'intento di dare una definizione con un alto livello interpretativo. Negli excerpts che seguono vengono riportati concetti eticamente rilevanti come la violazione della libertà della persona che può essere attuata applicando mezzi di tipo fisico, chimico e psichico e impedendo alla persona autonoma di svolgere azioni oppure di muoversi in autonomia.

*Come contenzione sono tutte le strategie che vengono adottate per contenere la libertà della persona, e quindi in senso fisico, chimico e psichico. [Intervista 13\_VR2]*

*Contenzione è tutto quello che determina una limitazione della mobilità della persona autonoma. [Intervista 1\_TN1b]*

*Una cosa che impedisce a una persona di compiere qualsiasi atto in autonomia, muoversi piuttosto che essere libero in quel momento di poter fare ciò che vuole. [Intervista 40\_TN3]*

Nell'excerpt 13 il professionista definisce la contenzione una pratica che prevede l'utilizzo di strategie fisiche, chimiche e psichiche che permettono di contenere la libertà della persona in senso generale. Mentre, nelle interviste 1 e 40 emerge un aspetto importante e articolato, ossia la libertà di movimento e di scelta autonoma, limitando la persona nell'essere sé stessa, nel poter fare e agire secondo le proprie volontà. Analizzando in profondità le parole degli infermieri emerge una sorta di oggettivizzazione della persona che non può agire ma solo recepire in maniera passiva le direttive di coloro che si occupano dell'assistenza.

La definizione di contenzione è fortemente correlata al suo fine, non sono solo i presidi di contenzione che assolvono a tale scopo, ma vi sono altre modalità come l'obbligare la persona con la forza a subire atti medici così come anche la chiusura automatica delle porte dei reparti di degenza. Nell'excerpt che segue l'infermiere fa questa riflessione e riflette in merito al proprio agire.

(R: Se ti dico la parola contenzione che cosa ti viene in mente?) *La cosa che mi viene in mente con la parola contenzione, è il contenere la persona con qualsiasi cosa che va al di là delle cinture e le sponde, perché se io blocco al tavolo una persona è già contenuta, se chiudo la porta è contenuta per cui per me la contenzione è ciò che va ad incidere sulla libertà di movimento, di spazio e decisionale. Tutto quello che va a bloccare uno spazio libero della persona.* [Intervista 36\_TN3]

Da questa definizione, estrapolata dall'excerpt 36, è possibile desumere come anche mezzi non prettamente definiti come contenitivi possano essere considerati tali, il fine forse è quello che attribuisce valore a tali mezzi. Rimanendo fedeli a tale definizione anche tutti quei mezzi innovativi, diffusi prevalentemente nel nord Europa, come la sorveglianza elettronica e gli oggetti di vita come il tavolo possono essere considerati e paragonati ai metodi contenitivi.

Nelle interviste che seguono emerge un'altra sfumatura, all'interno della sfera della declinazione concettuale; molto spesso i professionisti la definiscono una pratica medica che richiede la prescrizione per giustificarne e legittimarne l'applicazione. Un'azione messa in atto per necessità, con lo scopo di preservare e tutelare la salute della persona.

(R: Se ti dico la parola contenzione che cosa ti viene in mente?) *Un atto medico che viene messo in atto, in caso di necessità di contenere un paziente per preservare la sua salute, si intenda in termini di cadute, come ad esempio con l'utilizzo delle sponde* [Intervista 21\_VR5]

(R: Se ti dico contenzione che cosa ti viene in mente?) *A una prescrizione medica, innanzitutto, e penso a...mi viene da dire la parola contenere, ma è un qualcosa che limita molto l'utente, paziente, ospite. Che limita la libertà.* [Intervista 3\_TN1a]

(R: Se ti dico contenzione che cosa ti viene in mente?) *È difficile darti una risposta netta, ma se penso all'episodio che ti racconterò a seguire ti direi, è una prescrizione attuata da parte del medico della RSA, che prevede l'utilizzo di metodi fisici e metodi farmacologici* [Intervista 4\_TN1a]

Il concetto di prescrizione medica e atto terapeutico è ancora ampiamente dibattuto all'interno del contesto italiano, in molte strutture coinvolte gli stessi infermieri definiscono la pratica come un atto soggetto a prescrizione medica, così come la prescrizione della terapia farmacologica. Tuttavia, il panorama sanitario italiano sta cambiando prospettiva, il Codice Deontologico dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (2019) ha voluto sottolineare la posizione e la filosofia infermieristica nei confronti della pratica della contenzione. Le affermazioni avanzate dai professionisti negli excerpts precedenti sono in contrasto con ciò che viene riportato all'interno del Codice Deontologico ed emerge una visione univoca che deve essere osservata all'interno del contesto nel quale si collocano i professionisti. Il contesto delle attuali Residenze Sanitarie Assistenziali, molto spesso carente di personale e di risorse in generale, influenza ed in un certo senso impone l'applicazione della contenzione. La scelta di declinare la responsabilità al personale medico appare controversa e poco chiara, incertezza derivante dalla scarsa presenza di regolamentazione in merito alle responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo. In queste interviste gli infermieri non assumono una posizione attiva, ma declinano la scelta finale al medico.

Se da una parte si cerca di attribuire la responsabilità di tale pratica al medico, dall'altra si assiste a una declinazione di contenzione che si discosta dalla pura definizione concettuale e segue le policy aziendali. La visione e postura direttiva assunta da parte del medico influenza in maniera rilevante il pensiero dei professionisti, portandoli a definire la contenzione come una forma di "protezione":

*È una pratica utilizzata, noi con il nostro medico abbiamo deciso di chiamarle protezioni piuttosto che contenzioni* [Intervista 2\_ TN1b]

*Beh, intanto qua ci hanno insegnato a parlare di protezioni, il dr. T. è fiscale, quindi non si deve parlare di contenzione, ma di protezione.* [Intervista 7\_TN1b]

*A parte il cambio di terminologia che è stato adottato dalla fondazione da contenzione a protezione che a me sinceramente non è mai piaciuto perché sinceramente contenzione è ed è quella lì... [Intervista 31\_VR1]*

Analizzando nello specifico gli esempi precedentemente riportati si assiste a tre atteggiamenti differenti nei confronti della definizione di contenzione. Vi sono professionisti che si sentono legittimati ad utilizzare il termine “protezione” al posto di contenzione come si evince dall’intervista 2; l’infermiere parla al plurale facendo quindi trasparire una forma di condivisione a livello organizzativo. Tuttavia, nell’intervista 7, è possibile assistere a un atteggiamento differente di un professionista appartenente alla medesima struttura; egli recepisce e accetta in maniera passiva una visione impartita dal superiore gerarchico senza dare nessun elemento di dissenso e contrarietà in merito alla scelta di usare il termine protezione. L’infermiere dell’intervista 31 sottolinea invece la dissonanza a livello terminologico, egli infatti riconosce l’inutilità di utilizzare una terminologia differente, perché il fine rimane pur sempre il contenimento e non può non essere considerato come tale.

Una visione che emerge frequentemente, e concorda con la letteratura ad oggi disponibile sull’argomento, è il concetto di sicurezza verso la persona che riprende in parte il concetto di protezione. La sicurezza come elemento che sta alla base della definizione di contenzione, ma anche come quell’aspetto che porta il professionista a decidere di ricorrere a tale pratica come vedremo nel capitolo 5.6 sulle motivazioni all’utilizzo della contenzione fisica.

*(R: Che cosa ti viene in mente se ti dico contenzione?) A sicurezza. La sicurezza dell’ospite prima di tutto, non penso alla classica contenzione che pensano tutti. Soprattutto i familiari che possono avere un concetto diverso di contenzione. Io la penso come sicurezza per l’ospite. [...] Sinceramente, la contenzione l’ho sempre vista come una protezione. [...] L’ho sempre vista come una protezione non l’ho mai vista come un leghiamo l’ospite così possiamo star dietro le “nostre cose...”. [...] Una protezione che bisogna supervisionare e controllare. Come ho detto prima, dopo che l’ospite ha la protezione viene sempre monitorato nel tempo. [Intervista 5\_TN1b]*

Il concetto di sicurezza è declinato nello specifico nel concetto prevenzione di eventi avversi sulla persona, come le cadute oppure altri rischi e sembra essere la più comune motivazione riportata dai professionisti durante le interviste. Nell’excerpt 5 l’infermiere sottolinea lo scopo protettivo assunto dal mezzo di contenzione, utile a evitare eventuali rischi. Tale affermazione è comune sia nella pratica che in letteratura, come metodologia

di prevenzione, nonostante vi siano evidenze che ne sostengono l'inefficacia (Sze, Leng, Lin 2012). La tutela della sicurezza della persona, viene considerata come un elemento positivo da parte dei professionisti, ma può essere percepita anche come una barriera che blocca il superamento di tale pratica (Kong et al., 2017).

Nasce spontanea quindi la domanda, perché le organizzazioni cercano di giustificare tale pratica cambiandone la terminologia? È una forma di auto convincimento, oppure si cerca di discostarsi dalla comune visione e implicazione in termini di responsabilità legale? Tali informazioni non si possono ottenere da una semplice analisi terminologica, ma è fondamentale un'analisi del contesto e delle policy organizzative; approfondimenti che possono aiutare a meglio comprendere le ragioni che stanno alla base di tali affermazioni. In seguito nei prossimi paragrafi verranno analizzati i fattori contestuali, per meglio ancorare tali affermazioni al contesto di riferimento.

#### 5.1.2 La definizione descrittiva di contenzione

Parallelamente alla definizione concettuale ricorre spesso nelle interviste una sorta di definizione descrittiva della contenzione, con esempi operativi di come nella realtà tale pratica viene attuata dai professionisti. Si assiste alla necessità del professionista di fornire al ricercatore una definizione più operativa, che vada a supporto della spiegazione concettuale-teorica. Negli esempi a seguito vengono riportati dagli infermieri elementi operativi che da una parte confermano quanto ad oggi si è soliti mettere in pratica, ma allo stesso tempo introducono elementi innovativi, come le forme di contenimento ambientale.

*(R: che cosa consideri contenzione?) Per me sono degli ausili minimi, nel senso, guarda ti parlo dell'esperienza dell'ospedale dove lì veramente si immobilizzava veramente il paziente. In RSA invece si parla di protezione ed utilizzo di ausili perché veramente l'utente non è in grado. Ad esempio, il tavolino oppure la cintura in carrozzina, oppure anche le sponde a letto ma anche in questo caso sono più una "tradizione" delle case di riposo, così come la cintura. Però è quello che penso io quando mi parlano di protezioni, tutone e le manopole [Intervista 7\_TN1b]*

*Direi che nel tempo, quelli più invasivi sono quelli che ti danno una limitazione maggiore. Spesso il tavolino è meglio tollerato rispetto alla cintura, perché funge da appoggio, per un caffè, una rivista e quindi a volte cerchiamo di avere un tavolino funzionale, che non è avvitato. Alle volte nelle persone c'è solo l'idea di alzarsi e di fare, basta avere un blocco semplice per ricordare alla persona di non alzarsi. L'altra cosa che ragionavamo è anche*



*la contenzione spaziale, abbiamo un ospite che cammina con un rischio caduta molto alto, con pericolo di fuga. Per cui lo segui anche in maniera stretta, alternandoti ed una riflessione che emerge è: che differenza c'è tra un tavolino ed una persona che continua a dirti 'no di qua e no di là', è una contenzione anche questa se ci riflettiamo. Una libertà possibile da margine di interpretazione. [Intervista 19\_VR2]*

Analizzando questi estratti è possibile vedere diversi approcci; nell'estratto 7 l'infermiere fa un paragone con la sua esperienza passata, descrivendo in maniera acritica l'utilizzo delle contenzioni. In particolare, emerge una mancata riflessione in merito alla situazione delle residenze per anziani, contesti all'interno dei quali si assiste a un utilizzo elevato dei mezzi di coercizione come metodologia assistenziale. Un aspetto interessante sollevato riguarda le sponde a letto, definite come una "tradizione" delle case di riposo, una pratica consolidata e difficile da eradicare. Le sponde sono uno dei mezzi di contenzione più diffusi nei contesti residenziali, ma non sempre vengono considerati tali nei differenti contesti coinvolti, in alcuni casi, sembra infatti un metodo utile per far sì che l'utente si possa mobilizzare in autonomia nel letto senza rischiare di cadere.

Nel excerpt 19 si assiste a una riflessione a vari livelli da parte del professionista; egli non riporta i mezzi utilizzati di prassi, ma cerca di dare una spiegazione in merito agli effetti che quest'ultimi possono provocare sull'utente. Emerge un'attenzione agli esiti che un presidio può provocare sulla persona e riprende il concetto di contenimento spaziale in un'ottica critica, così come altri autori internazionali (Testad et al., 2010; Möhler et al., 2011). Durante la raccolta dati alcuni infermieri per cercare di contestualizzare meglio la loro definizione descrittiva hanno fornito un elenco di quelli che, a loro parere, sono mezzi di contenzione e quali in uso all'interno del contesto nel quale lavorano. Vi è concordanza tra gli intervistati coinvolti nel riportare come mezzi maggiormente utilizzati: le sponde a letto, la cintura addominale in carrozzina, la cintura inguinale, il tavolino/banchetto, la tuta di contenzione e il lenzuolo di contenzione a letto. Nel paragrafo seguente emerge un'ulteriore sfumatura concettuale, fortemente legata alla soggettività del professionista.

### 5.1.3 La definizione personale di contenzione

Le precedenti definizioni permettono di costruire la concezione eidetica della contenzione, tuttavia dalle interviste condotte emerge un aspetto non ipotizzato, ma scoperto nel mentre della ricerca, ossia la visione personale che porta il professionista a dare una propria interpretazione della contenzione. Un elemento di rilevante importanza e che fa emergere i vissuti cognitivi e affettivi profondi del professionista. Negli esempi di seguito riportati è possibile assistere a diverse interpretazioni, si passa da una personale visione in termini di libertà e sicurezza della persona, toccando elementi legati al concetto del rispetto e dignità umana, per poi arrivare ad aspetti connessi alla pratica assistenziale e sicurezza personale. Alcuni professionisti considerano alcuni mezzi di contenzioni come modalità ausiliarie-protetiche a supporto della persona.

*Una limitazione della libertà, quindi tutto quello che mi impedisce di esprimermi, di fare, di essere libero. Quello mi viene in mente, un blocco, ostacolo alla mia autonomia.* [Intervista 9\_TN1b]

(R: Se ti dico la parola contenzione che cosa ti viene mente?) *A privare in qualcosa qualcuno, per quanto possa essere più o meno legale, privo di una parte di libertà una persona. Perché mettere anche due sponde a letto privo del poter scendere dal letto una persona in gamba.* [Intervista 22\_VR5]

Dagli excerpts emerge in maniera rilevante il concetto di libertà della persona che si può declinare in termini di libertà di movimento, in senso generale, fino al considerarla una forma di ostacolo all'autonomia della persona, come emerge nell'intervista 9. Il rispetto della autonomia è un valore per alcuni professionisti, nell'intervista 22 l'infermiere è consapevole di fare un atto non lecito che priva la persona della propria autonomia e della libertà di poter scendere dal letto; un bisogno di base essenziale che non dovrebbe essere privato alla persona. Nella maggior parte delle interviste emerge la sfumatura concettuale della privazione della libertà, si assiste però anche a riflessioni di livello superiore, come quella che emerge nell'intervista 41.

(R: Se ti dico la parola contenzione che cosa ti viene mente?) *Mancanza di libertà.* (R: In che senso?) *Libertà in generale, io le contenzioni per me sono una bruttissima cosa. Per il mio pensiero, se fosse per me io sinceramente non vorrei mai vedere i miei genitori legati ad una sedia o al letto, credo sarò molto chiara se dovesse succedere, succeda quel che succeda, ma no privare una persona della libertà secondo me è la cosa più brutta in assoluto.* [Intervista 41\_TN3]

In questo caso il professionista non riporta solo una sua personale definizione basata su credenze, ma riflette mettendo al centro la persona, cercando di immedesimarsi nella situazione e distaccandosi dal suo ruolo professionale. Emerge un coinvolgimento empatico, egli vive su di sé la pratica ipotizzando le proprie reazioni nella medesima situazione. L'infermiere sembra quasi di sentire la brutalità della contenzione su di sé; si interroga sulla pratica e se ne dissocia, facendo emergere la sua personale posizione. Nell'estratto a seguito è possibile notare una evoluzione e arricchimento in merito al concetto di libertà, una affermazione breve ma molto ricca che rende tale concetto articolato e complesso.

*Perché mi dà un senso chiuso non è la parola giusta...di sentirti legato... non è ancora la parola che voglio definire... ti senti... non isolato. Senza libertà, senza, ti tolgono un po' di diritti tuoi quelli principali della vita [Intervista 25\_VR1]*

Il concetto di diritto alla libertà, un aspetto del quale la persona non può essere privata; un valore irrinunciabile che ci rende esseri umani, e spesso, di fronte all'utente anziano, tale valore diventa sfumato e poco ricercato. La dignità della persona deve essere l'elemento fondante dei processi di cura, non può essere dimenticata ma deve essere tutelata.

Il concetto di responsabilità professionale influenza l'approccio alla contenzione, in ambito sanitario spesso si assiste ad azioni svolte e guidate dall'ottica medico-legale. Tali atteggiamenti influenzano l'assistenza che ha come fine ultimo la tutela della sicurezza del professionista piuttosto che quella del paziente. Nell'excerpt a seguito emerge tale postura assunta dal professionista, in un'ottica di tutela personale.

*Quello che penso io in merito alla contenzione è che comunque in alcuni casi è una strategia necessaria per evitare che la persona si crei dei danni. [...] Sì, ma anche come persona. Nel senso che essendo una limitazione della libertà della persona è comunque un'azione negativa che facciamo nei suoi confronti. Oltre l'aspetto legale. [...] Altre volte è comunque una cosa che spesso e volentieri viene fatta per noi per essere più sicuri come professionisti, in senso negativo ovviamente. [Intervista 13\_VR2]*

Nell'estratto 13 affiora la necessità e la volontà di autotutela del professionista, giustificando il suo approccio come forma di tutela alla sicurezza della persona assistita; lo stesso infermiere inizia mettendo al centro la persona ipotizzando gli eventuali rischi ai quali potrebbe incorrere, ma poi il focus ritorna su di sé in un'ottica di autotutela personale e professionale. I dati emersi dalla ricerca offrono una riflessione più articolata che riguarda l'autotutela professionale e la giustificazione del fine come strategia di  *coping*. Egli stesso è consapevole della negatività di tale approccio, ma appare comunemente utilizzato per

tutelare gli stessi professionisti, un'azione attivata di prassi e con una certa frequenza; egli stesso riferisce che si tratta di una “*cosa che spesso e volentieri viene fatta per noi per essere più sicuri come professionisti*”.

La visione personale dei professionisti può tuttavia essere influenzata, come in precedenza accennato, dalla condivisione di policy organizzative che suscitano vissuti ambivalenti durante la medesima situazione. Se nell'excerpt precedente il professionista è consapevole della non legittimità della propria scelta e si appella al concetto di sicurezza; nell'excerpt dell'intervista 23 emerge quello che è stato già in parte affrontato in merito al concetto di definizione teorica, ossia il concetto di protezione, ma con una valenza e finalità specifica di ausilio o presidio di supporto.

*Si perché c'è sempre a che fare con le contenzioni, allora nell'ambito psichiatrico forse era un po' diverso rispetto alle case di riposo perché c'era più da tutelare l'incolumità verso altri utenti rispetto che magari in casa di riposo... viene usata almeno per quanto mi riguarda come una contenzione a livello personale per protezione personale per posture altre cose insomma [...] Non è una cosa sola... nel senso se io penso la contenzione io posso pensare una costrizione magari, posso pensare ad un aiuto anche perché come parlavamo prima esiste la contenzione che è la cintura per la postura in modo da aiutare un ospite al mantenere una postura idonea sulla carrozzina, poi anche una specie di costrizione perché si va contro la volontà di un paziente perché chi vorrebbe essere contenuto alla fine se qualcuno che in grado di capire le cose di si chiede essere legato sfido trovare qualcuno che dica di sì, perlopiù sono queste due cose che io penso quando mi parlano di contenzione. [Intervista 23\_VR1]*

La visione della contenzione come ausilio emerge in diverse interviste, il fine sembra infatti influenzare la concezione della stessa, facendole assumere una valenza positiva. Il professionista nell'intervista fa emergere il carattere complesso della pratica, e sottolinea l'impossibilità di darne una definizione univoca, poiché caratterizzata da una serie di sfumature che si articolano a vari livelli. Egli ritiene come principale motivazione all'utilizzo l'incolumità della persona. Tale affermazione viene confermata nella quasi totalità delle interviste condotte, i professionisti cercano di esplicitare e spiegare nel dettaglio il concetto di sicurezza, che può essere declinato in varie articolazioni in senso generale fino ad arrivare al rischio caduta e di esiti avversi. A conclusione, nell'intervista 12, si assiste all'intento da parte del professionista di dare una enunciazione completa della definizione, partendo dalla definizione concettuale-operativa fino a far emergere la sua

visione personale; la complessità descrittiva fornita dal pratico in merito alla contenzione fa emergere la complessità del fenomeno.

*Qualcosa che ti trattiene, che ti costringe questo mi viene in mente. Di primo impatto la contenzione fisica è quella che ti dà maggior impatto; quella farmacologica è un po' ...cerchiamo di utilizzarla il meno possibile. È quella che fa perdere alla persona le sue capacità principali, la vai a sedare quindi a volte non sai quanti sia lei. Ci sono pro e contro per entrambe le cose. Secondo me gli ospiti non vedono le sponde come una forma di contenzione ma una forma di sicurezza. Vi sono pazienti che chiedo che vengano alzate perché si sentono più sicuri. Secondo me serve per tenersi, perché a casa avevano un letto più ampio magari a volte secondo me vi è la paura di non aver qualcuno vicino a loro.*  
[Intervista 12\_TN2]

Il concatenarsi di elementi teorici, operativi e della sfera personale confermano quanto emerge in letteratura e la forte componente personale influenza la pratica rendendola un atto ad alto impatto per il professionista soprattutto in termini psicologico-emotivi. Una pratica caratterizzata da una traiettoria complessa, influenzata da innumerevoli fattori come gli elementi contestuali e ambientali, la disomogeneità nello staff assistenziale che lavora all'interno dei contesti e le policy organizzative. Il professionista non si limita a dare una definizione concettuale ma cerca di articolare e spiegare come tale pratica si può concretizzare e quali ragionamenti e riflessioni vengo attivati dal team nel momento in cui viene vagliata l'ipotesi di utilizzare tale mezzo sulla persona assistita.

## 5.2 L'assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere nella pratica

### 5.2.1 Analisi del concetto di *decision-making*

Il processo mentale che guida il vissuto cognitivo ed affettivo è molto articolato, gli infermieri giocano un ruolo chiave nella presa di decisione in merito all'utilizzo della contenzione fisica. La gestione assistenziale e sanitaria degli utenti geriatrici è complessa, è quindi necessario un approccio proattivo nella scelta e identificazione dei migliori interventi centrati sulla persona. Tali azioni richiedono ai professionisti di trovare la migliore soluzione per la persona, ma è necessario coraggio nell'assumersi la responsabilità della scelta.

Le scelte non sono semplici *problem solving* ma necessitano una attenta valutazione della situazione e, quando possibile, la condivisione di dubbi e perplessità. Nei seguenti paragrafi viene affrontata la diversificazione nell'approccio alla presa di decisione da parte del professionista, che può essere autonoma oppure assunta in maniera collegiale.

### 5.2.2 Decisione assunta in toto dal medico, dall'infermiere e co-partecipata

Si assiste nella pratica a diverse forme di assunzione di responsabilità: totalmente decentrata, nella quale il professionista attribuisce a fattori esterni la responsabilità delle proprie azioni (*locus of control esterno*); assunta in toto dall'infermiere in autonomia oppure co-partecipata assieme ad altri professionisti del team assistenziale. Nei seguenti excerpts di intervista emerge una decisione autonoma assunta dall'infermiere in specifiche situazioni, come ad esempio: in assenza del responsabile di struttura, del medico oppure di un altro membro del team assistenziale. Il professionista sanitario si assume la responsabilità delle proprie decisioni solo in situazioni selezionate nell'arco della giornata, ad esempio la notte o nei fine settimana, e in situazioni di emergenza.

*Il responsabile di struttura non è presente, diciamo che nel fine settimana in assenza della direzione il personale (di riferimento) diventa l'infermiere [...] in quel caso là ho preso la decisione di metterla in carrozzina ed il giorno dopo il cinturino addominale senza avvertire il medico in urgenza. [Intervista 16\_VR4]*

*Poi capita sempre di notte o di sabato o domenica... che non ho neanche un medico in struttura quindi ti devi un po' arrangiare... [...] No come abbiamo accennato quella sera alla riunione... a noi infermieri succede magari di notte se c'è un disturbo*

*comportamentale importante che allora sì nel momento li decidi a me personalmente non è successo a parte ti dico questa cosa qua della mascherina che poi abbiamo risolto... non mi è successo ma non siamo noi spesso e volentieri infermieri che decidiamo che tipo di contenzione utilizzare. [Intervista 30\_VR1]*

*Ma, se succede in emergenza, quando un ospite è a rischio di fratturarsi se si alza dal letto, allora decidi tu di metterla allora è responsabilità tua che hai valutato di metterla, perché se non l'avessi fatto sarebbe stato peggio. [...] In autonomia forse una volta ma mi sono poi confrontata con il medico. [Intervista 40\_TN3]*

La decisione autonoma, nell'applicare una contenzione fisica, è una pratica discretamente frequente, ma non appare come una pratica consolidata né di routine. Spesso, nel momento in cui viene scelto un intervento in maniera autonoma, il professionista ricerca condivisione e conferma da parte dei pari e dei superiori gerarchici sia durante momenti formali ma anche informali. I risultati vanno in contrasto e scardinano la concezione dell'uomo postmoderno presentato da Elena Pulcini, che descrive l'uomo come "un individuo mosso da un impulso illimitato all'auto realizzazione, entropicamente chiuso nel circuito autoreferenziale dei propri desideri che esclude ogni alterità, indifferente alla sfera pubblica ed al bene comune e incapace di progettualità" (Pulcini 2009, p.32 in Mortari, 2015, p. 169). Trova invece concordanza con la visione che offre Mortari, in cui viene scoraggiata quella forma di individualismo che vede il soggetto fortemente "centrato sul sé, che appiattisce e riduce le nostre vite, impoverendole di significato e rendendole meno attraenti agli altri" (Charles Taylor, 1991, p.4 in Mortari, 2015, p. 169).

Dalle interviste emerge un elemento interessante e rassicurante. Gli infermieri tendenzialmente cercano sempre la condivisione e il confronto; solo alcuni di loro si assumono la totale responsabilità delle proprie scelte in situazioni ordinarie con un approccio individualistico e centrato su di sé. Nell'excerpt che segue emerge un approccio all'individualismo, ma con una valenza positiva e arricchente per il contesto; il professionista mette al centro il paziente e solo dopo la sicurezza personale.

*Io mi sono assunta la responsabilità di toglierla e poi ho sentito la dottoressa T. gliel'ho rimossa nel momento in cui ero lì con lei. [...] Sì, e se fosse dipeso da me non l'avrei nemmeno messa. Io avevo letto la lettera di dimissione ed avrei potuto metterla subito ma ho aspettato le 14.00. [Intervista 3\_TN1a]*

Nell' intervista 3 emerge un aspetto molto importante che descrive solo una parte degli infermieri coinvolti, l'infermiera si sente investita dal senso di responsabilità del processo assistenziale. Infatti, uno degli elementi che compone l'essenza del *caring* infermieristico è proprio il "sentirsi responsabile" nei confronti dell'altro. Essere attivi nel processo di cura necessita un senso di responsabilità nei confronti dell'altro, indipendentemente dalla posizione gerarchica assunta, facendosi portavoce delle necessità e dei bisogni della persona assistita.

Se da una parte si assiste a professionisti disposti ad assumersi la totale responsabilità delle proprie scelte e azioni, dall'altra si può assistere ad atteggiamenti di totale distacco attribuendo la scelta finale al superiore gerarchico oppure in un'ottica più generale all'organizzazione.

Il dover sottostare alle imposizioni dettate dall'organizzazione può suscitare nel professionista sentimenti di imposizione e di non coinvolgimento. Come si può evincere in un altro excerpt dell'intervista 3, la stessa infermiera, che si è assunta la responsabilità e con un atto di coraggio ha deciso di non applicare la contenzione, riferisce di sentirsi costretta dalle indicazioni e direttive organizzative per quanto riguarda la prescrizione.

*Mi sono sentita costretta dall'organizzazione...è una prescrizione medica, mi sono sentita obbligata a metterla poiché la contenzione era stata confermata dalla dottoressa del piano e da tutto il team.* [Intervista 3\_TN1a]

In questo estratto è possibile incontrare un fenomeno che occorre all'interno dei contesti, ossia il dover sottostare a protocolli interni all'azienda di appartenenza. Tali strumenti sono stati ideati per rendere univoca la pratica in merito alle contenzioni. L'introduzione dei protocolli nei contesti delle residenze sanitarie è un fenomeno pressoché nuovo ereditato dal contesto ospedaliero ha in sé pregi, ma anche difetti. La gestione dell'incertezza clinica si riflette sul processo decisionale soprattutto all'interno dei contesti per acuti. I protocolli e le linee guida permettono di ridurre le variabilità decisionali, ma a scapito della personalizzazione. Un elemento interessante che emerge in maniera univoca dalle interviste è che il processo decisionale spesso viene avviato e gestito dall'infermiere, ma nella raccolta dei dati a supporto e nella scelta del miglior metodo disponibile si avvale del supporto degli operatori sociosanitari. Una decisione co-partecipata che supporta le decisioni in merito all'uso della contenzione.



*Lo vedevamo tutti è stato fatto un consulto con la fisioterapista e la si è presa la decisione di mantenerla in carrozzina e mettere un cinturino addominale. [...] Sì, per esempio in questo caso qui dell'ospite che mi sono rifiutata di mettere la contenzione insieme alla fisioterapista abbiamo deciso di riprendere un percorso riabilitativo per farle riprendere a camminare. [Intervista 16\_VR4]*

*Abbiamo deciso con gli operatori, il medico non c'era era un sabato pomeriggio, si poteva pensare di attivare una guardia medica consapevoli del fatto che non conoscono l'ospite e che ti danno il farmaco per intervenire. Abbiamo deciso assieme con gli operatori perché poi risultava importante monitorare la situazione. abbiamo scelto la poltrona, perché presidio più pesante in caso di alzata rispetto ad una sedia. Abbiamo scelto la cintura inguinale piuttosto che la cintura addominale, per il rischio maggiore di tirarla verso il collo. La cintura inguinale diventava meno fastidiosa in termini di incisione della cute. [Intervista 19\_VR2]*

Nei precedenti excerpts è possibile riscontrare la volontà dell'infermiere nel mettersi a confronto con altri professionisti, discutendo in situazioni complesse e prendendo la migliore decisione sul paziente. Nell'intervista 19 emerge la forza e l'efficacia che assume il confronto con gli altri professionisti del team per rispondere alle necessità del residente ed evitando di contattare la guardia medica. Il coinvolgimento della guardia medica territoriale non viene considerato come soluzione, poiché questa tendenzialmente propone interventi farmacologici standard e non adatti a gestire la situazione della persona. La scelta del professionista da coinvolgere nella decisione non è scontata, nell'intervista 16 l'infermiere si attiva alla ricerca di un consulto specifico con il fisioterapista, poiché necessita di un'opinione in merito a quale presidio utilizzare in base alle reali necessità motorie dell'ospite. La capacità di riconoscere le competenze del singolo professionista è quindi un aspetto molto importante e in queste interviste emerge in maniera forte la valorizzazione dei singoli componenti del team multiprofessionale.

Le interviste che seguono fanno emergere e sottolineano l'importanza del ruolo che ogni professionista del *network* interprofessionale gioca all'interno del *setting* residenziale; un aspetto interessante e innovativo è il coinvolgimento del familiare, considerato come un membro del team multiprofessionale, assume un ruolo attivo e propositivo nel processo di cura:

*Se ne lascia traccia e spiega il motivo insomma che per urgenza è stato applicato questo (mezzo), magari il giorno dopo vengono avvisati familiari sul perché è stata fatta un certo tipo di scelta, poi diciamo che di notte infermieri siamo in due, magari ci si confronta anche con il collega l'infermiere copre due piani quindi una prima secondo e una al terzo e quarto.[...] Comunque sì, c'è un confronto perché c'è sempre un infermiere e un operatore, se l'operatore nota qualcosa si appoggia l'infermiere e l'infermiere decide nel turno di notte... se invece capitano nel turno di giorno succede più o meno la stessa cosa tranne che giù c'è qualche medico o c'è la responsabile degli infermieri ci si appoggia e si decide come proseguire. (R: Quindi alla decisione mi pare di capire sempre collegiale...) Si di solito si non è mai una cosa che io decido di fare e faccio. [...] Di solito, non la decisione, ci si confronta un po' di più prima magari è questa responsabile magari sono le operatrici che notano ne parlano con la responsabile che a sua volta ne parla con infermiere, qualora da queste figure che alla fine sono le più operative all'interno della residenza si decide che è meglio contenere una persona si fa una stampa di queste contenzione che è una prescrizione se ne parla col medico, il medico autorizza e firma e poi si passa alla responsabile giù area che di conseguenza ne parla con i fisioterapisti consegna questa prescrizione ai fisioterapisti che dicono sì siamo d'accordo.[Intervista 23\_VR1]*

*Il bello non è prendere la decisione da solo ma coinvolgere il familiare, parlare con il paziente è questo il bello del nostro lavoro. [Intervista 7\_TN1b]*

Nell'intervista 23 emerge l'importanza della condivisione, l'infermiere sottolinea che non si tratta mai di una scelta assunta in totale autonomia, ma ci si confronta, si cerca di parlare con responsabile cercando di identificare la migliore soluzione per la persona. Anche i familiari vengono coinvolti e avvisati in merito alla decisione in una determinata situazione, tuttavia, come ad esempio durante la notte, non vengono coinvolti prontamente ma solamente a seguito della decisione presa. Spesso, prospettive differenti hanno un'influenza decisiva sul *decision – making*, la maggior parte degli intervistati, sottolineano l'importanza di discutere le proprie decisioni con i colleghi prima di prendere la decisione finale; in queste situazioni l'opinione dei colleghi vengono vissute come forma di verifica e conferma delle proprie azioni (Dierckx de Casterlé et al., 2015).

Se da una parte si assiste alla necessità da parte dell'infermiere di avere una forma di supporto da parte del collega, nell'intervista 7 emerge un aspetto arricchente e positivo, l'infermiere sottolinea l'importanza di coinvolgere il familiare del paziente, definendo tale approccio inclusivo come *“il bello del nostro lavoro”*. Si assiste alla condivisione basata

non solo sulla necessità di conferma, ma sul bisogno del professionista di cercare il punto di vista dell'altro facendo partecipi del processo di cura familiari, *caregivers* e pazienti. Dalle interviste emerge un approccio co-partecipato, elemento guida dei processi assistenziali e non traspare una propensione alla scelta autonoma del singolo professionista. Aspetto confermato anche da Mortari, che sostiene “un'azione di cura che prevede un agire mosso dal senso di responsabilità per l'altro, una condizione necessaria per aver cura dell'altro” (Mortari, 2015, p.117).

L'essenza profonda della responsabilità è quella di rispondere attivamente ai bisogni che l'altro ci manifesta; le interviste descrivono un processo decisionale complesso. Un'attenzione sensibile al paziente, che prevede l'uso energie emotive e cognitive condivise, con lo scopo finale di trovare la soluzione adeguata al reale bisogno di cura in un'ottica di personalizzazione dell'intervento. Azioni che richiedono un tempo dedicato e coraggio da parte del professionista nel mettersi in relazione con i bisogni del paziente. Il professionista mette in discussione e a rischio la propria posizione all'interno del team; la responsabilità dell'assistenza traspare con forza nell'intervista 23. È importante concepire la cura come il prodotto di un processo cooperativo ambizioso e non facile da raggiungere che chiede un contributo da parte di soggetti coinvolti, al di là delle gerarchie. Tale competenza può essere definita, seguendo il pensiero di Mortari, “*politica delle relazioni*”, ossia quella capacità che consente all'infermiere di costruire relazioni con i colleghi e la rete dei pari, per poi condividere e negoziare con il medico per costruire quella che si può definire, una “reale *care community*” (Mortari, 2006, p. 93). Quando i professionisti si trovano a dover necessariamente prendere una decisione in autonomia, tendono comunque a fare riferimento a opinioni, consigli e visioni di altri influenzando in maniera decisiva il processo di *decision-making*. In particolare, le opinioni dei colleghi oppure anche di altri professionisti vengono seguite e adottate senza un'esplicita e critica discussione. Il *network* interprofessionale assume un ruolo di verifica mettendo al vaglio varie opzioni prima di arrivare alla decisione; questo passaggio conferisce al processo decisionale una connotazione riflessiva e non solo attuativa e di *problem solving*. Il lavoro di *équipe* rappresenta un elemento cruciale in molti contesti di cura, in particolare nei contesti di terapia intensiva, poiché si tratta di ambiti clinici improntati a una stretta interrelazione e interdipendenza tra operatori di diverse specialità. Tali organizzazioni hanno un forte impatto sui processi di *decision – making*, si assiste infatti a due forme di cooperazione: una formale nella quale si assiste ad una frammentazione con conseguente gerarchizzazione del processo decisionale; dall'altra parte una cooperazione informale tra i membri del team multiprofessionale, che si basa su sostegno reciproco con l'unico scopo finale di ottenere

il miglior risultato per l'utente. Tale situazione si può riscontrare anche all'interno dei team delle residenze sanitarie assistenziali, vi sono infatti approcci di cooperazione formale e informale che portano ad ottenere gli stessi risultati presenti nelle *Critical Care* (Mortari & Silva, 2014).

Nei contesti residenziali la riflessione sull'esperienza, all'interno del team multiprofessionale, conferisce valore e rilevanza al processo decisionale. I risultati di questo studio fanno emergere aspetti innovativi, descrivendo una professione in costante evoluzione pratica e riflessiva che sta legittimando la propria capacità decisionale non in un'ottica di autocelebrazione, ma come portavoce dei bisogni dei residenti.

### 5.3 Rapporti di collaborazione con il team e la famiglia dell'utente

#### 5.3.1. Rapporto con il team assistenziale

Le relazioni professionali di collaborazione con il team sono un aspetto di fondamentale importanza per creare delle relazioni di cura che mettano al centro l'utente. Dalle interviste emergono generalmente forme di collaborazione più o meno inclusiva per cercare di trovare la migliore soluzione per la persona e anche per ottenere conferme e supporto all'interno del team assistenziale. Negli estratti a seguito proposti, emerge questa relazione di collaborazione a vari livelli: dalla semplice collaborazione nella sorveglianza fino ad arrivare al coinvolgimento di ogni componente del team nella relazione di cura e nel processo di *decision – making*. Il confronto in alcune situazioni può sfociare in situazioni conflittuali a causa delle visioni opposte dei vari professionisti coinvolti. La collaborazione nel monitoraggio e sorveglianza del paziente dopo l'applicazione della contenzione è un aspetto fondante, che coinvolge e stimola i professionisti anche alla valutazione della tolleranza delle contenzioni da parte del residente.

(R: In questa situazione, altri professionisti sono intervenuti nel processo?) *Sono stati collaboranti, poi comunque gli ho anche detto che visto che l'ospite era su una carrozzina nel corso della notte era necessario un monitoraggio continuo, e maggiore rispetto alla normalità. Se lo sono portato con sé nel giro letti...la collaborazione c'è stata.* [Intervista 2\_TN1b]

*Ho dovuto chiamare la guardia medica, perché ovviamente a quell'ora lì il medico di struttura non c'era in struttura e farmi prescrivere delle contenzioni: sia farmacologica che poi fisica con le sponde a letto per tenerla a bada. È stata momentanea quest'azione, è stata monitorata e tenuta sotto controllo per comprendere da dove scaturivano questi stati di agitazione [...] (R: Gli OSS ti hanno aiutata?) Sì, mi hanno aiutata nella gestione [si riferisce all'OSS]. Sono stati loro i primi ad essere intervenuti e mi hanno chiamata perché non riuscivano a tranquillizzarla.* [Intervista 12\_TN2]

Il ruolo assunto dei vari professionisti nel processo assistenziale è molto diversificato, si assiste a due approcci, nell'intervista 2 gli operatori di supporto (OSS) aiutano l'infermiere cercando di garantire la sorveglianza portando l'utente con sé durante le attività assistenziali. Assumono quindi la funzione di collaboratori ed esecutori di scelte, avanzate dall'infermiere, mentre non emergere un'autonoma attuazione e riflessione in

merito al proprio agire. Nell'intervista 12 l'infermiere sottolinea l'autonomia gestionale degli operatori durante specifiche situazioni assistenziali valorizzando l'indipendenza assunta nell'assistenza all'utente, il quale si attiva e cerca di gestire uno stato di agitazione con interventi assistenziali alternativi. Interventi che non sono sempre efficaci, nell'excerpt 12 l'OSS ha ritenuto necessario coinvolgere l'infermiere per intervenire utilizzando un altro approccio e attivando una collaborazione interprofessionale.

La collaborazione interprofessionale appare un aspetto fondante delle pratiche assistenziali; la supervisione e il monitoraggio della contenzione sono aspetti nuovi e non considerati in ricerche pregresse; un accenno è presente nello studio di Goethals et al. (2013b), dove vengono sottolineati gli elementi che compongono il *decision – making*. Gli autori sottolineano in maniera generica l'importanza della valutazione evidenziando il valore della temporalità, reversibilità e variabilità delle scelte intraprese. Da queste interviste è evidente e rilevante il percorso che viene attivato dal team nel momento della decisione di utilizzare un mezzo di contenzione.

La valutazione è un processo che vede partecipi tutti i membri a seconda delle competenze professionali; nello specifico per quanto riguarda i mezzi di contenzione, il fisioterapista è quel professionista che meglio sa fornire all'equipe la competenza tale per arrivare a definire il miglior mezzo di contenzione. Nell'excerpt a seguito emerge la valorizzazione delle competenze del fisioterapista.

*E se proprio non si riesce il fisioterapista ci dà l'indicazione della contenzione più corretta. [...] Il fisioterapista ha un ruolo molto importante nella prima valutazione. Sì, per me personalmente è il braccio destro, perché noi possiamo fare la valutazione ma poi lui ci dà tante altre notizie per poi arrivare a dire sì questo effettivamente ci vuole, io non sarei in grado di dire meglio una cintura addominale rispetto ad una pelvica anche se bene o male se un paziente mi scivola forse è meglio una pelvica, però lui [fisioterapista] è formato per decidere il presidio migliore [Intervista 36\_TN3]*

La valorizzazione di abilità ed esperienza del fisioterapista, nell'excerpt 36 appare evidente, l'infermiere riconosce la competenza e delega la scelta del presidio più idoneo alla persona. Il professionista cerca di fare un bilancio e struttura mentalmente gli step dell'azione decisionale con l'obiettivo di giungere alla migliore soluzione per la situazione dell'utente. Tuttavia, questa visione focalizzata per competenze, in alcune situazioni porta a contrasti all'interno dei team; tendenzialmente rispetto agli altri membri del team assistenziale l'infermiere propone e attua azioni terapeutiche e assistenziali olistiche che

mirino non solo a risolvere i problemi del residente in un'ottica di *problem solving*, ma cerca di agire in termini di prevenzione dei rischi attuali e futuri.

Tale approccio olistico è in fase di implementazione all'interno delle strutture per anziani, mentre nei contesti per acuti ospedalieri, da decenni vi sono team composti da diverse figure professionali che cercano di trovare la soluzione migliore per l'utente. Nello specifico nei contesti per acuti, il ruolo di leader viene assunto dal medico, un *primus inter pares*, il cui ruolo di coordinatore prevede di articolare e ponderare le proposte dei diversi professionisti per giungere alle migliori azioni terapeutiche (Mortari & Silva, 2014 p.45). Tale ruolo nei contesti residenziali viene spesso assunto dall'infermiere in maniera informale, come emerge nelle interviste precedenti, mentre il medico diviene leader formale per quanto riguarda la prescrizione.

La condivisione non è sempre un processo semplice, capita che nel momento del confronto emergano contrapposizioni e diversi punti di vista in merito alla gestione della stessa situazione. Di seguito sono presenti degli excerpts che esplicitano le contrapposizioni che si possono instaurare tra infermieri e subordinati, ma anche con i superiori gerarchici, come il medico.

*Come ti ho detto in precedenza cerchiamo sempre di condividere in team, ma poi in alcuni casi emerge anche la visione personale e si entra in conflitto... (R: Che cosa intendi?) Purtroppo, la preparazione e l'aggiornamento dei colleghi non è uniforme e quindi ci si trova a dover lavorare con visioni contrastanti la propria posizione. [Intervista 4\_TN1a]*

*(R: Che cosa potrebbe modificare questa attitudine?) Forse più scambio di informazioni fra l'equipe tra le varie persone, perché anche noi colleghe qua del piano siamo in quattro ma magari non tutte vediamo la cosa sotto lo stesso punto di vista e quindi io come infermiera che sono in turno oggi propongo di togliere la contenzione al signor tal dei tali e arriva la mia collega della notte o che ha fatto il turno delle mattina dice "no assolutamente no" perché lei vede la cosa in maniera diversa quindi forse uno scambio maggiore a questo livello e far capire all'operatore che si la contenzione si mette, poi viene registrata perché ci sono dei moduli e tutto quanto, ma che può anche togliere coinvolgendo medico, familiare.. non perché decido io ma si fa una valutazione, un monitoraggio e poi si fa un incontro e si condivide questa cosa. [Intervista 31\_VR1]*

Nell'intervista 4 emerge l'importanza dell'aggiornamento professionale sull'argomento delle contenzioni. L'infermiera critica l'aggiornamento disomogeneo dei colleghi, e nel momento del confronto entra in contrasto con visioni eradicata a prassi superate creando

conflitti all'interno del team. Le conoscenze, le attitudini e l'intenzionalità influenzano la pratica e la scelta di utilizzare una contenzione; l'importanza della formazione è riscontrata e confermata anche in letteratura dove sono emerse differenze significative tra coloro che hanno una formazione di base rispetto a coloro che hanno un aggiornamento e formazione post base specifica (Eskandari et al., 2017). Non a caso l'infermiera, che riporta tale affermazione, ha frequentato un percorso di Laurea Magistrale che ha determinato un approfondito aggiornamento rispetto a quello dei propri colleghi. Le decisioni del team contrastano con la sua visione personale e si rende conto di non riuscire ad ottenere il miglior risultato per l'utente, a causa delle visioni arretrate, che impediscono l'implementazione di interventi alternativi alla contenzione.

Tuttavia, nonostante la diversificazione di conoscenze e attitudini, si assiste alla volontà dei singoli componenti del team di raggiungere una decisione condivisa e centrata sull'utente. L'intervistato, nell'excerpt dell'intervista 31, sottolinea ed evidenzia come differenti prospettive e assenza di condivisione influenzino gli approcci del singolo alla medesima situazione, creando disomogeneità e portando a incongruenze assistenziali con conseguente mancanza di fiducia nei confronti della professione. L'infermiere valorizza quindi l'importanza della condivisione e discussione del processo decisionale, senza condannare il conflitto tra visioni opposte, ma considerandolo arricchente e stimolante.

Negli esempi precedenti sono riportate testimonianze di conflitto tra pari, ma nelle interviste emergono visioni opposte anche tra professionisti appartenenti a diverse professioni. In termini numerici il personale di supporto assume un ruolo preponderante nell'assistenza al paziente; negli excerpts a seguito è possibile vedere una forma di resistenza mentale da parte degli OSS coinvolti nel processo di cura.

*Abbiamo notato la resistenza mentale da parte degli OSS di notte, il sapere che l'ospite non ha una protezione creava preoccupazioni, l'utilizzo della mezza sponda al contrario dava un senso di tranquillità maggiore, anche se dal punto di vista pratico non vi sono differenze. [...] Credo che la fiducia sia fondamentale, se il gruppo OSS è oppositivo il tutto diventa difficile. [Intervista 7\_TN1b]*

*È stata una scelta che ho preso da solo, anzi gli OSS...mi sono scontrato con quello della notte perché dice 'io come faccio qui a controllare? Come faccio...sono qua da solo...'. Organizzandosi per una notte si può fare, è fattibile, poi il giorno seguente si sarebbe discusso il caso con il medico, per cui si sarebbe valutato bene il da farsi. [Intervista 9\_TN1b]*



L'infermiere nell'excerpt dell'intervista 7 esplicita la resistenza mentale presente all'interno del suo contesto; una resistenza che parte dal personale di supporto e impedisce l'abolizione dei mezzi di contenzione. Infatti, la motivazione che emerge dalle parole dell'intervistato non risponde alle necessità della persona, ma più a un bisogno di tranquillità del professionista che si trova a dover gestire gli utenti. L'infermiere descrive un contesto in cui la mancanza di fiducia e l'opposizione da parte degli OSS non permette di attuare cambiamenti utili per il superamento della pratica della contenzione.

Nell'excerpt 9 l'infermiere non condivide le visioni degli OSS, assume quindi in maniera autonoma la decisione scontrandosi con i colleghi in turno. Tale approccio crea relazioni fragili e scarsamente collaborative all'interno dei team, che sfociano poi nella richiesta di intervento del medico che assume il ruolo di superiore gerarchico all'interno della struttura.

Se da una parte si assiste all'importanza della condivisione, è anche vero che i contrasti sono una conseguenza inevitabile; in precedenza sono stati enunciati contrasti tra infermieri oppure OSS. Altre forme di contrasto si possono instaurare tra gli infermieri e fisioterapisti, quali detentori delle competenze in merito ai presidi disponibili ed ovviamente nei confronti del superiore gerarchico, il medico. Di seguito vengono riportati alcuni esempi:

*Per cui dopo è arrivato il medico, ha cambiato la prescrizione. Anche lì, abbiamo avuto un attivo di battibecco con il fisioterapista perché preferiva la cintura addominale al tavolino. Di solito, se non c'è il medico, ci confrontiamo un po'. [...] Il tavolino è una contenzione più impattante. Secondo me, no. Non cambia niente tra avere una cintura addominale o avere un tavolino, perché comunque è una contenzione. [Intervista 13\_VR2]*

(R: Secondo te ci posso essere delle alternative alla contenzione?) *Non ci sono le alternative no... [...] ti dico una volta mi è capitato di discutere con il medico su una contenzione [...] l'ospite si era aggravata aveva la fascia in carrozzina lei non si muoveva, più la carrozzina si poteva basculare non faceva più tentativi di scendere giù della carrozzina. Quindi avevo discusso un attimo con il medico se si poteva provare a toglierla, perché rispetto a come era... la probabilità di caduta era pari allo zero o di scivolamento dalla carrozzina ma il medico mi ha risposto "guarda siccome c'è la contenzione aperta almeno se succede qualcosa sei coperta legalmente" non ha neanche voluto aprire un monitoraggio per vedere se era ancora necessaria. [Intervista 27\_VR2]*

Nell'intervista 13 l'infermiere ha una visione divergente in merito alla tipologia di presidio da utilizzare, il fisioterapista mette a confronto due mezzi di contenzione e propone

quello meno impattante per il residente, ma l'infermiere non concorda tale differenziazione poiché le considera entrambe forme di coercizione. L'infermiere riconosce la competenza ma non accetta la visione del fisioterapista e nasce il conflitto; la necessità di sentire il parere di un altro professionista è importante ed arricchente ma può generare discordanza. Nell'intervista 27 l'infermiere sottostà alle volontà del superiore gerarchico, ma entra in collisione silenziosa con il proprio sentire, egli infatti non si oppone alle decisioni ma subisce passivamente la scelta del medico di non sospendere la contenzione. In questa intervista è evidente il ruolo direttivo assunto dal medico e come la non volontà di cambiamento possa rallentare e bloccare la rimozione di una contenzione non più necessaria. La complessità della pratica, le dinamiche interne e la condivisione interprofessionale rendono i contesti residenziali ad alto rischio di conflitto. Risulta cruciale non eliminarlo ma piuttosto cercare di riconoscerlo e gestirlo, trovando assieme agli altri professionisti la soluzione migliore per il residente. Il conflitto non deve essere visto come un aspetto negativo, ma un momento di riflessione condivisa che migliora la pratica per evitare di arrivare troppo facilmente ed in maniera autonoma alla decisione finale. Il conflitto può aiutare a identificare una serie di possibili alternative, evitando soluzioni routinarie ed ottenendo quindi un approccio *person-centred*. Si assiste a diverse forme di conflitto: quelle che riguardano aspetti organizzativi e gestionali e quelle che riguardano aspetti ideologici. È quindi fondamentale riconoscere e gestire il conflitto in maniera obiettiva attraverso forme di negoziazione eticamente orientate e collaborative; tale approccio si traduce in risorsa per le organizzazioni e porta i professionisti a una maggiore riflessività, coesione e supporto reciproco. La contrapposizione tra visioni è frequente all'interno delle interviste, la contenzione è una pratica dal forte impatto etico ed emotivo per il professionista che si trova in prima persona a dover decidere. Il conflitto non si può bypassare, tali interconnessioni emergono anche nello studio descrittivo di de Casterlé et al. (2015), i quali sottolineano l'importanza della condivisione nel *network* interprofessionale come forma di *decision-making*, sottolineando il fatto che l'infermiere non dovrebbe mai prendere una decisione in autonomia in merito alla contenzione. Il professionista accetta le opinioni di altri professionisti, verifica e discute con i colleghi le scelte concordate e si attiva nel creare sessioni consultive conferendo al *network* interprofessionale un ruolo essenziale nel processo di *decision-making*.

### 5.3.2 Rapporto con la famiglia e *caregiver* informale

L'importanza dell'instaurare una rete di relazioni all'interno del progetto di cura non riguarda solo le collaborazioni tra colleghi, ma anche il coinvolgimento della famiglia e del *caregiver* dell'utente. Infatti, quest'ultimi assumono parte attiva del processo di cura venendo interpellati in merito a decisioni ad alto valore etico, come la scelta di utilizzare un mezzo di coercizione.

Dalle interviste che seguono è possibile notare come tra famiglia e professionisti sanitari vi sia una relazione di collaborazione che mette in primo piano il paziente in un'ottica di cura che si basa sull'*Integrative model of patient-centredness* proposto da Schöll et al. (2014). Un modello che prevede la coesistenza di diverse dimensioni che definiscono e strutturano l'approccio centrato sulla persona. Con questo modello si assiste ad un superamento dell'approccio paternalistico, che si basa su un rapporto gerarchico tra professionisti e paziente-*caregiver*. Cambiamento dettato da modifiche demografiche ma anche dalla diffusione del concetto di *empowerment*, che vede il paziente e la famiglia attori in prima linea del processo di cura.

Dalle interviste emerge in maniera molto forte il coinvolgimento del familiare, prima, durante e dopo la scelta di applicare una contenzione. Approccio che può variare a seconda del professionista e del momento della giornata ma con l'obiettivo di garantire una comunicazione efficace e trasparente con la sfera familiare dell'utente.

*Sì, aveva familiari molto presenti. Il giorno dopo sono stati chiamati ed è stato fatto un piccolo PAI per spiegare la modalità...loro erano perplessi per il riposo notturno sempre in bascula seduto...ma abbiamo mostrato loro che la bascula ha la possibilità di essere strutturata in modalità letto-poltrona e si sono tranquillizzati. Hanno compreso che era la scelta migliore, nel letto abbiamo spiegato la scarsa tolleranza... [Intervista 2\_ TN1b]*

L'infermiere, nell'intervista 2, narra una situazione che frequentemente accade all'interno delle residenze per anziani. Spesso, la necessità di utilizzare una contenzione è immediata e quindi non sempre è possibile attivare il confronto immediato con il familiare non appena si presenta la situazione di rischio. Tuttavia, la volontà dei professionisti è quella di coinvolgerli non appena possibile, cercando di spiegare la motivazione che ha portato alla scelta e valutare la loro percezione e opinione. L'infermiere non impone la propria scelta, ma cerca di far capire al familiare il percorso di valutazione che è stato attuato prima di

arrivare alla decisione di utilizzare una determinata contenzione rispetto ad un'altra cercando di far capire al familiare che tale azione è stata attuata per il bene del residente.

In altre situazioni è possibile assistere a un coinvolgimento immediato del familiare, situazioni non critiche da necessitare un immediato *problem solving*. Negli esempi a seguito sono riportati episodi in cui vi è il coinvolgimento immediato del familiare non appena viene riscontrata una situazione di rischio.

*La collega nel pomeriggio ha cercato più volte di evitare che l'ospite si alzasse dalla carrozzina, alla sera però abbiamo concordato con il parente che non era possibile continuare a vedere scivolare a terra nel tentativo di alzarsi dalla carrozzina. Abbiamo chiamato il parente e insieme vedendo le condizioni ha concordato nell'applicazione della contenzione. Poiché realmente rischiava di farsi male, ci è stata l'autorizzazione ed è stata applicata la cintura e le sponde a letto ma dopo conferma da parte del familiare. [Intervista 7\_TN1b]*

*La mattina c'ero io in turno ed è caduta un'altra volta dalla carrozzina; anche non me la sono sentita, era un sabato, io non me la sono sentita di lasciarla scoperta tutto il week end. Rischiava veramente, quelle due volte lì fortunatamente non è successo nulla ma la terza magari rischiava veramente di farsi del male. Allora ho sentito la familiare, le ho spiegato la situazione e le ho detto che sarebbe indicata un'eventuale protezione fino a rivalutazione del nostro medico di struttura per far sì che sua mamma non cada un'altra volta. La familiare si è subito resa disponibile nell'applicare una contenzione, si era resa conto che veramente la situazione stava degenerando. [...] Io non me la sono sentita di chiamare prima il medico e dopo i familiari e dire abbiamo deciso questo. Ho voluto sentire prima il parere dei familiari, magari potevano dirmi nel fine settimana ci gestiamo noi la mamma venendo a turno mezza giornata. Facendo così penso di aver fatto la cosa giusta. [Intervista 5\_TN1b]*

Negli esempi precedenti sono visibili due diversi approcci di coinvolgimento dei familiari: nell'intervista 7 l'intervistato esprime il proprio disappunto nel vedere l'utente costantemente a rischio di scivolamento a terra nel tentativo di alzarsi, ha deciso quindi di contattare il parente e concordare per l'applicazione della contenzione in un'ottica di prevenzione dell'evento caduta. Non si è trattato di un coinvolgimento empatico ma piuttosto una sorta di forma di autorizzazione e conferma della propria scelta. Nell'intervista 5 emerge un approccio al familiare totalmente differente, anche in questo

excerpt viene riportata una situazione di rischio per la persona, ma in questo caso l'infermiere ha voluto coinvolgere in maniera attiva il familiare nella decisione di utilizzare il mezzo di contenzione. Certamente il fine che ha spinto l'infermiera era quello di preservare la sicurezza della persona, ma anche il senso di responsabilità nel dover lasciare l'utente "*scoperta dalla contenzione*" per tutto il fine settimana.

Il supporto del familiare in un certo senso solleva il professionista dall'assumersi la totale responsabilità della decisione in merito alla situazione. In questo caso l'infermiera non si limita a occuparsi del residente somministrando terapie e attuando interventi assistenziali ma si preoccupa per lui mostrando premura e personalizzazione nelle azioni di cura. Infatti, "la fenomenologia dell'atto di cura rivela che, sentendo il dolore del paziente, il professionista decide si assume la responsabilità di un atto coraggioso" (Mortari, 2015, p.172).

Agire è di per sé un "atto di coraggio", che non si traduce solamente nell'utilizzare un mezzo di contenzione ma anche nell'accogliere i vissuti emotivi e psicologici, capire le idee del familiare per renderlo co-partecipe al processo assistenziale e decisionale.

*Provarla e intanto condividere il tutto con la famiglia che è sempre importante renderli un po' partecipi, non solo per motivi legali ma anche psicologici perché arrivare e vedere il parente legato tra virgolette, contenuto non è mai così... insomma è abbastanza d'impatto di solito tra i parenti [...] prima ho chiamato la figlia per sentire come la pensava anche lei per condividere un po'... cioè decidere di usare una contenzione soprattutto quando non sei nel tuo piano qui, un ospite che non conosci benissimo, una famiglia che non conosci bene, decidere di usarla è sempre un po' difficile [Intervista 29\_VR1]*

L'infermiere, in questo estratto 29, sottolinea la necessità di coinvolgere il familiare per sentire il suo pensiero e per condividere le opzioni disponibili; spesso uno degli elementi che portano a scegliere di discutere con un membro della famiglia è la non conoscenza delle abitudini pregresse del residente. La scelta di usare una contenzione non è scontata e necessita di un feedback da parte del familiare il quale conosce meglio l'utente e le sue possibili reazioni. L'importanza del *background* del paziente in particolare in merito all'utilizzo della contenzione aiuta a orientare la pratica assistenziale (Saarnio & Isola, 2010). L'infermiere, in questa intervista, affronta tale aspetto con una prospettiva nuova recuperando informazioni non solo in merito alle contenzioni, ma andando oltre ricercando attraverso il familiare informazioni utili sulla persona considerandolo detentore privilegiato di abitudini e preferenze del residente.

Il coinvolgimento e supporto dei familiari emerge in molte delle interviste e assume una valenza determinante nelle relazioni; il coinvolgimento della rete familiare aiuta i professionisti nella decisionalità creando continuum nei processi di cura (Mortari 2006, p.81). Spesso l'infermiere si trova a dover decidere di attuare interventi a forte impatto sulla persona, necessita quindi di un confronto con coloro che meglio conoscono abitudini e preferenze dei residenti. Il coinvolgimento diretto dei residenti non è sempre possibile, spesso sono affetti da disturbi cognitivi e ciò rende difficile il recupero di informazioni biografiche. La possibilità di parlare con un familiare agevola i professionisti nell'identificare gli interventi più adatti alla persona. Come è possibile desumere dai precedenti excerpts, nella maggior parte dei casi il familiare conferma la scelta di utilizzare il mezzo contenitivo, legittimando senza problematizzare la decisione del professionista. Tale attitudine scarsamente riflessiva nei confronti della coercizione, può essere espressione di una mancanza di conoscenze del familiare in merito al *discomfort*, che tali mezzi creano sulla persona, e alle possibili alternative disponibili; infatti, spesso ritengono che la contenzione possa garantire sicurezza e protezione.

Dalle interviste emerge l'attitudine al confronto del professionista, nell'immediato oppure a seguito, con la famiglia del residente. In letteratura emerge l'importanza della collaborazione e condivisione con il network interprofessionale e familiare, tuttavia non sempre emergono relazioni positive di collaborazione con la famiglia e *caregiver*. In alcune interviste gli infermieri riportano un senso di frustrazione nel dover applicare una contenzione non necessaria e richiesta espressamente della famiglia senza giustificato motivo. Tali risultati contrastano con la tendenza generale emersa nelle interviste, una sfumatura nuova e arricchente, che descrive un profilo di professionista pronto a mettere da parte le proprie visioni, mettendo invece al centro l'altro soggetto della relazione di cura, che può essere il familiare ma anche il paziente.

*Il familiare è rappresentato dalla superiora poi abbiamo due suore che prima erano coordinatrici ed ora invece svolgono un ruolo di supporto, sono presenti 24 ore su 24 e comunque vi è necessità di trattare le scelte. Loro quando entrano non vedono la struttura come RSA ma come un cambio di sede, che per loro è normale. La maggior parte di loro sono infermiere, e hanno sempre vissuto la contenzione come un qualcosa di normale, e quasi doverosa. Ora il problema è lo scontro generazionale, non è semplice. Rappresenta familiare, il datore di lavoro, il punto di riferimento per le suore. Spesso mi trovo in difficoltà, bisogna modularsi con loro. Diciamo che se gli ospiti fanno un passo avanti io faccio un decimo del passo in avanti. Secondo me, il problema è che la figura della*

*superiore è una figura come essere in caserma. Se la superiora dice che si fa, si deve fare.*  
[Intervista 15\_VR2]

Nell'excerpt precedentemente riportato emerge una situazione fortemente legata ad uno specifico contesto influenzato dalla filosofia religiosa cattolica. Tale narrazione fa emergere aspetti molto delicati che entrano in contrasto con la visione del professionista. L'istituzionalizzazione in una struttura residenziale viene vissuta in maniera differente dal residente a seconda delle personali visioni. Nel caso specifico, la vocazione religiosa ha in sé significati profondi che entrano in contrasto con l'ideologia dell'infermiere. In letteratura non vi sono evidenze che confermano le affermazioni del professionista, è evidente una conoscenza che nasce dall'esperienza diretta sul campo. Emerge un concetto che entra in contrasto con l'ideologia di Aristotele, il quale sottolinea che “il bene nella vita umana si realizza quando si vive bene e si agisce bene (...) si assume che agire bene significa agire secondo virtù, allora si può affermare che agire alla luce della passione per il bene significa agire con virtù” (Aristotele, *Etica Nicomachea*, I, 4, 1098b 20-21 in Mortari, 2015, p.109). Il professionista riporta la difficoltà nel trovare un punto d'accordo con la madre superiora, e sottolinea la necessità di modularsi con la visione cattolica senza imporsi e rispettando la scelta, egli è consapevole di non agire nel rispetto della vita umana né secondo virtù.

Spesso il superamento di pratiche arcaiche viene bloccato a causa di visioni opposte all'interno delle organizzazioni e a causa della rigidità di pensiero di coloro che si fanno portavoce di diritti e desideri, bloccando la progressione e sfociando in scontri generazionali e ideologici.

Nelle narrazioni che seguono emerge un aspetto frequente all'interno dei contesti, spesso la richiesta di utilizzare la contenzione parte dalla famiglia, ma senza il mettere al centro la persona. La famiglia assume un ruolo differente rispetto a quanto riportato in precedenza, prima il *caregiver* fungeva da attore nel processo di cura, negli excerpts a seguito viene descritto come “consumatore di prestazioni sanitarie” con necessità e richieste in un'ottica di aziendalismo.

*Questa è una mia idea, a volte le contenzioni vengono messe più che a livello di ospite, di parente, non ti fanno neanche provare a vedere, provare a non mettere la contenzione. Loro arrivano e ti dicono io la voglio, sono arrivati ospiti con la sponda dall'ospedale non si è neanche provato a vedere, poi vediamo [...] Alla fine, è il familiare che decide, e se non lo fai poi ti punta il dito, tante volte non si prova neanche a fare.* [Intervista 33\_TN3]

*Si predilige il volere non dell'ospite ma del familiare più che altro perché sfido chiunque a chiedere ad un ospite se è felice di essere legato...secondo me la risposta sarebbe preferisco prendermi una botta. È ovvio che il familiare, non so perché forse non so definire questa cosa, è più semplice legare una persona. [Intervista 41\_TN3]*

Nelle precedenti narrazioni, gli infermieri descrivono degli atteggiamenti dei familiari in contrasto con la loro personale visione, riportano una pratica di contenzione prescrittiva ed impositiva, come riportato nell'excerpt dell'intervista 33 *“Loro arrivano e ti dicono io voglio...e se non lo fai poi ti punta il dito”*. Traspare amarezza nelle parole dell'infermiere poiché si sente obbligato ad attuare azioni senza provare altre strategie. Spesso l'intenzione del familiare differisce da quella dell'utente, l'infermiere lo riporta in maniera esplicita nell'intervista 41, *“Si predilige il volere non dell'ospite ma del familiare”*, riconosce la negatività di tale pratica e la contrapposizione con i reali vissuti del residente. A supporto e completamento di tali affermazioni a seguito vengono riportati altri esempi, che meglio esplicitano, forse, la motivazione che sta alla base della scelta di usare un mezzo di contenzione da parte del familiare. Da queste interviste emerge come molto spesso il coinvolgimento possa essere difficile e molto complesso, se da una parte vi sono relazioni positive e costruttive di dialogo, dall'altra molto spesso il pratico si trova a dover assecondare decisioni non condivise che vanno in contrasto con il proprio sentire.

*Dopo so che nel lavoro fatto con UPIPA l'intenzione era anche di dire anche un po' la nostra corrente di pensiero nei riguardi delle contenzioni fin dall'inizio così sapevano che era meglio non contenerli per la dignità e quant'altro e se si fosse reso necessario le motivazioni presenti. Me vedo che tanti preferiscono la contenzione piuttosto che la caduta, la maggior parte, poi ci sono alcuni che lo sanno e sono disposti alle cadute. Se una persona vede com'è il proprio caro non può dare la colpa a noi, perché il disagio lo avranno avuto anche loro a casa. Ma la maggior parte preferiscono la contenzione alla caduta [Intervista 36\_TN3]*

In questo excerpt 36, è possibile identificare la motivazione che può portare il familiare a richiedere tale pratica, preferendo l'uso della contenzione piuttosto che assistere all'evento caduta. In letteratura vi è concordanza in merito a tale richiesta e motivazione, infatti per il familiare la contenzione fornisce un certo grado di sicurezza e protezione al proprio caro (Evans et al., 2002a). Emerge una legittimazione della contenzione, il familiare non riflettere in merito ai rischi secondari che possono interessare il proprio caro. Contestualmente alle situazioni precedentemente descritte di imposizione, si assiste all'assunzione di atteggiamenti di dubbio e di non condivisione da parte della famiglia. In



alcuni casi si oppongono alla contenzione oppure esplicitano dubbi in merito alle reali necessità di utilizzo. La scelta di ricorrere alla coercizione per il *caregiver* può essere impattante, e spesso l'assecondare tale pratica suscita emozioni e sentimenti negativi.

(R: I familiari vengono coinvolti all'interno del processo di decisione?) *Sì, vengono informati in merito alla necessità di provvedere a una contenzione.* (R: E come reagiscono a questa proposta?) *Alcuni bene, forse ci sono stati dei casi in cui erano più titubanti, ad esempio in merito all'uso delle manopole per evitare che il paziente si strappasse la centrale. Durante l'applicazione di questa contenzione la figlia era molto ...piangeva, l'ha vissuta molto male.* [Intervista 21\_VR5]

*Non accettavano nessun tipo di contenzione perché anche loro vedevano come papà quello che era marito di questa famiglia lo vedevano... non riuscivano ad accettare questa condizione, poi strada facendo si sono accorti che era a rischio caduta, rischio di andare via, a parte che una volta l'abbiamo trovati in centro S.G.... si è anche questo, perciò dopo anche questo anche loro hanno accettato con fatica la contenzione che è stata fatta* [Intervista 25\_VR1]

Da questi excerpts è possibile capire come questa pratica sia fortemente legata alla soggettività delle persone. Si può assistere a una disconnessione rispetto alle proprie credenza ma può anche accadere l'esatto contrario, e quindi un forte attaccamento a ideali e credenze fortemente personali che entrano in contrasto con la realtà dei contesti residenziali. Opposizioni che sono naturali e che hanno il diritto di essere espresse, perché se la scelta è di dare voce alla sfera familiare è allo stesso tempo necessario accettarne le posizioni e i vissuti. Nello studio di Saarnio & Isola (2009) emerge come l'utilizzo delle contenzioni possa creare sentimenti di disagio, paura e rabbia. Tali elementi emergono anche nell'intervista 21, la figlia della residente ha vissuto molto male la decisione di utilizzare la contenzione tanto da farla arrivare al pianto. L'infermiere intercetta il disagio ma non si attiva per gestire la situazione in un altro modo proponendo delle alternative.

L'esperienza di avere un familiare contenuto può risultare ambivalente, possono emergere percezioni opposte; da una parte si può assistere ad una esperienza di positiva accettazione, ma dall'altra ad una esperienza negativa caratterizzata da sentimenti di rabbia e tristezza oppure di disaccordo in termini più generali. In altre situazioni il vedere il proprio familiare soggetto a contenzione, suscita intolleranza e considerata come una pratica degradante. Alcuni familiari vedono la contenzione fisica come un momento critico, come una mancanza di speranza nei confronti del ricovero, sottolineando di conseguenza

un sentimento di impotenza, tale aspetto emerge nell'intervista 25. In un recente studio qualitativo, condotto nelle *home care* in Belgio da Scheepmans et al. (2014), viene valorizzato il ruolo chiave della famiglia nel processo di *decision – making*. Quest'ultimi aiutano i professionisti a scegliere o meno di utilizzare le contenzioni fisiche, e che cosa può complicare o facilitare questo processo. Tale cooperazione emerge nella quasi totalità delle interviste, la relazione che si instaura a domicilio è spontanea e forte ma anche nel contesto residenziale appare rilevante e forte il legame tra la famiglia e gli infermieri i quali lavorano assieme per cercare di trovare la migliore soluzione. In alcuni casi la famiglia assume un ruolo dominante imponendo le proprie visioni e mettendo in situazioni difficili gli infermieri, in particolar modo nei casi in cui le richieste entrano in contrasto con il benessere del paziente.

#### **5.4 Prassi implicite nel contesto e policy aziendali**

La pratica della contenzione è molto spesso influenzata da dinamiche organizzative e dal contesto all'interno del quale si declina tale pratica; dalla letteratura ad oggi prodotta è evidente come la cultura organizzativa delle *nursing homes* sia diversificata e influenzata da diversi fattori. La prevalenza infatti è differente a seconda del paese, e le policy nazionali e regionali determinano modifiche nelle scelte e approcci in merito alla gestione organizzativa.

Tali diversi approcci si diversificano all'interno della stessa nazione e regione in cui si trovano collocate le diverse strutture, a livello nazionale non vi sono specifiche raccomandazioni in merito a come gestire le contenzioni fisiche. Come già affrontato nel capitolo introduttivo in merito ad aspetti normativi e indicazioni dettate dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019). Nelle interviste a seguito appare evidente poi come ogni singola struttura abbia deciso di recepire tali indicazioni, alcuni hanno stilato protocolli e procedure, altri invece sono rimasi ancorati a pratiche routinarie e ancorate al passato.

*Si segue un protocollo, e dopo una riunione di equipe vengono segnalati i problemi, si informa il medico e con il medico si valuta che tipo di contenzione si può mettere, quando metterla (giorno/notte o solo di giorno in carrozzina-seggione), poi dopo applicazione si fa una sorveglianza e si valuta se: ben tollerata, non tollerata, se ci sono problemi psicologici (ansia, pianto...). [Intervista 6\_TN1c]*

*Sul piano quasi tutti, sul piano ci sono 35 pazienti. Chi non ha nessuna contenzione sono solo 4 utenti su 35 presenti al mio piano. [...] L'unica linea guida è che quando manca il medico noi infermieri siamo autorizzati a mettere dei mezzi di protezione solo per quanto riguarda il nostro orario di lavoro. Quindi solo per le ore di effettivo servizio il collega che subentra rivaluta e decide per il suo turno come gestire la persona, altrimenti non ci sono linee guida che ti dicono "se il paziente è agitato, se si alza...". Qui si è deciso che la decisione di applicare una contenzione non deve essere presa in autonomia ma con l'equipe. [Intervista 7\_TN1b]*

Nei precedenti excerpts emergono elementi comuni ma anche elementi contraddittori, le interviste appartengono a infermieri che operano in strutture periferiche diverse ma appartenenti alla stessa struttura madre; tuttavia, la consapevolezza dei protocolli e il contenuto di tali documenti non appare uniforme. Nell'intervista 6 l'infermiere sottolinea come la decisione di utilizzare una contenzione debba essere sempre assunta in maniera congiunta e seguendo una serie di fasi. Mentre, nell'intervista 7, l'infermiere sottolinea l'importanza della condivisione solo a conclusione del processo; l'intervistato ha preferito sottolineare l'autonomia di azione decisionale infermieristica in riferimento a casi di urgenza e necessità, quasi una forma di auto-determinazione e valorizzazione professionale. Da questi due esempi è possibile notare come in uno stesso contesto, la medesima pratica venga affrontata e gestita dal singolo professionista in modalità differenti. Le policy organizzative possono stimolare un'azione univoca in differenti strutture ma l'elemento chiave sta nella diffusione interna e nella condivisione del materiale, è questo l'elemento cruciale che porta il professionista a recepire le linee guida con una possibile influenza attuativa a seconda del professionista. L'utilizzo della contenzione, come pratica operativa all'interno dei contesti, è determinato anche da linee guida e protocolli poco dettagliati in merito a come gestire determinate situazioni, come riporta lo stesso infermiere nell'intervista 7 *"non ci sono linee guida che ti dicono se il paziente è agitato, se si alza..."*, sembra quindi emergere una mancanza di dettaglio e approfondimento di tali strumenti.

Un altro aspetto che emerge è l'importanza di garantire nel tempo un monitoraggio e valutare la tolleranza della contenzione sulla persona; tali azioni vengono riportate all'interno dei protocolli cercando di dare una tempistica precisa per la rivalutazione ed evitare quindi una forma di applicazione cronica senza una successiva riflessione in merito all'effettiva necessità.

*C'è una procedura che non ricordo a memoria ma ci aiuta. Sia prima che durante vi è sempre la valutazione della contenzione. Viene rivalutata ogni tre mesi con la dottoressa ed altri professionisti. [...] Non è utilizzata tantissimo, perché secondo me il rapporto paziente infermiere oppure OSS è inferiore rispetto ad altri contesti quindi si riesce a gestire meglio le situazioni critiche. [Intervista 10\_TN1b]*

*Noi infermieri decidiamo solo sabato e domenica festivi e dopo le 16. C'è una procedura, un percorso che viene fatto. Noi ogni 3 mesi circa ci troviamo con coordinatore, infermiere, OSS e fisioterapista e più avanti verranno coinvolti anche i medici, e si cerca di togliere. [...] Allora noi ogni entrata, noi di solito compiliamo con l'OSS un modulo per 48 ore e si segnalano comportamenti come agitazione. [Intervista 33\_TN3]*

Dagli excerpts emergono due aspetti fondanti in merito ai protocolli, nell'intervista 10 viene sottolineata l'importanza della presenza di tali strumenti, soprattutto poiché presenti indicazioni in merito alle fasi di valutazione e monitoraggio della tolleranza e tempistiche da rispettare. Mentre nell'intervista 33, si aggiunge un elemento già evidenziato in precedenti excerpts, ossia la condivisione multiprofessionale che porta il team a riflettere congiuntamente e cercando di rimuovere contenzioni non più necessarie. Da ciò si può evincere come tale pratica sia in continuo divenire, e soggetta a continue messe a punto; tali elementi sono presenti in tutte le interviste, risultati che entrano in contrasto con le evidenze ad oggi disponibili che descrivono tale pratica come consolidata e routinaria all'interno dei contesti delle residenze per anziani. Nelle interviste non emergono elementi di cronicizzazione e non ri-valutazione, infatti quando possibile si dedicano alla discussione sollevando e discutendo le scelte prese con il familiare. Negli esempi riportati a seguito emerge in maniera chiara e molto dettagliata tutto il processo che viene seguito all'interno delle strutture.

*Se è una cosa da fare con urgenza si interpellano i responsabili di struttura, gli assistenti sociali e l'infermiere, queste sono le figure principali se non si può attendere la riunione. Dopo l'assistente sociale convoca i parenti, e se dopo la convocazione da noi esce la decisione si chiede ai parenti e se l'ospite è in grado di intendere e di volere si interPELLa anche lui ovviamente. Poi eventualmente si procede, si cerca di capire la contenzione più adeguata, per esempio il cinturino lo abbiamo escluso subito, abbiamo scelto il tavolino visto che aveva un braccio ingessato. Ovviamente dopo tutto il percorso che ti ho detto in cui nell'equipe fa parte il medico. Dopo tutto questo processo l'assistente sociale convoca*

*il familiare che sottoscrive. Poi il consenso alla contenzione viene rinnovato ogni 3 mesi o 6 mesi dipende dal tipo di contenzione. Vi è una copia in ogni cartella, terapia, cartella ospite e degli operatori quindi ognuno ha davanti. [Intervista 18\_VR4]*

*Si decide in equipe quando fare una contenzione ad un ospite, poi vengono fatti dei monitoraggi, 3 giorni di monitoraggio per vedere se l'ospite l'accetta bene o male ed in base a questo si decide se lasciarla o meno. Se un ospite non la sopporta, ed è ancora più agitato allora si trova un'altra soluzione che solitamente è la soluzione farmacologica. Anche noi come infermieri possiamo decidere, quando non c'è il medico il sabato e la domenica, in emergenza se è il caso di fare una contenzione o meno ma poi questa il giorno dopo e quando si parla con il medico si conferma o meno. Anche perché magari si una per un paio d'ore, e poi si toglie. [Intervista 41\_TN3]*

Nell'intervista 18 vengono messi in evidenza da parte dell'intervistato tutte le fasi che legittimano e giustificano tale pratica; la sistematizzazione permette di rispondere alle necessità avanzate dal Codice Deontologico e alla normativa in merito all'utilizzo dei mezzi di coercizione (Codice deontologico dell'infermiere, art.35). La temporalità risponde al concetto di caso eccezionale e temporaneo, trovando anche supporto in letteratura, dove emerge l'importanza di attuare un processo decisionale temporale, reversibile e variabile rispetto alla decisione assunta su uno specifico paziente (Goethals et al., 2013b). Emerge anche l'importanza della registrazione all'interno della cartella clinica, per lasciare traccia del percorso e dei ragionamenti che hanno guidato la scelta, come elementi importanti per giustificare l'utilizzo. Tali aspetti sono in parte affrontati nello studio qualitativo di Jakobsen & Sørli (2010) che sottolinea l'importanza della scrittura con lo scopo di lasciare traccia nella documentazione clinica. È evidente, nell'intervista 41, l'importanza di garantire la rivalutazione delle singole situazioni e tali momenti permettono al professionista di accertarsi della tolleranza e nel caso in cui vi siano delle problematiche cercare di trovare una soluzione. Il concetto della temporalità emerge anche in questo excerpt portando in rilievo il fatto che le contenzioni sono contestate e tempo situate e quindi soggette a rivalutazioni periodiche.

Le indicazioni procedurali in merito alla contenzione influenzano il processo decisionale dei professionisti così come la disponibilità delle linee guida, la presenza e/o assenza di policy eticamente orientate e aspetti legali in relazione al metodo coercitivo. Tali variabili sono spesso parametri che i professionisti prendono in considerazione nelle loro

decisioni, e la presenza di tali indirizzi aiutano il professionista a ricorrere il meno possibile al contenimento dell'utente.

La presenza di indicazioni e raccomandazioni è largamente diffusa nella maggior parte delle strutture residenziali, tuttavia, come in precedenza sottolineato, vi posso essere approcci diversi a seconda dei professionisti e la mancanza di chiarezza di molte procedure determina una sorta di ricorrenza routinaria, standardizzata e scarsamente riflessiva della contenzione. Nelle interviste che seguono emergono degli aspetti molto complessi e articolati che devo essere osservati con sguardo riflessivo e attraverso gli occhi di coloro che quotidianamente si trovano a lavorare in questi contesti.

*Per me si adotta la contenzione forse con troppa superficialità forse per mancanza di consapevolezza di cosa stai facendo secondo me... anche quando si presentano i familiari nei colloqui di pre-ingresso... allora io sento che noi infermiere siamo poco coinvolte nei colloqui di pre-ingresso, io spero che magari nel futuro molto più spesso possiamo venire coinvolte in questi colloqui, perché c'è solo l'operatore che fa il responsabile di nucleo che comunque è un operatore e propone al familiare di mettere le sponde nel letto e la proposta viene fatta ammorbidita "così l'ospite si aiuta e si può girare da solo" quando magari effettivamente l'ospite è immobile non si aiuterà mai girarsi... nel senso va bene la sponda perché può succedere che uno abbia un movimento improvviso e cada dal letto e succede l'imprevedibile... però ecco troppa superficialità e di conseguenza resistenza a togliere. [...] Perché quando si fa la proposta... noi abbiamo un'equipe e ci si vede, si fanno degli incontri, quando si propone questa cosa. [Intervista 31\_VR1]*

Nell'intervista 31 l'infermiere porta la sua visione di come tale pratica viene gestita all'interno della sua struttura, traspare amarezza poiché come professionisti non si sentono coinvolti nel processo decisionale. Spesso la scelta di applicare la contenzione viene presa come una sorta di "intervento infermieristico routinario", con una conseguente resistenza poi nella rimozione. Tale visione è confermata anche in letteratura, molti studi qualitativi riportano spesso che la scelta di usare una contenzione non è il risultato di un processo ponderato. L'utilizzo della contenzione sembra essere parte integrante nell'assistenza infermieristica, e il *decision-making* è spesso basato su routine e/o tradizioni piuttosto che su un *assessment* individuale condotto sull'utente (Chuang & Huang, 2007; Saarnio & Isola, 2010; Möhler & Meyer, 2014). Infatti, in questo excerpt la situazione descritta fa emergere come la proposta di contenzione venga avanzata senza reali motivazioni a supporto. La mancanza di un *assessment* della situazione e sul paziente fa emergere una

scarsa riflessione che determina difficoltà nella rimozione e forme di resistenza da parte del team.

All'interno delle strutture coinvolte vi sono interviste a professionisti dedicati all'assistenza di residenti religiosi, nucleo che prevede un'organizzazione differente rispetto agli altri nuclei della stessa struttura; nell'esempio a seguito è possibile notare una contrapposizione tra visione laica e visione religiosa.

*Quasi tutte hanno le sponde, il problema è che quasi tutte... cioè se la suora che lavora lì non si fa il problema se c'è o meno la prescrizione, tiro su e metto la sponda. [...] È una routine, metto a letto e tiro su [...] una pratica di routine non c'è mai un evento drastico. [...] Sul wandering, dalle suore la situazione è diversa. Nel senso che, c'è anche un aspetto culturale vecchio, se ti muovi ti contengo. Quindi si lo vedo legato a questo. Assolutamente no [non c'è condivisione], lo faccio, se mi ricordo lo dico al medico e speriamo che l'infermiera si ricordi di fare la prescrizione. [Intervista 15\_VR2]*

Nell'intervista 15 emerge un aspetto molto delicato che necessiterebbe un'analisi dettagliata e articolata che affronti non solo la dimensione pratica ma anche filosofico-religiosa. È evidente una contrapposizione tra la visione laica del professionista e la pratica avanzata da una collega con affiliazione religiosa. Viene descritta una situazione routinaria scarsamente riflessiva e fortemente ancorata a pratiche del passato che, a parere dell'intervistato, non sono legittime. I dati emersi sottolineano la difficoltà nell'eradicare dalle prassi l'approccio routinario alla contenzione a causa della mancanza di protocolli specifici e di condivisione all'interno del team. Emerge un approccio centrato su prassi implicite che perde la centratura sulla persona e di conseguenza la ricerca del bene verso l'altro.

In sintesi, le interviste descrivono un approccio comune e valorizzano la creazione di linee guida e protocolli per ridurre la libera azione sulla pratica delle contenzioni, uniformare la pratica ed evitare diversi approcci a seconda dei diversi professionisti. Tuttavia, tali raccomandazioni non hanno il potere di annullare la variabilità soggettiva, poiché soprattutto nel fine settimana ogni professionista in molte strutture coinvolte ha la facoltà di decidere se ricorrere all'utilizzo di un mezzo coercitivo. Rimane invece fortemente raccomandata la condivisione non appena possibile, il confronto tra professionisti ha lo scopo di evitare che le decisioni vengano prese in autonomia dal singolo professionista. Anche il monitoraggio è un aspetto che deve essere presidiato e garantito durante tutte le fasi. I risultati trovano riscontro in letteratura, infatti i fattori che portano ad utilizzare

maggiormente le contenzioni sono: le prassi consolidate nel contesto, le false credenze, la mancanza di linee guida condivise e le ridotte conoscenze del personale in merito alla filosofia contenzione-*free* (Saarnio & Isola, 2009). L'assenza di una adeguata condivisione dei protocolli sulla contenzione all'interno dei contesti è evidente in alcune interviste. Infatti, vi sono professionisti appartenenti alla medesima struttura che non sono a conoscenza dell'esistenza; altri li seguono parzialmente ed altri ancora li conoscono nel dettaglio e ne riconoscono l'importanza. La disomogeneità all'interno delle stesse strutture contribuisce a creare confusione tra professionisti che si traduce su un'assistenza all'utente disomogenea e disorganizzata.

In linea con i risultati, anche altri autori sottolineano l'importanza di policy organizzative documentate per iscritto con protocolli e flow-chart decisionali che stimolino i professionisti alla riflessione ed aumentino le conoscenze in merito alle pratiche alternative. Creare una documentazione che funga da guida al professionista e che lo coinvolga attivamente, stimolandolo al garantire sicurezza e appropriata sorveglianza al paziente (De Veer, Francke, Buijse, Friele, 2009; Scheepmans et al., 2014).



## 5.5 Modalità di applicazione della contenzione

La scelta e le modalità di applicazione delle contenzioni sono un aspetto articolato e complesso quindi la decisione non è immediata e univoca ma presenta sfumature diversificate. Come esposto in precedenza la scelta di applicare una contenzione fisica all'utente è una scelta che viene presa, per la maggior parte delle volte, dall'infermiere. Decisione che si può tradurre in diverse modalità che partono dalla scelta di una applicazione automatica fino ad arrivare ad una scelta quasi imposta dall'inefficacia di interventi alternativi oppure in situazioni complesse non gestibili in altre modalità. I fattori predisponenti la contenzione sono molto dibattuti in letteratura, e spesso anche la decisione di usare un mezzo coercitivo in maniera automatica nasce anche da situazioni emerse ed accorse nella pratica quotidiana, esperienze che inevitabilmente lasciano un segno nel professionista influenzando le sue azioni future.

### 5.5.1 Applicazione automatica da parte dell'operatore

Spesso la scelta di utilizzare queste modalità di gestione nasce da una condizione specifica e riconducibile a delle situazioni standardizzate. Dalle interviste emergono delle condizioni ricorrenti riportate dai professionisti che quotidianamente si trovano a dover gestire determinati pazienti in determinate situazioni. Nei seguenti excerpts emergono delle circostanze ricorrenti come l'istituzionalizzazione di nuovi residenti oppure utenti che accedono presso il servizio per periodi di sollievo e riabilitazione.

*Ospite da casa a rotazione, senza alcuna prescrizione di contenzione. La prima notte ci si è accorti che aveva bisogno di essere contenuto, vagava e scivolava a terra. Per cui si era deciso che per un tot di ore di mettere le sponde e di controllarlo. La difficoltà è stata la scarsa conoscenza della persona [Intervista 11\_TN1b]*

*Mi preoccupa che potrebbe farsi del male, è capitato che è stato trovato per terra. Quando entra un nuovo ospite, non conoscendolo bene come per un periodo di viene messa una sponda per prevenzione notturna viene messa in automatico. [Intervista 32\_VR3]*

Come si può evincere da questi estratti emerge come elemento di criticità l'avere un utente per un periodo di sollievo oppure un nuovo ingresso; tali condizioni guidano e influenzano

il professionista ad applicare una contenzione in maniera automatica, considerando come elemento di criticità la non conoscenza dell'ospite e quindi l'incertezza comportamentale. La mancanza di dati in merito alle abilità della persona e le usanze a domicilio e/o in ospedale crea nel professionista un sentimento di incertezza e di preoccupazione che lo portano ad applicare una contenzione in previsione di ipotetici e possibili danni. L'importanza di conoscere il *background* storico dell'utente, in merito all'utilizzo della contenzione, è già stata valorizzata in uno studio di Saarnio & Isola (2010); nel loro studio sottolineano l'importanza della conoscenza della storia pregressa e riconoscendo il diritto all'autodeterminazione del paziente. Gli infermieri sottolineano l'alta imprevedibilità e il senso di incertezza gestionale, condizioni che influenzano le scelte e inducono ad usare la contenzione in una prima fase, ma che non escludono una successiva rivalutazione del residente.

#### 5.5.2 Applicazione per tipologia di utente

Diversamente da quanto espresso in precedenza, spesso il professionista nella pratica quotidiana dove prendere decisioni considerando come discriminanti la diagnosi di malattia, le condizioni cliniche e motorie. Elementi che assumono connotazioni differenti a seconda dei pazienti, ma che molto spesso portano il professionista a delineare dei profili di paziente a maggior rischio di eventi critici e quindi candidati ad essere contenuti. Molto spesso i fattori che predispongono gli utenti sono sempre elementi che possono ricondurre oppure generare situazioni di rischio per la sicurezza della persona assistita. Condizioni secondarie ad alterazioni cognitive, che non permettono la totale consapevolezza dei rischi, oppure affezioni motorie, che rendono la marcia instabile.

Negli excerpts che seguono è possibile dividere in due macroaree di rischio tale predisposizione: elementi legati a patologie cognitive, come la demenza e relativi comportamenti patologici come il *wandering* (vagabondaggio a finalistico della persona) oppure disturbi del comportamento come aggressività verso sé stesso oppure verso gli altri. Un'altra sfera trasversale è quella delle alterazioni motorie e dipendenza funzionale che determina una perdita di autonomia nell'attuazione delle attività di vita quotidiana. Negli esempi riportati all'interno degli excerpts è evidente che la scelta di ricorrere alla contenzione parte dalla volontà del professionista di mantenere in sicurezza la persona ed evitare che possa farsi del male, ossia il concetto di sicurezza in termini di prevenzione delle cadute.

*Il decadimento cognitivo, non però il wandering e persone che hanno ancora la mobilità conservata. Quando si assiste ad agitazione psicomotoria, tentativi di alzata dalla carrozzina, scivolamento dalla carrozzina o comportamenti da deterioramento cognitivo grave che potrebbero portare l'ospite a farsi male. Mentre se è un deterioramento cognitivo con mantenimento della mobilità, con wandering non le applichiamo, al massimo mettiamo il letto Alzheimer. [Intervista 2\_TN1b]*

*Poi dall'altra penso all'anziano con demenza non si rende conto del rischio che sta correndo quindi se devo fare un bilancio tra il danno psicologico ed il rischio di caduta, di farsi male. [Intervista 18\_VR4]*

Nell'excerpt 2 l'intervistato attua una riflessione critica definendo il *wandering* manifestazione comune negli utenti con declino cognitivo e quindi non considerabile elemento di rischio per la sicurezza della persona. Infatti, sottolinea che l'applicazione dei mezzi di coercizione non deve essere prevista e non dovrebbe essere applicata ad utenti con vagabondaggio e con funzionalità motoria conservata, ma solo in utenti con decadimento cognitivo. Nell'intervista 18 l'infermiere riflette sull'importanza del ponderare la scelta di utilizzare la contenzione prima di applicarla. Egli infatti riflette in merito ai rischi non solo fisici ma anche psicologici; spesso gli utenti difficilmente percepiscono gli elementi di rischio ma ciò non giustifica l'utilizzo della contenzione senza riflettere sulle implicazioni emotivo-psicologiche.

In contrasto con tali approcci emergono riflessioni in merito agli utenti con declino cognitivo e malattia di Alzheimer; a seguito gli intervistati sottolineano come non siano sempre necessari tali mezzi per la gestione di residenti affetti da tali patologie.

*L'Alzheimer viene utilizzata molto la contenzione fisica secondo me forse in certi casi non dico che si potrebbe evitare ma magari utilizzarla solo in alcune fasce della giornata... viene usata tantissimo perché tanti ospiti in vagabondaggio che però non sono più tanto stabili sulle gambe. [Intervista 30\_VR1]*

Nell'excerpt emerge una riflessione critica del professionista nei confronti della prassi attuata su alcuni utenti con problematiche legate alla sfera cognitiva, egli non fa una mera critica ma cerca di identificare delle possibili soluzioni, come ad esempio l'utilizzo della contenzione in determinate fasce della giornata per favorire il riposo al residente. Un aspetto importante che fa emergere le competenze di *problem solving* del personale

infermieristico, anche se in alcuni casi non riescono ad attuare quanto ipotizzato. Dai dati appaiono diversi approcci alla gestione dell'utente con vagabondaggio. Infatti, la letteratura disponibile concorda nell'affermare l'importanza di lasciare libero di deambulare l'utente, poiché si tratta di una manifestazione della malattia è quindi preferibile supervisionare la persona evitando il confinamento a letto o in carrozzina. Nell'intervista a seguito l'infermiere riconosce l'importanza di non utilizzare la contenzione preferendo la libertà di movimento dell'utente.

*Mentre per quanto riguarda i pazienti con demenza, wandering fin che possono cerchiamo di lasciarli liberi perché contenerli in carrozzina è veramente traumatico.* [Intervista 7\_TN1b]

L'intervistato 7 riflette in merito non solo alle necessità dettate dalla patologia ma anche alle conseguenze che la contenzione può determinare nella persona. Cerca di contestualizzare le proprie scelte analizzando il *wandering* come una manifestazione della malattia che non deve essere soppressa, poiché tale scelta potrebbe portare a conseguenze traumatiche per la persona. La volontà riflessiva del professionista non è riscontrabile in tutte le interviste condotte, infatti vi sono infermieri scarsamente riflessivi che non provano ad andare in approfondimento in merito alle scelte prese ed alle relative conseguenze.

*In linea di massima gli ospiti con declino cognitivo grave, non vi è altra possibilità di sicurezza. Anche perché a loro non cambia niente, se c'è la sponda o meno, a te invece cambia tantissimo.* [Intervista 37\_TN3]

Nell'intervista 37 l'infermiere considera la contenzione unica possibilità per la gestione dell'utente con declino cognitivo grave, una sorta di prassi consolidata ed efficace. Tale aspetto emerge in letteratura, nello studio di Koch et al. (2006), e viene definita "*Being as it is always been*", ossia essere come è sempre stato senza tentare di attuare altri approcci. Con tale affermazione viene riportato un pensiero comune negli intervistati, ossia che la contenzione è sempre accettata come una buona pratica e parte delle azioni di cura, investendo lo staff della funzione di garante della protezione del residente.

Un altro elemento di rischio identificato dagli intervistati è l'agitazione psicomotoria e i sintomi neuropsichiatrici, manifestazioni comunemente presenti negli utenti con declino cognitivo. Nell'excerpt 23 viene riportato un esempio che sottolinea la complessità

gestionale di tale disturbo, e che comporta inevitabilmente la scelta di utilizzare una contenzione.

*Quegli utenti dove di notte hanno un'agitazione psicomotoria molto elevata [...] ovviamente si fa un passo alla volta...le sponde non bastano più, cercavano di scavalcare letto... qualcuno è anche riuscito a scavalcare le sponde a letto ed è caduto...onde evitare quando l'episodio si verifica spesso si inserisce la cintura da letto [Intervista 23\_VR1]*

La manifestazione dell'agitazione è molto frequente negli utenti residenti nelle strutture residenziali e l'*assessment* di tali condizioni risulta difficile. L'infermiere sottolinea l'importanza di fare un "*passo alla volta*", vi è la volontà di comprendere meglio la situazione per poi arrivare alla decisione migliore per la persona, anche se in questo caso ha portato il professionista a scegliere la contenzione. Molto spesso viene riscontrata nei residenti più che agitazione psicomotoria una forma di iperattività e affaccendamento. Infatti, gli episodi di effettiva aggressività sono molto rari e quelli considerati come tali sono facilmente controllabili. La gestione dei comportamenti iperattivi con la contenzione fisica appare contraddittoria, infatti in un recente studio vengono riscontrate nei residenti contenuti forme di iperattività maggiore rispetto a coloro che non vengono contenuti (Kuronen et al., 2017).

Da questi excerpts emerge una sorta di stereotipizzazione nei confronti di determinati pazienti che porta il professionista ad assumere un'idea preconstituita in merito a determinati utenti con determinate patologie. Anche la letteratura europea e internazionale sottolinea la presenza di caratteristiche cliniche che possono predisporre maggiormente l'utente alla contenzione fisica, come severe alterazioni cognitive, demenza e/o delirium e ridotti livelli cognitivi (Bredthauer et al., 2005; Mamum & Lim 2005; Huizing et al. 2007; Engberg et al. 2008; Meyer et al. 2008; Scheepmans et al. 2014).

Altri fattori determinanti che possono influenzare le scelte dei professionisti sono bassi valori di score nelle scale di *Activity Daily Living* (ADL) e alterazioni funzionali e motorie. L'instabilità è uno degli elementi che viene maggiormente riportato come rischioso per il residente.

(R: Vi sono ospiti più predisposti alla contenzione?) *Sì, ad esempio ospiti con instabilità nel cammino, esiti di ictus con deficit della deambulazione [Intervista 7\_TN1b]*

(R: vi sono ospiti più a rischio?) *Sostanzialmente due tipologie di ospiti, quelli con problemi osteoarticolari piuttosto gravi, persone che hanno avuto problemi di ictus, ischemie cerebrali oppure problemi a livello centrale [...] spesso sono confusi, con problemi a carico dell'apparato locomotore e muscoloscheletrico.* [Intervista 9\_TN1b]

Nell'intervista 7 l'infermiere sottolinea come gli utenti con alterazioni motorie possano essere soggetti a maggiori rischi a causa dell'instabilità del cammino. Situazioni che determinano l'utilizzo delle contenzioni per evitare ulteriori aggravamenti delle condizioni fisiche della persona. Nell'excerpt 9 l'infermiere sottolinea la complessità clinica di alcuni pazienti, che non hanno solo alterazioni a carico motorio, ma contestualmente alterazioni cognitive secondarie ad eventi acuti come ictus ed ischemie cerebrali.

L'identificazione di una tipologia di utenti a maggior rischio di eventi avversi porta i professionisti ad attivarsi in maniera preventiva, applicando spesso anche senza reali necessità un mezzo di contenzione fisica ma inconsapevolmente aggravando loro stessi le condizioni generali dell'utente. Tuttavia, è bene sottolineare che tale aspetto emerge in maniera non sempre costante all'interno delle interviste; infatti, molto spesso si assiste a professionisti preparati e riflessivi che si attivano per recuperare informazioni ed elementi utili per comprendere le situazioni e pianificare un'assistenza centrata al caso.

### 5.5.3 Applicazione caso per caso

Se da una parte si assiste ad una standardizzazione dei pazienti, dalle interviste condotte è emersa anche una modalità applicativa basata sulle singole caratteristiche e peculiarità della persona. Emerge dalle storie di contenzione un'analisi attenta delle situazioni, delle caratteristiche della persona e la definizione degli elementi di rischio. In alcuni casi permangono preconcetti secondari alle patologie di base, ma comunque si evince la volontà dei professionisti nel cercare di capire meglio e nel dettaglio le peculiarità del singolo soggetto. In questa modalità di applicazione, definita applicazione caso per caso, emergono elementi già in precedenza emersi ma maggiormente dettagliati permettendo la valorizzazione del processo riflessivo e decisionale messo in atto dall'infermiere.

*Era un ospite, che era arrivata da poco, uno due giorni al massimo. So che aveva passato due notti in cui si alzava, avevano già attivato delle strategie, abbassato il letto e cercato in tutti i modi di evitare. Però questa signora, affetta da malattia di Alzheimer, era anche caduta ed era stata trovata a terra e stentava a reggersi sulle gambe. Questa signora nei*

*due giorni passati comunque sia si alzava ed andava in bagno, si muoveva...Mi son trovato di sera con questa signora che era caduta e non si era fatta nulla, stenta a reggersi sulle gambe perché probabilmente le dolevano. [...] (R: Era la prima contenzione che veniva applicata alla signora?) Credo di sì, perché questa signora con Alzheimer veniva da casa. Mi pare che a casa mettessero le sedie, cercavano di bloccarla in altri modi. Ho ben guardato sulle carte se c'era qualcosa, l'unica cosa che avevo letto era che anche a casa erano disperati di questa situazione, ed i suoi continui tentativi di fuga. [Intervista 9\_TN1b]*

Nell'excerpt 9 emerge l'importanza per l'infermiere di recuperare le informazioni dalla famiglia per decidere gli interventi pertinenti alle condizioni e *background* della signora. Ricostruire la storia e recuperare informazioni personali sono elementi utili perché guidano il professionista nella scelta degli interventi più adatti alla persona, ed in un certo senso lo guidano nel processo decisionale. La conoscenza dei residenti è quindi un elemento importante per il personale infermieristico una sorta di prerequisito necessario che guida la personalizzazione dell'approccio e degli interventi.

L'importanza della conoscenza dell'utente emerge soprattutto nel momento dell'istituzionalizzazione di nuovi residenti, tale situazione porta il professionista ad attuare delle valutazioni della situazione, come emerge nell'esempio a seguito riportato.

*Allora una molto recente era un ospite appena entrato, che prima di fratturarsi, aveva una serie di problematiche camminava in autonomia. [...] una signora che più volte si è alzata da sola dalla carrozzina con un'andatura instabile e li abbiamo proposto di mettere il cinturino dopo una serie di discussioni e confronti è stato deciso di metterla e tutt'ora ce l'ha. [...] semplicemente disorientato il primo giorno in una struttura nuova, secondo me è un caso particolare fino ad una settimana prima di cadere si arrampicava sugli alberi dell'orto. Secondo me un po' dello stato di disorientamento non si rendeva neanche conto di ciò che era accaduto poco tempo prima. [Intervista 18\_VR4]*

In questo excerpt 18 emerge da parte dell'infermiere la volontà e la necessità di trovare la soluzione più confacente alla persona, cercando di riconoscere quali possono essere stati gli elementi che hanno determinato il disorientamento del nuovo residente. L'obiettivo dell'infermiere è quello di comprendere gli elementi che hanno peggiorato l'orientamento del residente e ridurre lo stress favorendo il processo di adattamento al contesto; tale approccio riprende in parte la filosofia dell'adattamento avanzata da Dorothy Johnson (Saiani & Brugnolli, 2014). In questo esempio emerge l'importanza del processo di valutazione del singolo utente in relazione alla situazione specifica, tale approccio entra in

contrasto con la tendenza a considerare la gestione della contenzione come priva di elementi di valutazione da parte del personale infermieristico. Molto spesso si assiste a situazioni complesse, che richiedono un immediato *problem solving* da parte del professionista, il quale cerca in diversi modi di evitare la contenzione, ma non sempre riesce ad ottenere tale scopo.

*Fatalità se posso raccontare una mia esperienza eravamo di notte che giriamo tutti piani purtroppo quella notte ero il primo piano dove abbiamo pazienti con Alzheimer e demenza senile e questo paziente che non era stato ancora aggiornato il protocollo per la contenzione dopo le due volte che si è alzato dal letto da solo ha scavalcato le sponde che aveva già le sponde come si è alzato ha voluto anche allungare le mani all'operatore che c'era, l'operatore e l'infermiere che era venuto a intervenire lui per primo e mi ha telefonato dicendomi "vieni qui che non riusciamo a gestirlo...", io personalmente in quel momento in quel momento ho detto visto che ha scavalcato due volte le sponde e anche aggressivo le terapie non voleva prendere in nessun modo perché era abbastanza cioè camminava riusciva a parlarti solo che irrequieto. [Intervista 25\_ VR1]*

Nell'excerpt 25 l'infermiere esplicita elementi di criticità che quotidianamente si possono verificare all'interno delle strutture residenziali; il personale ridotto durante il turno notturno, l'inefficacia delle precedenti strategie, comportamenti del residente difficili da gestire in autonomia sono tutti elementi che entrano in gioco e influenzano il processo decisionale. Dall'estratto traspare la complessità nel gestire determinate situazioni, spesso il lavoro in team non è sufficiente oppure la situazione assume una traiettoria molto articolata da impedire azioni alternative alla contenzione.

Dagli excerpts emergono elementi di accertamento e di dettaglio importanti per la concettualizzazione ed avvio del processo decisionale; le valutazioni approfondite hanno l'obiettivo di colmare le mancanze e di ridurre al minimo le possibilità interpretative permettendo di rimanere il più fedeli possibili alle peculiarità del soggetto e del contesto. Dalle interviste si possono ricavare una serie di componenti: l'importanza di idealizzare l'immagine del paziente, aspettare e dare una chance al paziente. Il raccogliere informazioni permette di delineare il *background* storico del paziente e le sue caratteristiche, quindi non si tratta di un processo lineare ma caratterizzato da una serie di tappe e fasi specifiche. La fotografia del paziente deve considerare sia aspetti clinici che funzionali per poi poter attuare un processo decisionale personalizzato. Così come la conoscenza del soggetto anche il contesto gioca un ruolo chiave e influenza la scelta finale



del professionista (Gjerberg et al., 2013; Saarnio et al., 2010). Nell'intervista 25 in maniera sfumata emerge come la situazione complessa possa influenzare la scelta di ricorrere ad una contenzione, situazioni non ricorrenti ma rare e complesse. Nel paragrafo a seguito vengono analizzate nello specifico azioni eccezionali che non lasciano alternative di scelta al professionista.

#### 5.5.4 Utilizzo della contenzione in situazioni eccezionali

Dallo studio emerge una componente di in-evitabilità che induce l'infermiere a dover ricorrere alla contenzione come ultima alternativa, dopo interventi risultati inefficaci oppure per gestire particolari condizioni. La scelta di utilizzare questa pratica è conseguenza di un percorso complesso e caratterizzato da una traiettoria che inizia ancora prima di decidere di applicare la contenzione. Spesso quindi il punto di avvio non è chiaro, molto spesso gli infermieri attuano una serie di azioni che rimangono sottese e non visibili. I professionisti attuano interventi alternativi alla contenzione per la gestione di specifiche situazioni, ma in alcuni casi non risultano efficaci. La scelta di usare un mezzo coercitivo non è esente da riflessioni etiche per l'infermiere, e tale coinvolgimento è evidente negli excerpts a seguito.

*No, non è stata la prima scelta...è stata trattenuta a guardare la televisione in saletta con altri ospiti ma continuava a girarsi...quel giorno era successo che i figli le avevano raccontato un qualcosa che poi l'ha agitata...lei però non in grado di elaborare l'informazione era ingestibile, qual giorno era caduta 2-3 volte rischiando di farsi male e rompersi il femore. [Intervista 6\_TN1c]*

*Ho alzato le sponde ed ho avvisato la dottoressa, prima ho provato in tutti i modi: con il rapporto a uno a uno non aveva funzionato, abbiamo provato ad assecondarla facendole la doccia, due secondi dopo l'abbiamo trovata spogliata che voleva nuovamente farsi la doccia [...] Fino alle 10.00 abbiamo provato ad assecondarla poi abbiamo deciso di provare con le sponde. Prima di metterla a letto ho provato per due ore, ho cercato di evitarlo il più possibile. [Intervista 10\_TN1c]*

Nei precedenti excerpts l'infermiere cerca in tutti i modi di attuare diverse strategie per gestire una determinata situazione, un percorso che implica un notevole investimento di vissuti cognitivi e affettivi da parte del professionista. Nell'intervista 10 emerge una forte

personalizzazione, per cercare di aiutare la persona con impossibilità d'espressione; il professionista ha messo in pratica una serie di azioni assistenziali cercando per diverse ore di assecondare la residente, ma poi ha dovuto applicare le sponde a letto nonostante abbia cercato di evitarle per il maggior tempo possibile. Anche nell'intervista 6 è possibile ritrovare lo stesso approccio intenzionale di evitamento della contenzione in prima istanza, ma che poi in seguito all'inefficacia degli interventi è risultata necessaria l'applicazione del mezzo per evitare rischi alla persona. La conoscenza del paziente è un prerequisito fondamentale che aiuta e guida il professionista ad affrontare situazioni complesse, tuttavia non è sempre sufficiente per evitare la contenzione. Tale concetto è emerso in molte interviste, infatti, gli stessi professionisti sottolineano tale inevitabilità utilizzando la metafora dell'ultima spiaggia o ultima alternativa.

*Prima della contenzione vi sono altre strade da seguire, la contenzione è quindi l'ultima spiaggia. [...] No no, la supervisione viene attivata da tutti. Anche gli operatori sono i primi a controllare in soggiorno, e garantire la sicurezza di tutto il reparto. Era proprio una cosa ingestibile, non si riusciva...ho provato a vedere che non avesse male, magari il fattore agitazione poteva essere scatenato dal dolore, le abbiamo provate tutte. [Intervista 5\_TN1b]*

*È utilizzata in casi estremi proprio quando non c'è niente altro da fare. Come ultima possibilità, direi che non è utilizzata tantissimo. Non è un'abitudine di contenere gli ospiti, ma solo in casi gravi e necessari. [Intervista 11\_TN1b]*

Gli intervistati sottolineano che l'applicazione della contenzione nasce come risultato di un percorso, caratterizzato da una serie di azioni inefficaci e poco rispondenti alle necessità della persona. Nell'intervista 11 e 5 viene sottolineato dai professionisti che non si tratta di una pratica abituale, ma attuata solo per casi selezionati e necessari, come ultima spiaggia. Anche nei precedenti excerpts, dell'intervista 6 e 10, è evidente lo stato di necessità e di inevitabilità; un aspetto nuovo che emerge in maniera sfumata nello studio qualitativo di Gjerberg et al. (2013), gli infermieri cercano di attuare una serie di approcci per prevenire l'uso della coercizione ("last resort").

Negli excerpts a seguito emerge invece l'utilizzo della terapia farmacologica come metodo alternativo e a supporto della contenzione fisica. Tale intervento viene vissuto dall'infermiere non in un'ottica negativa ma come un metodo per evitare di bloccare la persona ad una sedia oppure nel letto.

*Per me il più impattante è la cintura a letto, noi è quella che cerchiamo di evitare il più possibile, la mettiamo nei casi estremi ma sempre su indicazione medica perché non ci fidiamo perché è molto contenitiva ed è quella che crea più agitazione. [...] Cerco proprio di applicarla all'estremo, nel senso che se proprio non ho altra possibilità la scelgo, sia quella fisica che farmacologica. Se posso evitare la evito [...] allora usiamo quella farmacologica, ma la utilizziamo sempre in casi estremi ad utilizzarla. È difficile che la diamo a prescindere [Intervista 33\_ TN3]*

*Dopo neanche un quarto d'ora ha ricominciato a muoversi che voleva buttarsi giù dal letto e di notte cosa fai? Per forza ho dovuto metterle la cintura [...] (R: Ma questa ospite cosa aveva?) Questa demenza senile era giù nell'altro piano... (R: E voleva scendere dal letto?) Era molto agitata tant'è vero che in qualche maniera sono riuscita a dargli le gocce che aveva in terapia al bisogno, con le gocce sembrava un po' calmata e dopo 15-20 minuti ha ricominciato ma l'abbiamo trovata che si era totalmente spostata dal letto con la faccia in giù quindi c'era rischio di caduta perché se cadeva giù con la testa... [Intervista 26\_VR1]*

L'utilizzo contestuale della terapia farmacologica alla contenzione fisica emerge come una possibilità discretamente frequente all'interno dei contesti. La scelta di ricorrere all'uso di farmaci non viene vissuta con leggerezza, nell'intervista 33 l'infermiere riferisce di farne uso solo in casi estremi in cui non siano attuabili altre possibilità.

Al contrario, nell'excerpt dell'intervista 26, l'infermiere dopo aver scelto di utilizzare la contenzione fisica, e vedendo lo stato di agitazione del residente non si è posto particolari quesiti e ha deciso di ricorrere alla terapia farmacologica al bisogno. L'associazione di entrambi gli approcci non è evento raro, solitamente l'uso di farmaci sedativi va di pari passo con l'utilizzo delle contenzioni, situazione determinata dal fatto che tali farmaci portano a un maggior rischio di caduta il residente (Muñiz et al., 2016). Analizzando in maniera olistica gli excerpts è evidente l'articolazione e complessità degli elementi che entrano in gioco e che guidano la scelta di utilizzare una contenzione. L'infermiere prima di giungere ad una scelta definitiva passa attraverso diverse fasi che in questi excerpts sono state in parte esplicitate ma che spesso rimangono ad un livello sotteso. L'approccio alla contenzione è molto diversificato e si adatta alle situazioni, quindi l'abilità nel definire le linee attuative che guidano l'applicazione della contenzione è molto complessa.

## 5.6 Motivazioni che portano ad applicare la contenzione

Nel capitolo precedente sono state esposte le categorie di pazienti più soggetti ad essere contenuti, chi per motivi prettamente clinici, chi per motivi complessi oppure altri perché in situazioni eccezionali e nei casi in cui non fosse più possibile attuare altre strategie. A seguito verranno invece analizzate le motivazioni pratiche, che vanno al di là delle condizioni cliniche oppure in stretta correlazione ad esse. Dalle interviste emergono una molteplicità di motivazioni che portano il professionista a decidere e variano a seconda dello scopo. La maggior parte dei professionisti riferisce di utilizzare il mezzo contenitivo per evitare rischi all'incolumità della persona come ad esempio per prevenire il rischio caduta o la sicurezza in termini più generali. Nei seguenti excerpts emerge in maniera forte questa motivazione, dall'incolumità fino ad arrivare alla prevenzione del rischio caduta nella sua declinazione più specifica.

*A come contenere un ospite in caso di bisogno più che altro che come... in caso di bisogno o pericolo. Il mio focus è sull'incolumità del paziente [...] Quasi tutte le contenzioni che abbiamo qua sono per prevenire e preservare l'incolumità ed evitare che l'ospite si faccia male, cadendo dal letto o dalla carrozzina. [Intervista 6\_TN1c]*

*[la contenzione viene usata] per evitare che cada e si faccia male il più delle volte oppure si per quegli ospiti che non sono in grado neanche di reggersi in piedi però magari di notte hanno episodi di agitazione e tentano di scendere dal letto vengono usate più per loro per evitare che si facciano male per evitare fratture femore. [Intervista 23\_VR1]*

Negli excerpts emerge la necessità e volontà dei professionisti di mantenere in sicurezza il paziente, spesso utilizzano il termine sicurezza in generale ma spesso la motivazione principale è evitare che la persona si possa fare del male. Nell'interviste 6 e 23 gli infermieri sottolineano l'importanza della sicurezza e dell'incolumità focalizzandosi soprattutto in merito al rischio caduta. Nell'excerpt 23 viene approfondito tale aspetto, sottolineando come vi sia la necessità di utilizzo dei mezzi in situazioni complesse che prevedono la gestione di utenti con alterazioni a livello cognitivo e motorio. Viene ritenuto un metodo efficace per evitare la caduta dal letto e possibile frattura, ma analizzando tale affermazione emerge un ragionamento basato su un evento ipotetico. Egli infatti utilizza l'espressione "però magari di notte hanno episodi di agitazione e tentano di scendere dal letto", aspetto che in un certo senso si ricollega alle modalità di applicazione automatica in determinati

pazienti come espresso in precedenza. Tale approccio porta ad un'assistenza basata su stereotipi, senza fare una corretta applicazione basandosi su situazioni reali.

Nell'esempio a seguito, l'infermiere articola nel dettaglio il concetto di sicurezza che non è solo la prevenzione dell'evento caduta.

*Quelle che utilizziamo maggiormente sono le sponde per rischio di rotolamento fuori dal letto ed a volte sono gli stessi ospiti, lucidi ed in grado di intendere e volere, richiedono di mettere la sponda. Viene applicata per evitare che l'ospite nel tentativo di voler fare qualcosa che non è in grado di fare (alzarsi, uscire dal letto o magari durante una crisi psicomotoria) e si provochi dolore, cada oppure si fratturi...In linea generale quindi per la sicurezza del paziente. [Intervista 2\_TN1b]*

Nell'excerpt 2 l'infermiere introduce un aspetto nuovo, la sicurezza non solo per evitare le cadute ma anche azioni che possono provocare dolore o altri danni. La richiesta diretta di utilizzare un mezzo di contenzione è presente e riguarda principalmente le sponde a letto; considerato uno dei mezzi più diffusi come emerge negli studi di prevalenza. Tuttavia, negli excerpts 2, 6 e 23 non emerge da parte dei professionisti la riflessione critica in merito all'utilizzo della contenzione come mezzo per la prevenzione delle cadute. Infatti, è oramai concorde la maggior parte della letteratura nel definire le sponde a letto un intervento che peggiora ed aggrava le cadute e gli effetti secondari (Sze et al., 2012).

Sorge quindi spontanea una domanda, per quale motivo gli infermieri continuano a vedere questa pratica come strategia per la gestione del rischio caduta? Quali altre variabili entrano in gioco e che impediscono una pratica contenzione-free?

Per cercare di rispondere a queste domande sono gli stessi infermieri che ci aiutano a meglio capire gli scenari all'interno dei quali si colloca tale pratica; parallelamente alla motivazione della prevenzione delle cadute, che è strettamente legata e con focus alla persona, vi sono altre motivazioni. Tra queste ricorre frequentemente la mancanza di risorse umane come infermieri, operatori sociosanitari, operatori di sorveglianza e anche di risorse in termini strutturali e di fornitura di materiali come ad esempio: i letti Alzheimer, i sensori di movimento, la sorveglianza con la videocamera. Un elemento che emerge dalle interviste con maggiore frequenza è sicuramente la mancanza oppure il rapporto non adeguato di personale per assistere i residenti più complessi, rapporto numerico che in molti casi non permette di attuare delle strategie alternative per evitare le contenzioni. Le risorse strutturali sono un elemento di criticità contestuale alla mancanza del personale; in alcune situazioni

assumono la funzione di elemento protettivo nel caso in cui il rapporto umano non sia sufficiente per gestire una specifica situazione.

*Dopo tempo di spostarsi ed è caduta, aveva bisogno di una supervisione 1:1 per garantire una sicurezza tale e quindi mi sono attivata in questa maniera [applicando la contenzione], non c'era alternativa [...] Se non c'è la supervisione 1:1, gli ospiti sono tanti e risulta difficile gestire [Intervista 5\_TN1b]*

*Sapevo di non poter contare al cento per cento sull'operatore perché poveretto è da solo su tutto il piano però gli ho raccomandato e scritto in consegna di monitorare il più possibile. Ho una considerazione in merito, che è legata alla natura delle case di riposo. Spesso, diciamo che le contenzioni che vengono scelte in momenti particolari sono fatte perché non abbiamo tantissime possibilità di sorveglianza perché purtroppo essendo un infermiere per 60 persone se ti capita l'urgenza la prima cosa che fai è di mettergli qualcosa. [Intervista 13\_VR2]*

*In realtà ci sono delle strategie migliori, ma qui è difficile attuarle un po' perché qui il personale è limitato, servirebbe più sorveglianza attiva ma qui non viene fatta in maniera attiva nel senso rapporto 1:1, il rapporto minimo è 1:14 e spesso sono in due sale antiche ma non sono in un'unica sala e quindi sei costretto quasi un po' per salvaguardare. [...] Si la strategia migliore sarebbe quella di aver un rapporto più basso quindi averne 2-3 e starli vicino per limitare quelli che sono movimenti ed atteggiamenti sbagliati, fatti irrazionalmente [Intervista 17\_VR4]*

Gli intervistati identificano gli elementi problematici presenti all'interno della struttura, cercano di attuare una serie di azioni, collaborano nella sorveglianza tra vari membri del team. Tuttavia, il rapporto presente nelle residenze sanitarie sembra essere considerato dai professionisti un elemento determinante che influenza in maniera negativa incentivando la pratica di contenzione. Lo staff insufficiente è una barriera alla riduzione della pratica delle contenzioni all'interno dei contesti residenziali, da tempo in letteratura è stato sollevato tale problema (Kong et al., 2017).

Nell'intervista 5 e 17 il rapporto *One-to-One* viene identificato come una possibile strategia per la gestione del residente, un'azione non sempre possibile a causa della mancanza di adeguato personale in termini numerici. Una riflessione in merito al rapporto operatori-residenti viene avanzata dall'infermiere nell'intervista 13, il quale riconosce di

non poter sempre ricorrere al supporto dell'operatore, poiché spesso impegnato in altre attività assistenziali. Infatti, la contestuale richiesta di attività spesso non permette di attuare strategie alternative e a causa del rapporto sfavorevole infermieri e operatori si trovano a dover agire contestualmente su più fronti. La complessità dei contesti residenziali emerge nell'intervista a seguito.

*Il personale è poco. Se adesso vai di là, hai un operatore di sorveglianza 40 ospiti. Anche le sponde notturne di quelle demenze che potrebbero alzarsi sì le potresti lasciare, ma la notte con la sedazione notturna è pericoloso. Avevamo questa signora che la gestivamo con rapporto 1:1, ma solo per alcuni momenti della giornata, non possiamo garantirlo sempre. [...] per me in strutture diverse, in strutture circolari dove potresti dire all'ospite vai. Nella struttura in cui ero prima avevo un utente che continuava a girare ad alto rischio cadute, il familiare ci ha detto di preferire la caduta ed eventuale rottura del femore, e lui girava...questa struttura per i lucidi è bella, per gli Alzheimer è pessima, ci sono stanzette, vicoli, corridoi...non sanno più dove sono. Si potrebbe sì, ma in una struttura più adatta.*  
[Intervista 22\_VR5]

Nell'excerpt 22 l'infermiere non si limita a criticare il rapporto personale sanitario-residente, ma critica le inadeguatezze strutturali che rendono il contesto non adatto alla gestione di specifiche situazioni. Il professionista esplicita e mette in relazione tutti i fattori che entrano in gioco nel processo decisionale. I fattori che portano l'infermiere a utilizzare un mezzo di contenzione sono molteplici; emergono fattori legati all'utente come la patologia di base, e alla struttura come la disponibilità di risorse umane e ambientali. Elementi identificati come fattori aggravanti e che possono rendere il residente maggiormente soggetto alla coercizione; aspetti concordi ai risultati emersi in un articolo qualitativo condotto in Finlandia da Saarnio & Isola (2010).

In aggiunta a questi elementi, l'infermiere in turno deve assolvere una serie di attività contestuali a diversi residenti. La difficoltà quindi sta nel fatto di non poter avere il controllo su tutto.

*[...] non posso avere 1000 occhi, io cerco di passare più tempo possibile con loro, uno poi più sta qui più si fa l'occhio nel dire butto l'occhio di là di qua [...] certo è che se fossero presenti [i parenti] sicuramente io non legherei mai la mamma sulla sedia [...] però proprio quando è ora di cena quando i parenti non ci sono comunque se ci sono in un'altra stanza e quindi tra chi deve dare la dispensa chi imbecca chi deve fare terapia... anche se*

*volessimo non possiamo proprio sederci di fianco facciamo due parole non in questo momento e secondo me lei così agitata in quei momenti lì perché sa che non può avere le attenzioni che magari ha per tutto il resto della giornata.. chi lo sa... [Intervista 24\_VR1]*

*[...] non hai sempre controllo visivo, non c'è rapporto [intende operatore-paziente], l'operatore ha anche da fare altro durante la notte oltre la sorveglianza, c'è un operatore solo. Però siccome è impossibile per una struttura avere un rapporto a uno a uno, magari gli altri giorni quando non c'è l'assistenza personalizzata siamo costretti ad utilizzare la contenzione [...] quindi sei costretto in qualche maniera a garantire l'incolumità nel senso che non si faccia del male poi anche tu hai da fare degli altri lavori non puoi essere dappertutto e vedere tutti. [Intervista 27\_VR1]*

Nell'intervista 24 emerge la dinamicità e il concatenarsi di azioni assistenziali in una medesima situazione e su differenti utenti. Spesso l'infermiere si deve spostare nelle stanze, deve garantire la somministrazione della terapia e quindi non è possibile attuare una adeguata sorveglianza. La dinamicità dei contesti e il personale non adeguato sono elementi di criticità che determinano la necessità di utilizzare la contenzione nel momento in cui l'infermiere deve attuare altre procedure (Möhler & Meyer, 2014).

Nell'intervista 27 emerge un'altra criticità direttamente legata al turno lavorativo notturno; infatti, durante la notte il rapporto numerico di personale viene ulteriormente ridotto e di conseguenza le attività sul singolo professionista aumentano. La riduzione della dotazione organica nel corso della notte non è una scelta organizzativa isolata, ma appare comune all'interno di tutte le strutture coinvolte nello studio, nell'excerpt 29 viene ulteriormente esplicitato.

*Noi non possiamo stare lì tutta la notte a sorvegliare la persona quindi è una bella decisione da prendere, infatti ho chiamato la figlia e mi ha detto fai pure quello che devi fare perché sa bene com'è la mamma a volte è pericolosa sia per sé stessa ma anche per gli altri a volte aggressiva. [...] Non puoi fidarti a lasciarli andare che non sarebbe costato niente lasciarla andare in giro per la residenza però dopo c'è anche il discorso che è notte, ci sono gli ospiti a letto, gli operatori sono meno perché conta tanto anche quello, se posso mettergli una persona dietro tutta la notte la contenzione non mi serve più. [Intervista 29\_VR1]*



Il numero di professionisti in relazione a quello dei residenti assume un ruolo determinante, non solo in termini numerici ma ciò che colpisce è la variabilità di tale rapporto nell'arco della giornata; vi sono infatti dei momenti di maggiore rischio a causa della ulteriore riduzione dell'organico di base, soprattutto la notte. La scelta di variare il rapporto a seconda della giornata è un aspetto critico e da non trascurare, poiché un momento critico non è da identificare solo in termini assistenziali ma anche clinici. Infatti, una persona con patologie cognitive tende a disorientarsi maggiormente nelle ore del crepuscolo – notturne rispetto alle ore diurne.

Analizzando questi excerpts si assiste a un'analisi da parte degli operatori molto dettagliata, consapevoli che la contenzione non è la soluzione ideale. Spesso si trovano costretti a doverla utilizzare a causa del rapporto sfavorevole operatori-pazienti, situazione che non permette di attuare interventi anche molto semplici, come la sorveglianza. In letteratura la disponibilità di uno staff adeguato, del familiare e di eventuali altri professionisti come fisioterapisti oppure terapisti occupazionali sembra creare delle circostanze che permettono di garantire una maggiore supervisione; questi fattori di contesto sono spesso decisivi per l'infermiere nella valutazione e nel riconsiderare la loro decisione in merito all'uso della contenzione (Saarnio & Isola, 2009; Dierckx de Casterlé et al., 2015).

Analizzando quanto riportato nelle narrazioni, la stretta relazione tra i fattori staff correlati e la variabile tempo sono aspetti che influenzano il processo decisionale; il tempo inteso come momento della giornata durante il quale il professionista si trova a dover prendere una decisione. La possibilità di avere a disposizione una qualsiasi forma di supervisione, la pressione lavorativa in specifici momenti della giornata e la disponibilità di tempo limitato per la discussione insieme di colleghi possono influenzare in maniera significativa il processo decisionale; aspetto confermato anche da Dierckx de Casterlé et al. (2015). In particolare, durante i turni notturni infermieri sono molto occupati e la possibilità di supervisione è molto limitata, per questo motivo gli infermieri tendono ad applicare la contenzione più frequentemente; infatti nelle interviste vengono riportati avvenimenti verificatisi durante turni notturni. Nel capitolo 6 vengono riportate storie esemplari di contenzione per comprendere meglio la complessità del fenomeno, gli elementi e le motivazioni più frequenti che lo influenzano.

Un'altra motivazione che fa riflettere in merito alle prassi all'interno delle varie strutture, deriva dal fatto che la richiesta dell'utilizzo della contenzione parte dall'operatore sociosanitario; sembrerebbe essere un aspetto di non rilevanza, tuttavia, il fatto che sia un operatore di supporto il primo a fare una richiesta di questo tipo, fa riflettere in merito alle

gerarchie che si creano all'interno di queste strutture, dove l'infermiere perde la propria leadership. Nelle interviste si assiste a diversi atteggiamenti assunti dal personale, da una parte collaborano in un'ottica positiva e multi-professionale, come si può riscontrare negli excerpts a seguito, dall'altra tale collaborazione assume connotazioni negative.

*Sono stati loro [operatori sociosanitari] a segnalare la situazione, perché sono loro che stanno a maggior contatto con la persona. E si rendono più conto delle condizioni della persona.* [Intervista 11\_TN1b]

*Prima di tutto l'operatore che ci segnalano la cosa, noi infermieri la valutiamo con il fisioterapista.* [Intervista 36\_TN3]

Nelle interviste 11 e 36 emerge il ruolo positivo assunto nel processo di cura dal personale di supporto, la collaborazione tra le varie figure professionali permette di attuare un *assessment* preciso delle reali necessità della persona per evitare l'applicazione di un mezzo di contenzione in maniera automatica e scarsamente riflessiva. Nello specifico, l'OSS identifica degli aspetti relativi alla persona e li porta all'attenzione dell'infermiere il quale poi si attiva in prima persona per la definizione del processo di cura. Si attiva quindi quel processo di valutazione che varrà poi affrontato nello specifico nel capitolo dedicato alla cultura della valutazione della contenzione. Tuttavia, non sempre gli operatori di supporto assumono un ruolo collaborativo ma si possono al contrario instaurare delle relazioni *bottom-up*, con richieste dirette e impositive da parte degli OSS nei confronti degli infermieri.

*Tra infermiere se ne discute in merito se sia il caso o meno di metterlo. La richiesta della contenzione arriva dall'OSS poiché più a contatto nel momento dell'igiene ed assistenza di base. L'input di posizionare o meno una contenzione viene da parte degli operatori, nella maggioranza dei casi. Propongono ed avanzano richieste, oppure una persona che tende ad uscire dal letto è ad alto rischio caduta.* [Intervista 3\_TN1a]

*Loro sono i sostenitori delle contenzioni, appena arriva un nuovo ospite si fanno prendere dal panico, vogliono tirar su sponde, mettere cinture. (R: Ma parte da loro la richiesta oppure recuperano solo informazioni?) No, parte da loro la richiesta. Ti dicono, stai attento perché questo può cadere, ha le gambe fuori dal letto e via via. È più una richiesta* [Intervista 39\_TN3]

Nell'intervista 3 l'operatore assistenziale (OSS) assume un ruolo ancora più attivo all'interno del processo decisionale, non si limita alla raccolta di dati e informazioni, ma riflette e propone dando l'input all'applicazione della contenzione. Essendo maggiormente a contatto con l'utente durante l'assistenza di base detiene molte informazioni che l'infermiere non sempre riesce a raccogliere. Tale approccio ha una valenza positiva, descrive un profilo professionale attento alle necessità del residente e riflessivo ma contestualmente si può assistere anche ad atteggiamenti "sostenitori delle contenzioni" da parte di altri operatori. Nell'intervista 39, l'infermiere descrive il profilo dell'operatore "sostenitore delle contenzioni" che entra nel panico nel momento in cui deve gestire un nuovo utente e che si attiva alla ricerca di azioni di autoprotezione rivendicando l'applicazione della contenzione per prevenire possibili complicanze. Molti operatori di supporto considerano la contenzione un'efficace strategia, aspetto confermato dai risultati emersi nello studio di Fariña-Lopez et al. (2014), che descrivono gli operatori come maggiormente inclini all'utilizzo dei mezzi contenzione rispetto al personale infermieristico.

Altre ragioni, che vengono espresse dall'infermiere in aggiunta le precedenti, vanno in un certo senso a riprendere i concetti precedentemente esposti e sono gli elementi legati alle condizioni cliniche della persona come una recente frattura e caduta, un'infezione delle vie urinarie che possono in qualche modo creare un senso di disorientamento nella persona affetta o meno da patologie cognitive.

*L'abbiamo posizionata in carrozzina senza contenzioni ed abbiamo visto che continuava ad alzarsi, e quindi avendo già un rischio cadute alto ed avendo già avuto esiti di fratture, abbiamo deciso di apporre il tavolino con le viti. [Intervista 14\_VR2]*

*Era già caduta in precedenza quando era qua da noi. Non si riusciva a gestirla, dentro non stava, sedarla anche no...mettere la sponda era la roba minore... [Intervista 40\_TN3]*

Nelle precedenti interviste è evidente come fattori legati alle condizioni cliniche della persona possano determinare e influenzare il processo decisionale del professionista. La motivazione di fondo sta sempre nel preservare la sicurezza della persona, in termini di rischio caduta, come emerge nelle interviste 14 e 40. Il garantire la sicurezza viene vissuto dai professionisti di primaria importanza, poiché permette evitare conseguenze negative da caduta accidentale in utenti fragili e in equilibrio precario che possono ulteriormente

peggiore. Contestualmente al garantire la sicurezza, gli infermieri riportano come elemento di criticità i disturbi del comportamento, come agitazione ed aggressività verso sé stessi e verso gli altri residenti e professionisti; tali elementi vengono associati ed assumono particolare rilevanza nella gestione di utenti con demenza e malattia di Alzheimer.

*Mi ricordo un signore con una demenza giovane entrato da poco al nucleo protetto, avevamo una garanzia. Nella fase iniziale cerchiamo di vedere i pazienti così come sono, ad un certo punto però risultava pericoloso per sé e per le persone vicine. Aveva delle allucinazioni e gridava, era impossibile somministrare la terapia orale o per altra via. [...] No, era fisica, si procurava delle botte in testa, avrebbe tentato di battere la testa sul muro. Aveva l'incubo dei ladri e se qualcuno lo avvicinava, cercava di respingerlo con una forza importante, non da alzare oggetti. [Intervista 19\_VR2]*

*Una sera una signora nel nucleo Alzheimer... mi hanno chiamato, c'erano tre operatrici che non riuscivano più a gestirla perché era una signora molto aggressiva, molto veloce nei movimenti e quando ha il momento di delirio diventa veramente aggressiva con tutti quelli che trova ospiti e operatori e addirittura avevano paura che entrasse nelle camere ad aggredire gli altri ospiti perché cammina molto bene anche corre, è difficile da tenere sotto controllo. [Intervista 29\_VR1]*

Un aspetto molto complesso, che deve essere gestito e presidiato, è il disturbo del comportamento, che si può manifestare in vari modi con aggressività, verbale e fisica, verso sé stessi ma anche nei confronti degli altri residenti e operatori. Negli excerpts dell'intervista 19 e 29 emerge la difficoltà nel gestire tali comportamenti, molto spesso sono persone che a livello funzionale motorio non hanno gravi alterazioni e quindi la scelta di bloccare e di tenere sotto controllo la persona diventa inevitabile. Spesso i professionisti si appellano alla tutela nei confronti della comunità dei residenti. In entrambe le situazioni gli intervistati riportano narrazioni che riguardano utenti con declino cognitivo, elemento clinico predisponente la contenzione che necessita approccio dedicato e complesso.

La gestione medica di determinate condizioni cliniche prevede l'utilizzo di dispositivi medici, che permettono la somministrazione delle nutrizioni, dell'idratazione e della terapia, così come il catetere vescicale per aiutare la persona nelle sue funzioni biologiche. Il contesto delle residenze sanitarie assistenziali non è caratterizzato da eccessiva medicalizzazione e utilizzo di *device* avanzati, quelli più comuni sono le sonde per la

nutrizione di utenti debilitati e il catetere vescicale. L'utilizzo della contenzione, spesso viene utilizzata allo scopo di prevenire l'auto rimozione dei *device* azioni che metterebbero ulteriormente a rischio la persona.

*L'ospite è l'ultimo ingresso di 3-4 settimane fa, proveniva da V.R in dimissione. Ospite con sondino naso gastrico dopo ictus, avuto due mesi fa. Il sondino naso gastrico a scopo di alimentazione. Questa signora dalle carte, nella lettera di dimissione vi era scritto che avevano posizionato la manopola, perché l'ospite si era rimossa il Sondino per ben due volte a V.R. [Intervista 3\_TN1a]*

*Anche giù in Alzheimer raramente anche qua in generale... vengono usati spesso quando c'è qualcuno che ha un sondino naso gastrico perché tanti rischiano di sfilarselo anche giù in nucleo Alzheimer prima di passare alla PEG perché poi purtroppo il passaggio è quello lì... il sondino naso gastrico sarà per la posizione darà fastidio quello lì che loro anche nella loro demenza però sentono che c'è un corpo estraneo che gli arriva nel naso e gli darà fastidio vai a capire tu perché tendono a toglierlo però i polsini ecco solitamente io li ho visti usare più che altro per quello. [Intervista 30\_VR1]*

*Anche se riescono stesso a sfilarsi la fascia e scavalcare le sponde, quando abbiamo terapia infusoria, essendo pazienti veramente anche aggressivi dobbiamo ricorrere all'uso del polsino magari solo in un arto non tutti due proprio per non sacrificarlo perché ci sono aghi cannula che volano a tutte le ore. [Intervista 24\_VR1]*

La rimozione autonoma dei *device* non è un aspetto diffuso, vista anche la scarsa diffusione all'interno del contesto. Nell'intervista 3 e 30 vengono portati esempi relativi al sondino nasogastrico come *device* utili a garantire la nutrizione enterale, mentre nell'intervista 24 l'infermiere fa riferimento alla terapia endovenosa. In tutti gli excerpts le motivazioni clinico-mediche portano i professionisti a supportare l'utilizzo della contenzione come metodo utile ad evitare l'interruzione dei trattamenti. Tale aspetto è emerso in studi condotti all'interno di contesti per acuti (reparti ospedalieri e terapie intensive), dove l'obiettivo principale è il mantenimento dei trattamenti medici; attualmente le evidenze in contesto residenziale sono rivolte verso altri outcomes.

I risultati emersi dalle interviste descrivono l'evoluzione dei contesti residenziali che negli ultimi decenni hanno cambiato la loro filosofia diventando strutture non più solamente residenziali ma clinico-sanitarie. L'obiettivo che persegue il professionista è di garantire il

trattamento sanitario e in nessuno degli excerpts emerge una riflessione in merito al concetto di dignità della persona. Una contraddizione emersa anche in letteratura, infatti, è stato riscontrato l'utilizzo della contenzione fisica nei pazienti in fase terminale con in sede sondino nasogastrico (Di Giulio et al., 2008).

Fino a questo momento gli infermieri hanno portato come motivazioni a supporto dell'utilizzo della contenzione elementi molto legati ad aspetti clinico-assistenziali. Tuttavia, vi è una parte di intervistati che affronta la tematica delle contenzioni riflettendo in merito a concetti etici e di dignità umana. In alcune interviste gli infermieri si appellano al concetto del rispetto della dignità della persona giustificando l'utilizzo della contenzione allo scopo di prevenire azioni, che una persona nella normale quotidianità e nella piena facoltà delle proprie azioni, non farebbe. Esempi emblematici e molto forti che possono occorrere nella quotidianità delle residenze, come la svestizione incontrollata fino ad arrivare all'imbrattamento con liquidi biologici, come le feci.

*(R: Qual è la motivazione che ti porta ad usare una contenzione?) Per la dignità dell'ospite. Altre motivazioni che vi spingono al loro utilizzo? Altre motivazioni no, solo per un motivo di dignità. L'esempio pratico, un ospite che si imbratta di feci durante la notte e post peretta, e lì la dignità dell'ospite li si annulla. [Intervista 3\_TN1a]*

*[...] la manipolazione (questioni di igiene), vi sono pazienti che dopo un clisma hanno bisogno dell'applicazione della contenzione perché vi è una manipolazione del pannolone. Viene applicato per garantire la dignità della persona [...] poiché tendeva a manipolare il pannolone, a togliere i vestiti, ad andare in bagno e non sapere cosa fare...è stato quindi deciso di applicare il tutone ed evitare la manipolazione del pannolone e trovare tutta la camera sporca di urine e feci. Abbiamo mantenuto e garantito la dignità dell'ospite ed evitato che sporcasse con feci ed urina la sua stanza. [Intervista 8\_TN1b]*

*Noi la segnaliamo come contenzione ma in realtà non è una vera e propria contenzione, noi la utilizziamo più per manipolazione feci. Ti lascia molta libertà di movimento, quindi più per la dignità. [Intervista 34\_TN3]*

In queste interviste, gli infermieri concordano e supportano l'utilizzo della tuta contenitiva come metodo per preservare la dignità della persona, evitando la manipolazione di pannolone e liquidi biologici. Viene descritto e considerato come un presidio e non come un mezzo contenitivo. La dignità è un valore molto importante nel processo di

deliberazione eticamente orientato e si declina nella volontà dell'infermiere di fare del bene per l'ospite e nell'attuare la migliore soluzione. Tuttavia, basandosi su tale declinazione, l'utilizzo della contenzione di per sé non può essere considerata un atto etico poiché collude con il concetto di dignità della persona e con i principi fondanti del *nursing*. Le azioni di *caring*, nel soggetto anziano con patologie cognitive, sono una sfida e richiedono elevata sensibilità e comprensione ed hanno lo scopo finale di preservare la sicurezza fisica, il benessere psichico e la qualità di vita (Hofmann & Hahn, 2013).

Un ragionamento simile viene affrontato anche in altre interviste per altri mezzi di contenzione, ma in questo caso è più una sorta di giustificazione nell'utilizzo della contenzione a scopo di ausilio e supporto al paziente. Nei seguenti excerpts emergono degli esempi pratici riferiti dagli stessi infermieri.

*Sono utilizzati come supporto per ospiti che sono emiparetici e non riescono ad avere la mobilità dell'arto lesa che viene appoggiato sul tavolino o per esempio il cinturino inguinale viene utilizzato per prevenire lo scivolamento dell'ospite dalla carrozzina, quindi non tutti i tipi di contenzione hanno lo scopo di prevenzione e di un eventuale scivolamento o caduta per cause di agitazione psicomotoria, in alcuni casi è più da supporto per le condizioni cliniche e fisiche della persona. [Intervista 16\_VR4]*

*Ma nella maggior parte dei casi come mezzo di supporto ovvero la sponda a letto non è utilizzato come mezzo per l'ospite è agitato e tende a scavalcare e quindi disorientato, ma bensì tante volte come ausilio di sostegno, da aiutare la mobilitazione perché con il triangolo fanno molta più fatica, è più facile allungare il braccio a destra e sinistra piuttosto che andare a prendere il triangolo e comunque per evitare cadute accidentali proprio perché l'ospite cerca di uscire in autonomia, oppure per esempio tavolini, anche quelli utilizzati, mi viene in mente un ospite con emiparesi completamente plegico e lì viene utilizzato per favorire l'arto che rimanga ad una altezza adeguata e con l'altra mano ad avere sul banchetto tutto di cui ha bisogno dall'acqua a ciò che ha bisogno. Qua dentro la vedo come mezzo di supporto [Intervista 17\_VR4]*

*Perché si gratta, autorizzati comunque dai familiari, gli mettiamo la manopolina e lei si passa via, ma anche di protezione per sé stessa, contenzione no dai... anche perché in quel caso lì è proprio per proteggere lei perché lei si gratta... gliele abbiamo messe proprio per protezione sua... credo non abbiamo proprio pensato a questo quando è stato deciso... viene utilizzato magari quando si grattano oppure tanti si toccano. [Intervista 28\_VR1]*

Negli excerpts 16, 17 e 28 emerge lo stesso concetto declinato per differenti tipologie di contenzione; gli infermieri affermano che la contenzione utilizzata a scopo di ausilio ha una valenza positiva e per tale motivo non dovrebbe essere considerata come tale. Il definire le contenzioni come un ausilio o protezione è una sorta di strategia *coping* attivata dal professionista, una astuzia intellettuale per cercare di far fronte ai conflitti morali interiori che tale pratica suscita nella persona, cercando di attribuire un nuovo valore alla contenzione focalizzandosi sui benefici che può portare alla persona. Le strategie di *coping* sono da tempo studiate per cercare di capire i meccanismi che la persona attiva nell'accettazione e gestione di situazioni complesse. Nelle interviste la giustificazione a scopo di ausilio emerge a livello del singolo, ma anche legittimata da una policy condivisa all'interno delle organizzazioni. Il concetto di ausilio emerge in letteratura con una valenza negativa, come quel fattore che funge da barriera alla sospensione di tale pratica nei contesti residenziali. Si parla infatti di difficoltà nella transizione dall'accettazione alla rimozione poiché in passato era visto come un mezzo di supporto e protettivo, normale componente dell'assistenza al residente (Kong et al., 2017). Le testimonianze che emergono dalle interviste riflettono la resistenza da parte dello staff alla sospensione di tale pratica e quindi alla diffusione di una pratica contenzione-*free* e sottolineano la necessità di modificare la filosofia in merito alla contenzione all'interno dei contesti residenziali.

La mancanza di concordanza in merito a cosa considerare contenzione e come devono essere utilizzati certi mezzi per essere considerati tali, rende difficile una definizione operativa di che cosa considerare mezzo coercitivo. Differenziazione non ancora emersa a causa delle differenti policy nazionali e interne alle strutture che non permettono una chiara indicazione concettuale e operativa. Risulta ancora dibattuto in letteratura se considerare o meno contenzione le sponde a letto, spesso infatti vengono considerate come ausilio utile alla mobilizzazione a letto (Huizing et al., 2009; Muñoz et al., 2016).

In conclusione, in aggiunta alle precedenti motivazioni, emergono altre cause che fanno riflettere in merito alle situazioni che si instaurano all'interno delle strutture. Un elemento che viene riportato dai professionisti sanitari è il fatto che molto spesso si trovano a dover decidere di applicare una contenzione per paura di una denuncia legale, nasce così una sorta di medicina preventiva. La decisione quindi di applicare la contenzione allo scopo non solo di tutelare l'utente ma anche se stessi da un'eventuale implicazione legale.

*“Se cade c'è un'incuria”, relazionando l'evento caduta con un'incuria si rischia di applicare la contenzione per evitare la denuncia legale. [Intervista 1\_TN1a]*



*Il medico mi ha risposto “guarda siccome c’è la contenzione aperta almeno se succede qualcosa sei coperta legalmente” [Intervista 27\_VR1]*

*La contenzione non è una forma di protezione se non una forma di protezione dell’operatore, nel senso io operatore mi proteggo mi tutelano sono tranquillo che se anche se non ti guardo tu stai comunque fermo perché sei assicurato...ecco io la leggo così [...] Io lo allaccio sempre a questo discorso della protezione dell’operatore. Ma in che cosa si protegge l’operatore dal tuo punto di vista? Io so che tu sei lì anche se non ti guardo so che sei un ospite problematico... non ti guardo a vista ma comunque tu non cadi e io sono tranquillo e non vado incontro alla denuncia. Altri familiari non accettano la contenzione sono parzialmente consapevoli delle conseguenze e se succede il fattaccio dopo è un caso di stato, perché dopo accuse denunce e tutto quello che segue. [Intervista 31\_VR1]*

L’estratto dell’intervista 31 racchiude diversi livelli, spesso ci si prodiga a considerarla una pratica per proteggere la persona da possibili rischi, ma spesso si tratta di una pratica rivolta alla salvaguardia del professionista sanitario. Il concetto di “copertura legale” viene sottolineato dall’infermiere dell’intervista 27, il quale non riporta una propria personale visione, ma agisce come proiezione dell’ideologia del medico che sopporta un approccio difensivo. Un altro aspetto interessante emerge nell’intervista 1, in questo caso l’implicazione legale è legata all’esito caduta, l’intervistato riflette su un episodio passato nel quale si è trovato a dover applicare la contenzione perché un familiare correlava la caduta ad un’incuria da parte del personale, minacciando e sminuendo la professione. Tale aspetto influenza le scelte e condiziona l’uso delle contenzioni portando il professionista a utilizzarle per evitare ripercussioni, in particolare in merito alla gestione delle cadute, complicità che occorre con maggiore frequenza all’interno delle strutture residenziali. Spesso si assiste ad un elevato utilizzo delle contenzioni all’interno delle *nursing home*, una tendenza che descrive una cultura organizzativa basata sulla paura delle conseguenze legali in seguito a lesioni correlate a caduta (Moore & Haralambous, 2007; Haut et al., 2009). Tali risultati supportati dalle evidenze ad oggi disponibili stimolano la riflessione su chi siano realmente i destinatari di un progetto educativo che aiuti la riduzione delle contenzioni fisiche. Devono essere coinvolte solo le istituzioni e i suoi professionisti oppure anche i familiari e *caregivers*? Emerge quindi l’importanza della diffusione della filosofia contenzione-*free* non solo rivolgendosi ai professionisti ma anche a residenti e familiari e stimolando la pratica di azioni alternative.

## 5.7 Motivazioni per non applicare un mezzo di contenzione

In contrasto a quanto fino ad ora emerso negli estratti a seguito sono evidenti motivazioni controcorrente, ovvero la decisione di non applicare la contenzione allo scopo di garantire la libertà della persona in termini di movimento e più in generale di azione. Ma anche il discostarsi da una precedente prescrizione per dare la possibilità alla persona di essere rivalutata e anche in termini legali in una declinazione diversa rispetto alla motivazione per l'applicazione. La gestione delle situazioni complesse è molto variabile, vi sono infatti professionisti sanitari che decidono di rinunciare all'utilizzo della contenzione e di attuare altri comportamenti. Sorge quindi spontanea una domanda è una pratica operatore dipendente? Vi sono degli elementi che vanno a determinare l'uso di una contenzione? Vi sono elementi insiti al professionista che possono determinare differenti approcci?

*Quindi la contenzione era già prescritta dalla lettera di dimissione, quando arrivata non l'ho messa subito la manopola perché volevo vedere, la mano destra era l'unica mano non plegica. Emiplegica totalmente a livello sinistro. Non ho posizionato la contenzione anche se già prescritta, mi sono sentita con la dottoressa T. L'ospite era in stato di assopimento e non ho potuto valutare il suo stato di coscienza da sveglia. L'ho tenuta e mantenuta senza manopola per tutto il turno, il mio turno della mattina. [Intervista 3\_TN1a]*

Nell'excerpt 3 è evidente un aspetto innovativo che fa emergere la riflessività e la volontà al cambiamento del professionista, infatti, l'assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere è già emersa in altre interviste, ma in questo caso il professionista si scontra con le prassi e le raccomandazioni. Si mette in gioco in prima persona, decidendo di non seguire la prescrizione della contenzione. Tale azione di controllo e valutazione da parte del professionista fa emergere la volontà dell'infermiere di non fermarsi a eseguire passivamente le prescrizioni. Questo atteggiamento entra in contrasto con quanto a oggi emerso in merito alle contenzioni, l'infermiera anziché accettare un approccio *top – down*, si pone allo stesso livello del medico ed entra in collisione.

Una delle motivazioni frequenti di utilizzo è la presenza di determinate patologie di base e comportamenti come *wandering* e disturbi del comportamento (aggressività, agitazione psicomotoria). Tuttavia, non sempre tali elementi necessitano l'applicazione di una contenzione, al contrario in alcune situazioni sono elementi che ne scoraggiano l'utilizzo;

spesso a portare a decisioni controcorrente sono le esperienze passate in altri contesti lavorativi, come emerge nell'excerpt a seguito.

*Abbiamo degli ospiti con Alzheimer e patologie di wander che però vengono lasciati liberamente deambulare con girello non vengono costretti in carrozzina perché affetti da wandering. [...] Beh, se si parla di quella fisica strettamente come mezzo di contenzione io l'ho visto usare pochissimo e per quel che mi riguarda mi porto dietro l'esperienza dell'SPDC di S.B. che da una decade non usano alcun tipo di contenzione fisica su pazienti psichiatrici, e se non vengono utilizzati lì dove sono particolarmente aggressivi e violenti. Gli anziani arrivano ad un contatto fisico, non hanno la forza di un paziente di 30 anni con una patologia psichiatrica, e se non viene utilizzata là non dovrebbe essere utilizzata qui.*  
[Intervista 17\_VR4]

La riflessione che emerge nell'estratto 17 è molto dettagliata, il professionista cerca di fare un'analisi critica delle situazioni e dei comportamenti che porterebbero a utilizzare un mezzo di coercizione. Riflette sulle esperienze passate e declina il suo pensiero all'interno del nuovo contesto ma non ne condivide le prassi presenti. In linea con questo pensiero, anche se non direttamente collegato, emerge un aspetto che verrà affrontato nello specifico all'interno del capitolo sulla cultura della valutazione. È possibile notare come l'importanza della biografia ritorni in maniera forte così come il dare e darsi tempo nella valutazione dell'ospite.

*Per il momento non è stata messa, abbiamo utilizzato una bascula che ti permette di evitare che faccia un movimento pericoloso per sé stesso, magari lui non è scivolato per instabilità ma perché voleva prendere un oggetto e si è sporto più avanti ed è scivolato, mi è sembrato affrettato mettere una contenzione in un ospite lucido.* [Intervista 18\_VR4]

*Ma io dico sempre, vedendo l'esperienza di anni qui che ti insegna, se uno è agitato, ha sempre un motivo per cui uno è così, quindi prima di farlo ci pensi sempre... tante volte ce lo fanno notare anche i parenti che portano qui gli ospiti e dicono guardi nell'altra casa di riposo dormivano sempre, le mettevano la cintura e poi quando arrivano qua, noi cerchiamo di inserirli nelle varie attività e di occuparli con altre cose e di alzarli.*  
[Intervista 28\_VR1]

Il darsi tempo e la valutazione del singolo caso emergono in maniera forte in entrambi gli estratti. Nell'intervista 28 viene sottolineato come molto spesso un comportamento non sia altro che l'espressione di un altro bisogno e quindi il professionista riflette prima di prendere la decisione di contenere. In alcuni casi, si oppone alla richiesta di familiari oppure a indicazioni fornite dopo un trasferimento da altre strutture, attivandosi per un *assessment* mirato alla situazione attuale. La stessa posizione e volontà emerge anche nell'intervista 18 in cui viene sottolineata l'importanza di "dare tempo" e l'infermiere rimarca tale concetto dicendo "*mi sembrava affrettato mettere una contenzione in un ospite lucido*".

Tali aspetti sono molto importanti e, in un certo senso, stridono con quanto emerge ad oggi in letteratura, spesso infatti la motivazione che porta alla decisione di applicare una contenzione è la mancanza di tempo (Goethals et al., 2012; Dierckx de Casterlé et al., 2015); solo Gjerberg et al. (2013) introducono il concetto di provare dopo (*doing later*), considerandola una strategia per prevenire l'utilizzo della coercizione. La volontà di rivalutare la situazione e cercare di andare in approfondimento in merito alle necessità e volontà del residente sono un aspetto nuovo, fortemente legato a competenze acquisite all'interno dei contesti residenziali e dopo esperienza nell'assistenza di utenti con patologie che rendono complessa ed articolata l'identificazione dei bisogni.

Un concetto parallelo e fondante del *nursing* è il dedicare tempo alla persona, la vita è fatta di tempo per questo le cose essenziali richiedono tempo, dal momento che la cura è una pratica "ontogenetica primaria", una buona cura richiede tempo. Quindi, per stabilire una relazione, garantendo quel contatto tra paziente e professionista che sa di cura nel suo valore più profondo, occorre trovare e prendersi tempo per stare con l'altro (Mortari & Saiani, 2013, p.117).

In questi excerpts emerge una visione differente rispetto alle motivazioni espresse in precedenza, la scelta di discostarsi dall'utilizzo della coercizione nasce da una attenta analisi della situazione del singolo utente. Il professionista si mette in gioco, valuta e si attiva per un *assessment* mirato con lo scopo di scegliere la strategia migliore e permettendo di attivare un processo *patient-centred*. L'*assessment* permette di ridurre l'approccio routinario alla contenzione, dalle interviste la valutazione mirata sembra non essere un evento straordinario ma si sta assistendo a una diffusione capillare di tale approccio all'interno dei contesti residenziali.

Un altro aspetto che emerge dalle interviste è la volontà da parte del team e del familiare di accettare il rischio che possa succedere qualcosa, non tutto infatti è gestibile e controllabile. Nell'excerpt a seguito l'infermiere racconta due episodi durante i quali ha messo al centro il paziente e il suo benessere, decidendo di non utilizzare la contenzione.

*Dall'altra parte abbiamo avuto recentemente un caso che abbiamo deciso di togliere la contenzione, in un ospite con demenza, accettando il rischio caduta. Nel senso che, l'ospite è giovane, ha sui 60 anni, ha una demenza moderata-grave però anche con la moglie abbiamo deciso piuttosto di lasciarlo libero pur accettando il rischio, sperando. Mi viene in mente una volta che però l'ho tolta. Mi è capitato un ospite che si infilava nelle sponde e si faceva del male, lesionandosi le gambe. Tentava di scavalcare le sponde per cui abbiamo scelto. Era di notte, mi sono fermata con gli operatori, uno è rimasto in stanza ed ho aiutato io a fare il giro. Abbiamo tolto le sponde ed abbiamo messo dei cuscini, e basta.*  
[Intervista 13\_VR2]

L'infermiere riporta un episodio molto delicato, nel quale è stata coinvolta anche la moglie del residente, e che ha portato alla decisione finale di non applicare la contenzione accettando la possibilità di una eventuale caduta. L'assunzione del rischio da parte dell'infermiere esprime una consapevolezza professionale che non tutto è controllabile e gestibile durante l'assistenza (Karlsson et al., 2000 in Goethals et al., 2012). Contestualmente riporta anche un altro esempio che scardina le evidenze ad oggi supportate, infatti, racconta di un episodio accorso durante la notte, un turno universalmente considerato ad alto rischio (Dierckx de Casterlé et al., 2015) e durante il quale ha deciso di rimuovere le sponde a letto poiché dannose per l'utente. Gli elementi emersi dagli excerpts descrivono un professionista che si attiva costantemente nel rivalutare la situazione e l'appropriatezza delle proprie scelte. Tali risultati scardinando le precedenti evidenze che descrivevano la professione infermieristica prevalentemente ancorata alle prassi e poco attenta al cambiamento delle condizioni dell'utente (Möhler & Meyer, 2014).

## 5.8 Motivazioni per non rimuovere le contenzioni

In contrasto con le precedenti esperienze, dove il professionista si attiva in prima persona per accertare le reali necessità di contenzione, in alcuni casi si assiste ad un atteggiamento opposto da parte dell'infermiere. La principale motivazione che ostacola la rimozione della contenzione prende avvio dal concetto di responsabilità, ma nella sua affezione più negativa, ossia quella medico – legale.

*Io preferisco che stia libero... o anche dalla carrozzina che scivola, non scivola ecco abbiamo anche questa cosa però dopo non so quanto legale sia questa cosa... ovvio che si mi cade l'ospite che non aveva problemi c'è sempre il parente che mi dice "dovevi controllarlo, come ha fatto a cadere?" [Intervista 30\_VR1]*

Nell'estratto dell'intervista 30 emerge un aspetto già in precedenza affrontato, il concetto di responsabilità professionale nel processo di *assessment*; un percorso che valorizza le competenze e la capacità riflessiva del professionista che si mette in gioco in prima persona nel processo decisionale consapevole delle possibili ripercussioni legali. Tuttavia, come verrà affrontato a seguito, gli elementi che influenzano le scelte e ne impediscono l'attuazione sono le politiche organizzative e le prassi consolidate all'interno dei contesti delle residenze sanitarie.

Le preferenze del professionista, gli esiti delle scelte sull'utente, l'opposizione da parte del team e della famiglia possono influenzare la scelta finale ostacolando la rimozione del mezzo contenitivo. Infatti, non sono solo i familiari a influenzare la motivazione alla rimozione ma anche il contesto e i membri del team rendono difficoltosa tale assunzione di responsabilità, come emerge nell'intervista 31.

*Nel senso va bene la sponda perché può succedere che uno abbia un movimento improvviso e cada dal letto e succede l'imprevedibile... però ecco troppa superficialità e di conseguenza resistenza a togliere. (R: cos'è che te lo fa pensare?) Perché quando si fa la proposta... noi abbiamo un'equipe e ci si vede, si fanno degli incontri, quando si propone questa cosa "questa signora monitorata anche con diario scritto così secondo me non ha più bisogno della cintura inguinale, possiamo provare a toglierla?" "no perché, se, dopo, ma e se succede che..." c'è molta resistenza... per dire una banalità che secondo me non è una banalità l'ospite terminale che ha gli ultimi giorni di vita se ha la cintura da letto e le sponde se le tiene fino all'ultimo respiro. [Intervista 31\_VR1]*

La parabola di malattia, le modificazioni delle condizioni cliniche e l'adeguamento della terapia farmacologica sono fattori che possono portare a variazioni nelle condizioni della persona. Modificazioni che non rendono più necessario l'uso della contenzione e quindi il professionista si deve assumere la responsabilità di toglierla, una scelta che richiede coraggio e accettazione del rischio. Questo elemento sottolinea nuovamente la complessa traiettoria che guida il processo decisionale, che non prevede una decisione definitiva che si conclude in essa, ma necessita di un costante ritorno alla persona valutando se le condizioni che ne hanno determinato l'utilizzo sono ancora presenti.

Negli excerpts di seguito emerge l'elevata variabilità di situazioni che si possono incontrare nelle strutture residenziali e quindi la necessità di adattare gli approcci alle esigenze della persona.

*Chi ha wandering alla fine della parabola della malattia arrivano al confinamento in carrozzina, dopo sono sicuramente più a rischio di caduta e di scontri con altri ospiti quindi è fondamentale per noi mantenerli liberi e non contenerli. Dare loro l'opportunità di alzarsi e di andare in giro in qualsiasi momento. Quindi per me la patologia demenza non è un'indicazione all'applicazione della contenzione, ma più per coloro che hanno alterazione della mobilità. [Intervista 7\_TN1b]*

*Se vediamo che... perché dopo cambiano nel tempo, ci sono alcuni che arrivano super agitati che dopo con la routine del posto e con la terapia si tranquillizzano allora lì si che succede che venga revocata che venga tirata via... si decida per qualcosa di meno contenitivo... da una cintura alle sponde già a letto è diverso cioè succede che tiriamo via... cioè viene proposto spesso anche dagli operatori ma questo non si alza più dalla sedia, non si muove più a letto perché dobbiamo continuare a mettere la cintura o lenzuolo contenitivo... viene proposto sì... [Intervista 29\_VR1]*

Negli esempi riportati in precedenza emerge l'importanza di adattarsi ai cambiamenti dell'utente, senza rimanere ancorati a delle pratiche routinarie. La volontà di una continua rivalutazione dell'effettiva necessità appare evidente ed emerge il desiderio dei professionisti di adattare l'assistenza ai cambiamenti clinico-assistenziali. La rivalutazione in letteratura emerge come una delle possibili strategie che possono modificare le pratiche assistenziali e le interviste raccolte confermano tale intento (Möhler & Meyer, 2014, 2015). Nell'intervista 7 emerge un aspetto ad alto valore etico, il rispetto della persona nelle fasi finali della malattia. Le condizioni cliniche del residente posso peggiorare e in alcuni casi

il residente si trova costretto al “*confinamento in carrozzina*”. L’infermiere intercetta la necessità di discostarsi dall’utilizzo del mezzo contenitivo, ma rimane una riflessione teorica senza una effettiva rimozione e/o sospensione. Parla in prima persona come se volesse far emergere una forma di dissonanza tra il proprio pensiero e la realtà del contesto. Spesso l’attenzione etica riguarda gli utenti con patologie neoplastiche, questo aspetto sollevato dall’infermiere è molto importante ed in letteratura si hanno scarsi riscontri in merito alla parabola di malattia nelle malattie neuro degenerative. Kvale et al. (2015) in uno studio condotto in setting per acuti, sottolineano l’importanza di ridurre l’uso della coercizione nelle fasi palliative e di stimolare i professionisti a cercare delle alternative a tali metodologie. Tuttavia, ad oggi, non vi sono studi che supportano tali affermazioni nei contesti delle *nursing home*.

Nell’excerpt 29, l’infermiere esplicita i ragionamenti che vengono messi in atto nel momento in cui una determinata contenzione non è più necessaria. Riflettono in autonomia e congiuntamente mettendo al vaglio tutte le alternative, i pro e i contro nel mantenere e/o rimuovere una contenzione. Descrivono una pratica in continua evoluzione e rivalutazione e propongono in alcuni casi la modifica e/o rimozione del mezzo di contenzione. La consapevolezza da parte del professionista non sempre permette la rimozione della contenzione; come emerge nell’excerpt 29 viene infatti modificato il mezzo precedentemente applicato in favore di un altro considerato meno invasivo per l’utente “*da una cintura alle sponde a letto è già diverso*”. È quindi possibile incontrare forme di resistenza implicita all’interno delle prassi che rallentano il processo di rimozione della contenzione allungando i tempi di utilizzo di contenzioni non effettivamente necessarie.



## 5.9 Valutazione delle contenzioni

### 5.9.1 Cultura o meno della valutazione dei casi in atto

In precedenza, quando è stata elencata e discussa la modalità di applicazione da parte dell'operatore in merito alle contenzioni, è emerso un aspetto rilevante soprattutto nella parte di applicazione declinata nel caso per caso. La valutazione delle contenzioni è molto complessa e in molte delle interviste emerge il desiderio da parte dell'infermiere e del team assistenziale di cercare riferimenti, esplicitando una cultura supportata da linee guida e da protocolli interni condivisi all'interno del team. Tale cultura della valutazione è un aspetto di grande importanza che guida le scelte dei professionisti aiutandoli a definire le motivazioni che supportano l'applicazione di una determinata contenzione. Momenti di riflessione aiutano l'infermiere e il team multiprofessionale a lavorare in maniera coesa evitando decisioni autonome e non condivise. Il processo decisionale è molto articolato, non si ferma all'accertamento dei pazienti a rischio ma prevede sorveglianza e monitoraggio nell'accertare il grado di tolleranza alla contenzione.

Negli excerpts a seguito vengono riportati esempi che fanno emergere la cultura della valutazione, situazioni esemplari di buona pratica. Tuttavia, questi approcci olistici non sono presenti all'interno di tutte le strutture coinvolte nello studio. È possibile incontrare ostacoli a livello di policy organizzativa, che generano prassi implicite dalle quali molto spesso gli infermieri non si discostano, per mancanza di alternative oppure a causa delle rigidità organizzative.

*Ora si tende, per quanto mi riguarda a ridurle, a sospenderle se non necessarie. Quindi si pondera bene la decisione se metterle oppure no. Faccio un esempio, il tutone viene considerato contenzione anche quello, di giorno oppure di notte. Viene poi messo dopo ripetuti episodi, quando l'ospite si sporca con le feci durante la notte, insomma [...] si tende a pesare bene, a toglierlo e anche prima di mettere. [...] Viene poi pesata e presa in collaborazione con la fisioterapista e si passano i vari scaglioni...sì, si pesa tanto la decisione. Non è così spontanea la decisione di mettere le contenzioni. Ogni 3 mesi, una tempistica di aggiornamento...a livello burocratico poi la contenzione se vediamo che è il caso di mettere oppure togliere viene valutato ogni settimana. [Intervista 3\_TN1a]*

Nell'intervista 3 il professionista continua costantemente a sottolineare come la scelta di utilizzare uno specifico mezzo di contenzione sia adeguatamente ponderata e valutata.

Sottolinea il concetto di “dare tempo”, aspettare e cogliere elementi che legittimino l’uso delle contenzioni. La definizione dei tempi di rivalutazione aiuta a perdere la prassi dell’utilizzo routinario e portare il professionista ad una continua rivalutazione delle situazioni, per rispondere alla normativa in merito al concetto di temporalità limitata. Dalle parole dell’infermiere emerge un’interiorizzazione della cultura della valutazione e non riporta passivamente le fasi di tale processo. L’esempio a seguito evidenzia l’importanza del monitoraggio condiviso nel network assistenziale.

*È una scelta che è stata condivisa, vi è stata prima una fase di monitoraggio. Un singolo episodio non porta a mettere una contenzione come il tutone. Poi ovviamente dopo l’episodio ci siamo fermati con il collega ed informato a seguire il medico, quando abbiamo visto che quasi tutti i giorni si verificava l’evento si è deciso di prescrivere la contenzione. C’è stata la valutazione per una settimana. Soprattutto perché ho una scarsa esperienza e cerco sempre di confrontarmi con altri colleghi che lavorano da più tempo nella struttura. Cerco sempre la condivisione ed il monitoraggio di ogni situazione, cercando di comprendere il decorso e poi prendere la decisione migliore per la persona. Per quando riguarda la situazione che ti ho raccontato credo di aver attuato un percorso, sapevo che valutando tutte le opzioni, bilanciando tutte le possibilità per affrontare il problema poteva starci anche la contenzione. Abbiamo quindi deciso di applicarla, e monitorando come viene vissuto dall’ospite. Ogni singolo caso deve essere valutato.*  
[Interviste 8\_TN1b]

L’intervista 8 sottolinea l’importanza della condivisione come elemento fondante del processo di valutazione. L’infermiere riconosce le sue scarse esperienze e competenze, ricerca attivamente momenti di condivisione nel team che gli permettono di analizzare la situazione e lo aiutano a prendere le migliori decisioni per la persona. Un elemento rilevante dell’excerpt 8 è l’importanza che assume il vissuto dell’ospite nella scelta finale. In letteratura i vissuti degli utenti contenuti sono oggetto di interesse e la contenzione viene generalmente vissuta in maniera negativa, ad eccezione delle sponde a letto che vengono percepite come uno strumento di supporto e sicurezza da parte del residente e in alcuni casi anche da parte degli stessi infermieri (Gastmans & Milisen, 2005; Koch et al., 2006). Vi è la volontà di garantire al residente una costante valutazione dei vissuti, allo scopo di evitare atteggiamenti passivi e routinari che non permettono la riflessione in merito agli effetti secondari della contenzione.

Tale necessità di valutazione dei vissuti nasce dal fatto che i professionisti vivono in maniera ambivalente la pratica della contenzione, in continuo equilibrio tra il concetto di dignità e sicurezza per la persona. Nell'intervista 19 emerge velato il concetto di conflitto interiore che può influenzare il processo decisionale e l'approccio valutativo dell'infermiere. I dilemmi derivanti dall'applicazione della contenzione verranno affrontati a seguito in un capitolo dedicato.

*Sono sempre presidi scelti su prescrizione del medico e scelti in accordo con il personale infermieristico. Si inizia a raccogliere anche il parere degli operatori che collaborano tanto anche per quanto riguarda i monitoraggi, anche per quanto riguarda i posizionamenti. La condivisione viene fatta in forma scritta e non solo con i familiari, rispetto anche alla scelta si cerca sempre di orientarsi verso contenzioni che siano il meno possibile impattanti per la persona. Il fatto di dover fermare una persona, e di bloccare una persona in stato di agitazione è sintomo di un qualcosa che non va. [...] Secondo me se si fa un percorso è diversa l'applicazione della contenzione. È un cammino. [Intervista 19\_VR2]*

La cultura della valutazione è un processo che ripercorre le fasi del *decision-making process* presenti ed esposte nella letteratura internazionale. Si tratta di una sorta di cammino suddiviso per fasi, all'interno delle quali si cerca di garantire la migliore qualità assistenziale possibile per l'utente. La cultura della valutazione cerca di dare una linea di indirizzo univoca seguendo le ultime evidenze, cercando di ridurre per quanto possibile la variabilità operatore dipendente e garantendo le migliori pratiche assistenziali.

*Sì, perché prima magari prova a cambiare la carrozzina, perché già la diversità della carrozzina può essere già un primo intervento. Dopodiché quando viene proprio richiesta portiamo il tutto alla dottoressa, in base alle descrizioni che abbiamo riportato in diario anche lei valuta e ce la autorizza al computer e poi noi diamo la comunicazione al coordinatore dell'attivazione vera e propria. Dopodiché il fisioterapista dà la contenzione, viene messa e si fa un monitoraggio cartaceo che viene riportato in consegna per almeno 24-48 ore con la tolleranza della contenzione. Quando vediamo che una contenzione non serve più allora viene rivalutata, abbiamo fatto un grande lavoro di rivalutazione per cui abbattute molte sponde che erano state messe nel momento di acuzie e dopo rivalutate, le lasciamo a 45 gradi, il paziente quando si sente protetto a livello delle spalle ha una sicurezza in più. [Intervista 36\_TN3]*

L'intervista 36 riprende l'importanza della valutazione strutturata secondo un timing specifico, non solo in fase di avvio ma in ogni fase di malattia dell'utente; un continuum all'interno delle varie fasi del processo di cura. Il sapersi adattare alla persona, mettendo al centro le sue esigenze come singolo e lasciando da parte la routine e le esigenze dell'organizzazione. Emerge la volontà di attribuire una temporalità limitata alla pratica attraverso una continua rivalutazione e analisi della situazione. L'intervistato riporta come da parte delle organizzazioni vi sia la volontà di rendere evento straordinario l'utilizzo delle contenzioni, in particolare in merito alle sponde a letto che sono il mezzo più diffuso nei contesti residenziali.

Se da una parte si assiste ad una cultura della valutazione condivisa all'interno del team multiprofessionale, negli excerpts che seguono è evidente un approccio slegato e poco coordinato all'interno dell'equipe. Emerge un approccio di mancata cultura della valutazione e la scelta di utilizzare e attuare approcci in maniera sistematica e routinaria porta a inaridire il processo di valutazione delle contenzioni. Negli excerpts emergono esempi di una mancata cultura della valutazione che non mette a rischio l'utente, ma cerca sempre di avere come obiettivo finale la sua sicurezza.

*Poi ci sono tanti automatismi anche... almeno da quando ci sono io ci stiamo lavorando su questa cosa perché tante volte si dà per scontato che quella fascia serve ancora perché magari la malattia progredisce l'ospite si aggrava e non ha più bisogno di quella cintura [...] Secondo me ci dovrebbe scattare una molla, manca proprio la cultura anche visto che qua in struttura la maggior parte della gestione delle contenzioni la fanno gli operatori secondo me manca proprio anche la cultura di valutazione cioè di valutare non dico di prendere decisioni perché magari comunque vai a segnalare all'infermiere. [Intervista 27\_VR1]*

*Basta poco che finiscano in sedia legati... contenuti... legati è brutto...anche a letto vengono contenuti abbastanza [...] Allora di toglierla magari è già più facile dire "ascolta sembra che non si muova cosa dici proviamo? Lo teniamo controllato?" quella sì... però quella di metterla spesso e volentieri anche se si alza si fa male bisogna che lo conteniamo... ecco sono un po' prese così le decisioni qua. [Intervista 30\_VR1]*

Nelle interviste precedenti emerge una mancata valutazione delle situazioni, protocolli e linee guida sono efficaci se strutturati ed implementati con il supporto e condivisione di

una filosofia organizzativa basata sull'*assessment*. Il protocollo molto spesso utilizza situazioni esemplari che nella realtà trovano solo in parte concordanza, poiché vi sono diversi co-fattori ed elementi intrinseci al residente che non permettono di arrivare a una linea d'azione precisa e univoca. Risulta quindi fondante e rilevante, per una presa di decisione, la *leadership* e la policy organizzativa. La reale cooperazione tra i soggetti che compongono il team di lavoro, la condivisione del processo decisionale e il sostegno reciproco con focus rivolto al singolo paziente sono elementi che stimolano e supportano la cultura della valutazione.

Nell'esempio a seguito emergono preconcetti nei confronti dei residenti, che impediscono la diffusione della pratica contenzione-*free*, spesso infatti la decisione viene presa al momento dell'ingresso in forma preventiva.

*Noi abbiamo già delle contenzioni firmate, decidiamo già all'ingresso di che cosa può necessitare quella persona lì. Se però nel corso di una giornata magari si vede che una persona è particolarmente agitata e si decide di mettere il cinturino piuttosto che sedarla con delle gocce, però bene o male rispettiamo un protocollo. Difficilmente ci troviamo nella situazione di dover fare una contenzione nuova; se succede ci si confronta con chi c'è in turno. [Intervista 22\_VR5]*

L'excerpt 22 solleva una riflessione in merito alla decisione di utilizzare una contenzione a priori senza una adeguata valutazione; un'azione a contrasto con la normativa che la definisce una pratica eccezionale e con durata limitata. La decisione assunta a priori è un aspetto che si ricollega alla mancanza di valutazione dei professionisti, approccio che non permette un'assistenza *person-centred* e che porta ad agire in maniera passiva basandosi su supposizioni e ipotesi senza supporto di dati reali.

Così come per la presenza della cultura della valutazione, anche e la mancanza di tale valutazione, sembra essere influenzata dal contesto e dal network interprofessionale in alcune strutture vi sono pratiche consolidate ed è quindi difficile modificare prassi condivise dal team. In alcuni estratti si assiste ad infermieri consapevoli della mancanza di una cultura della valutazione e riconoscono il valore del confronto, del monitoraggio e della rivalutazione. Altri invece difficilmente riflettono in merito ad una nuova contenzione, spesso l'istituzionalizzazione di un nuovo utente prevede l'utilizzo di un qualsiasi mezzo di coercizione senza iniziare un processo di monitoraggio.

Non si tratta di un processo semplice e fluido ma prevede una serie di fasi molto complesse all'interno di team molto diversificati sia per esperienza lavorativa che per età

anagrafica. Gli infermieri neofiti e poco esperti sono più propensi al confronto rispetto ai colleghi che da anni lavorano nel contesto e con esperienza nella gestione di specifiche situazioni.

#### 5.9.2 Evoluzione della cultura della valutazione delle contenzioni

Negli ultimi anni si è assistito a un cambiamento in merito all'utilizzo delle contenzioni fisiche nell'anziano all'interno dei contesti residenziali, un cambiamento stimolato da norme e dal Codice Deontologico nei confronti di questa pratica. Gli stessi infermieri riportano questi cambiamenti come elemento di positività all'interno della pratica infermieristica, riconoscono la loro maggiore autonomia decisionale e l'importanza del confronto proattivo con i medici. L'infermiere assume quindi un ruolo chiave all'interno delle pratiche assistenziali che possono avere un forte impatto etico. Il concetto di evoluzione si traduce da una parte nel miglioramento delle pratiche di cura e quindi il ricorso all'uso della contenzione solamente in casi eccezionali e selezionati. Dall'altra parte si assiste, a situazioni che prevedono un forte coinvolgimento emotivo e cognitivo, sottolineando il cambiamento rispetto al passato in merito alle implicazioni legali correlate all'utilizzo di tale pratica. In passato la scelta di usare un mezzo contenitivo veniva presa con maggiore leggerezza, ora invece nel caso in cui si debba ricorrere a tale pratica, gli infermieri riferiscono di sentirsi invasi dal peso della scelta.

*Quello che posso dire è proprio in riferimento a tanti anni lavorativi per cui io ho visto la contenzione con i metodi più rudimentali e arcaici, nel senso lenzuolini piegati e legati in vita e legati al termosifone...posso dire queste cose? Anche perché allora non avevamo altri strumenti per poter contenere le persone, per cui si arrotolava un telino per gli ospiti che erano seduti e si metteva in vita e la stessa cosa si usava a letto sempre il telino arrotolato che passava sotto le ascelle e legato sotto alle sponde del letto in fondo la testiera oppure il lenzuolo dove avvolgevi tipo il neonato per riuscire a contenere... le sponde che non erano inserite nei letti ma le dovevi togliere ed era una cosa pesantissima per cui quando cadevano... addirittura venivano messe due sponde, e una sponda sopra a mo' di gabbia per gli ospiti che erano veramente agitati e che tentavano di scendere dal letto... ecco io ho visto tutte queste cose e poi ho visto il passaggio ai sistemi di contenzione più moderni. [Intervista 31\_VR1]*

Nell'intervista 31 l'infermiere confronta l'evoluzione della pratica rispetto al passato sottolineando soprattutto un miglioramento per quanto riguarda i mezzi a disposizione, superando "i metodi rudimentali e arcaici" utilizzati in passato. Un concetto di evoluzione parziale e superficiale, infatti si assiste solamente ad una modernizzazione dei presidi disponibili, e non ad una evoluzione del pensiero critico nei confronti di tale pratica.

Il concetto di evoluzione si collega alle implicazioni emotive che può scatenare nel professionista l'utilizzo della contenzione, nell'excerpt a seguito viene riportata questa nuova declinazione.

*Vorrei aggiungere che è una cosa che mi è successa poche volte, pochissime. Una volta era molto più soft, si prendevano decisioni in maniera molto più alla leggera. Adesso invece la cosa è molto forte, con le relative implicazioni. Sono cose che le vivi con stress.*  
[Intervista 9\_TN1b]

Nell'intervista 9 l'intervistato da tempo inserito nel contesto residenziale fa emergere una evoluzione emotiva, sfumatura non presente in altre interviste. Si assiste ad una evoluzione dei sentimenti che può essere letta come un progresso e cambiamento della postura e della filosofia infermieristica nei confronti della contenzione. L'infermiere riporta un cambiamento in merito al processo decisionale sulle contenzioni rispetto al passato, una trasformazione caratterizzata da due diverse declinazioni. Ad una prima lettura appare come un cambiamento empatico dell'infermiere che pone al centro il paziente, ma analizzando meglio le parole utilizzate emerge la reale motivazione che lo porta a decidere in maniera ponderata e precisa nell'ottica di implicazioni medico - legali.

Una visione a contrasto emerge nell'excerpt dell'intervista 23, dove viene ripreso il concetto di assunzione del rischio che scardina elementi emersi in altre interviste in merito alla pratica della contenzione come azione di *nursing*.

*L'alternativa era sediamo e conteniamo, oppure accettiamo che l'ospite possa cadere. Almeno l'ospite non entra in crisi. Questi ragionamenti si iniziano a fare. Abbiamo anche accettato il rischio che non possiamo essere dappertutto, e che gli ospiti possono cadere, che prima era un tabu. Forse fino a qualche anno fa era una routine, ma ora che si è iniziato a parlarne effettivamente insomma ci penso anche un po' di più se ne vale la pena, o forse inizio ad abituarci che ci sono altre possibilità, o almeno altre modalità. (R: Secondo te questo clima di cambiamento a che cosa è dovuto?) Secondo me, il fatto che*

*abbiamo una nuova generazione di infermieri, che a più livelli si cerca di parlarne.*  
[Intervista 23\_VR2]

L'infermiere in questa intervista descrive una scissione con il passato, riprende in maniera sfumata il concetto di assunzione del rischio, ma ciò che emerge è il cambiamento della postura della professione in senso olistico, entrando quindi in contrasto con la letteratura ad oggi pubblicata (Möhler & Meyer, 2014; Kong et al., 2017). Ora infatti la presenza di alternative porta il professionista ad attivare differenti strategie prima di arrivare all'attuazione di tale pratica. Un clima di cambiamento, avvenuto grazie alla "nuova generazione" di infermieri riflessivi e adeguatamente formati per affrontare nella modalità più indicata una situazione di criticità senza dover ricorrere all'uso dei mezzi di coercizione. Una cultura della valutazione che ha alla base il dialogo, e come dice Hölderlin, "noi siamo un colloquio, per questo abbiamo bisogno di stare dentro relazioni dialogiche, perché lo scambio di parole nutre l'anima; cercare il dialogo permette di attivare un atto di cura sensibile nei confronti del paziente, un atto di caring" (Mortari & Saiani, 2013, p.110). Leggendo complessivamente questi excerpts è possibile capire come l'evoluzione di cui si parla all'interno dei team multiprofessionali sia dovuta a varie motivazioni: da una parte vi è un cambiamento generazionale, e quindi l'inserimento di nuovi infermieri con nuove conoscenze e nuovi approcci stanno modificando contesti che tenderebbero a rimanere ancorati a pratiche consolidate. Dall'altra si assiste anche ad un'evoluzione della responsabilità professionale in un'ottica positiva ma allo stesso tempo negativa. Questo aspetto può essere considerato una barriera che impedisce la rimozione e la riduzione dell'utilizzo delle contenzioni; parallelamente anche la resistenza al cambiamento da parte dello staff si traduce e si concretizza in un ritardo all'implementazione dell'assistenza contenzione-*free*.

### 5.9.3 Rischi della contenzione

La pratica della contenzione non è esente da rischi ed effetti avversi secondari al suo utilizzo; la scelta di ricorrere a queste metodologie non è scontata per i professionisti sanitari. Vi è consapevolezza in merito alle conseguenze negative che tale pratica può determinare sul paziente. Dalle interviste emergono diversi rischi correlati all'utilizzo, gli intervistati riportano esperienze realmente accadute e che hanno portato a peggioramenti dello stato di agitazione e di irrequietezza, impattando a livello psicologico la persona e causando eventi avversi legati al mal posizionamento del mezzo contenitivo.



*La contenzione può avere dei benefici ma secondo me anche dei rischi e limiti cioè un ospite con la contenzione si può anche far del male perché si sfilano dalla cintura a letto chi ha solo le sponde tante volte la notte chi è in delirio la notte si sveglia così, cerca di scavalcare le sponde si fa male le gambe insomma ci son tante, magari i partenti e neanche io finché non ho visto tutti gli episodi che ho visto stando qua dicevo “ma si le sponde insomma”... e invece no con la pelle fragile che hanno loro si incastrano in mezzo le sponde, si fanno del male oppure possono tentare di scavalcarle che è ancora il peggio.. la cintura può essere sì una contenzione ma se uno cerca di sfilarsela e va su e gli arriva fino al torace fa anche male. [Intervista 29\_VR1]*

*Ricordo ancora, una signora giovane psichiatrica che non si riusciva a contenere. Avevamo delle cinture che non erano proprio ‘moderne’, l’abbiamo messa in poltrona e ricordo che c’era l’ospite che aveva la cintura sotto il collo, mi ha fatto proprio impressione, però di casi così emblematici no [non mi sono mai successi]. [Intervista 15\_VR2]*

*Abbiamo avuto degli ospiti che riuscivano in ogni caso a sfilarsela e quelli che si giravano nel letto con la cintura addominale, mi capisci che è veramente...Paura che l’ospite si faccia del male seriamente.[...] Questo è difficile da dire perché abbiamo ancora avuto degli ospiti che sono caduti giù dal letto con la contenzione con conseguenze anche abbastanza gravi come le fratture... ci sono anche quelli che magari sono riusciti a scavalcare le sponde e li abbiamo trovati in corridoio che non si erano fatti niente... difficile calcolare in anticipo la gravità dopo dell’evento. [...] quindi magari anche un movimento che riescono magari invece di una fascia addominale diventa fascia toracica. [Intervista 27\_VR1]*

Nelle interviste emergono i maggiori esiti avversi secondari all’utilizzo di un mezzo di contenzione: lesioni agli arti oppure cutanee, come emerge nell’intervista 29, poiché l’ospite tenta di liberarsi e il mezzo di contenzione crea traumatismi e abrasioni cutanee. Nelle interviste 15 e 27 emerge un’altra conseguenza molto impattante e potenzialmente mortale per l’utente, che può generalmente insorgere utilizzando specifici mezzi di contenzione, come ad esempio le cinture addominali che possono aumentare il rischio di soffocamento. I mezzi a diretto contatto con il corpo della persona possono incentivare tentativi di rimozione autonoma del *device*, azioni che aumentano esponenzialmente il rischio di soffocamento, compressione nervosa e morte. Dagli estratti emerge

consapevolezza diffusa in merito ai danni diretti della contenzione mentre vi è inconsapevolezza in merito alle implicazioni emotivo-psicologiche, come la privazione della libertà in termini di movimento e di autodeterminazione.

Un aspetto importante che emerge all'interno della pratica assistenziale con discreta ricorrenza è il rischio al quale può incorrere il paziente dopo un errato posizionamento del presidio, come emerge nell'excerpt a seguito.

*È successo anche un anno, quando ho iniziato, è scivolata una signora che indossava un cinturino addominale, perché troppo lenta, quindi un'ospite agitato è scivolato giù quindi non ha funzionato, si la utilizzo ma bisogna sempre controllare come è usata. Spesso succede che uno sgancia e poi non riattacca, poi succede qualche casino. [Intervista 18\_VR4]*

Emerge dall'intervista 18 la necessità e l'importanza di un corretto posizionamento della contenzione e il controllo sistematico a seguito dell'applicazione. Spesso l'attenzione del professionista è primariamente rivolta a ciò che può provocare sulla persona in maniera diretta e indiretta, e solo secondariamente in merito agli esiti che possono derivare da un mancato monitoraggio e/o un errato utilizzo. Aspetto che in un certo senso si ricollega all'*assessment* in merito alla gestione e valutazione non accurata. Nelle interviste l'utilizzo della contenzione nasce dalla necessità di gestire una situazione complessa, come il controllo di stati di agitazione, ma che non è stata adeguatamente approfondita in merito alle sue cause scatenanti.

*Quindi secondo me mettere un mezzo di contenzione ad una persona contro la sua volontà si rischierebbe di aumentare il suo stato di irrequietezza. [Intervista 16\_VR4]*

*Io per la mia esperienza gli ospiti che hanno un wandering, se li metti seduti e li legghi peggiori [la situazione], si agitano ancora di più. [Intervista 41\_TN3]*

*[...] adesso magari parlo un po' anche dell'ambito psichiatrico visto che io l'ho vissuto, però molte volte quando si contiene un paziente si lega, non si ha l'effetto che si vuole che si mette tranquillo e sta lì, si evita solo magari che cada e si faccia male ma si agita ancor di più, però si agita di più però per lo meno evita di farsi male per avrà una sofferenza più mentale che però si cerca di compensare con nella terapia. [Intervista 23\_VR1]*

Nelle esperienze emerse negli excerpts è possibile riscontrare una situazione che spesso si verifica nei contesti ossia l'utilizzo delle contenzioni come metodo di gestione dei disturbi del comportamento quali agitazione e aggressività. Spesso la scelta non porta ai risultati ipotizzati ma al contrario lo stato di agitazione peggiora; nelle interviste 16 e 41 gli infermieri sono consapevoli del peggioramento delle condizioni ma non si attivano per trovare altre alternative. Mentre, nell'intervista 23, non solo l'infermiere non fa nulla per gestire la "sofferenza mentale" del residente ma rincarica ulteriormente somministrando la terapia come se non riuscisse a percepire i sentimenti e comportamenti della persona.

Se da una parte si assiste a una gestione poco focalizzata alla persona e molto legata alle prassi, dall'altra è possibile incontrare professionisti attenti e sensibili, pronti ad attivare riflessioni di livello elevato e se non in grado di rispondere alle situazioni concrete con le proprie conoscenze si attivano per ricercare la risposta ai loro dubbi, utilizzando ed interrogando le evidenze scientifiche, in un'ottica *Evidence Based Practice* (EBP).

*Qua abbiamo le tute contenitive per alcuni ospiti, notturne e sono state cestinate poco dopo l'apertura perché sono altamente predittive, si è visto dalla letteratura che posso portare a danni irreparabili, fino alla morte del paziente. Non è uno standard di qualità, ci sono tanti altri mezzi di contenzione più ambientali – logistica, chimico-farmacologici magari possono avere dei pro e dei contro però fisicamente è più facile che si creino dei danni loro. Magari chimicamente riesci a tamponare un po' di più. [Intervista 17\_VR4]*

L'assistenza contenzione-free deve diventare uno standard assistenziale nei contesti residenziali; è necessario quindi introdurre e formare lo staff alle strategie alternative. Le restrizioni fisiche hanno assolto i loro scopi, nelle strutture di cura per acuti e riabilitative, per molti anni; considerate mezzo efficace per gestire utenti confusi con vagabondaggio, per prevenire la rimozione dei *device* e per ridurre il rischio cadute. Le evidenze hanno da tempo sottolineato l'importanza della riduzione della contenzione e della diffusione della cultura della non-contenzione. Nonostante sia largamente supportata la mancanza di correlazione tra contenzione fisica e prevenzione del rischio caduta rimane ad oggi una pratica ancora usata all'interno dei contesti. L'applicazione del mezzo contenitivo non è un atto che termina al momento del posizionamento, ma la permanenza sulla persona e parti del corpo può portare ad esiti sfavorevoli fino ad arrivare ad esiti molto impattanti come declino a livello funzionale motorio e cognitivo (Cadore et al., 2014; Evans et al., 2003).

Dalle interviste emerge l'importanza di porre attenzione non solo al mezzo di contenzione ma anche al suo corretto posizionamento. In merito a tale aspetto non vi sono

evidenze a supporto in letteratura. Nel paragrafo a seguito emerge la volontà dei professionisti di andare oltre il visibile cercando di valutare la contenzione partendo dal vissuto dell'ospite.

#### 5.9.4 La valutazione della contenzione a partire dal vissuto dell'ospite

Il professionista sanitario nel momento in cui si trova a dover decidere di applicare o di valutare una contenzione non si basa solamente su aspetti correlati ai rischi della stessa, ma cerca di andare a fondo cercando di interpretare il vissuto del paziente e da lì poi far partire le proprie valutazioni. Una ricerca che va al di là della semplice valutazione della tolleranza e reazione dell'ospite ma che cerca di analizzare in profondità cosa sottostà ad una determinata reazione della persona. Nell'estratto che segue emerge questa sfumatura, un processo di valutazione basato e modulato al vissuto dell'utente.

*Ho rinunciato a mettere contenzioni (cinture, lenzuolo contenitivo) perché vendendo questa signora che era piuttosto inquieta, pensavo di farla agitare ancora di più. Ho cercato la contenzione più adatta per una persona confusa [Intervista 9\_TN1b]*

Analizzando questo excerpt è possibile evincere come il processo di valutazione possa partire a vari livelli e con focus diversi. La visione olistica del paziente è un aspetto molto importante da presidiare nel processo di valutazione e di presa di decisione infermieristica. La centratura sui vissuti e sulla tolleranza ha un forte impatto sulla persona, devono essere presi in considerazione ed analizzati per decidere quale approccio mettere in atto per evitare intolleranze e sofferenza nella persona. Nella narrazione 9 l'infermiere rinuncia a utilizzare dei mezzi contenitivi perché valutando la signora ha riscontrato un disagio, e per evitare l'esacerbazione dei sintomi ha preferito cercare e valutare una contenzione adeguata alla persona. Se in precedenza il professionista si attiva per interpretare al meglio le necessità della persona a seguito emerge una postura opposta.

*Se un ospite viene da casa che già a casa utilizzava le sponde se le vogliamo considerare contenzione qua vengono in automatico messe quasi a tutti [...] se anche a casa usavano cinture inguinali o fasce addominali di prassi vengono messe, dopo li si valuta [Intervista 30\_VR1]*

Emerge una paralisi valutativa, nell'intervista 30 non si assiste a valutazione ma a un mero processo attuativo; il soggetto non viene valutato ma vengono messe in pratica azioni e interventi già provati e testati in passato.

La valutazione della contenzione a partire dal vissuto dell'ospite è solamente una parte di ciò che in realtà viene gestito dall'infermiere. La ricerca nel trovare la migliore strategia per la persona entra a livelli più stratificati nel momento in cui il professionista si mette in relazione con il paziente, analizzando non solo la tolleranza ma i vissuti connessi. Un aspetto nuovo che ad oggi non trova possibilità di confronto in letteratura, l'interpretazione e l'agency empatica del professionista durante la pratica infermieristica emerge in azioni di *caring* positive. L'analisi di tale postura del professionista non è stata ad oggi studiata in merito alla pratica della contenzione fisica, ma solo in termini di vissuti e sentimenti. Nel seguente capitolo viene affrontato questa evoluzione di attenzione da parte di alcuni professionisti che si trovano in situazioni ad alto coinvolgimento empatico.

## 5.10 Sguardo dell'operatore sui vissuti dell'ospite

Il legame che si instaura tra professionisti sanitari e la pratica della contenzione è di grande rilevanza, soprattutto per quanto riguarda la sfera dei vissuti, sia in riferimento al carico emotivo che questa pratica può implicare, sia come elemento di rassegnazione e accettazione di una pratica diffusa all'interno del contesto delle residenze sanitarie assistenziali.

### 5.10.1 Vissuti privi di componente emozionale soggettiva: descrizione della reazione dell'ospite senza sguardo empatico

Dalle interviste emerge che il vissuto soggettivo dell'infermiere spesso non è presente, si assiste a una perdita di attenzione nei confronti del paziente che non viene adeguatamente considerato. Il vissuto del residente non viene analizzato né interiorizzato dall'infermiere, rimane in sospeso come se non vi fosse una percezione della componente emozionale dell'altro. Di seguito vengono riportati degli estratti che testimoniano questa mancanza di vissuto soggettivo da parte dell'operatore nei confronti del residente. In alcuni casi, la non considerazione del paziente viene recuperata cercando di comprendere e considerare le esigenze del familiare. La mancanza di coinvolgimento emotivo dell'infermiere influenza la relazione di cura; si assiste ad una depersonalizzazione della pratica della contenzione portando il professionista sanitario alla ricerca di confronto con colleghi e medico di struttura, perdendo di vista il sentire dell'altro.

L'infermiere, nell'intervista 7, assume una postura attuativa e scarsamente riflessiva, mettendo al primo posto la propria responsabilità nella decisione sulla persona.

[signora che tenta di alzarsi dalla carrozzina e caduta più volte senza arrecarsi danni] *Dopo varie alternative ritenevo necessario mettere la cintura addominale sono responsabile di quello che faccio perché comunque so che per una protezione [contenzione] bisogna mettere al corrente i familiari in primis e dopodiché il medico.* [Intervista 7\_TN1b]

Nell'estratto dell'intervista 7 viene sottolineato in maniera forte il concetto di responsabilità nella decisione di applicare una contenzione mettendo al corrente il familiare e il medico ma perdendo di vista il residente. In questo estratto il vissuto soggettivo

dell'infermiere è mancante, non vede la problematicità dell'evento e non si rende conto delle proprie azioni né tantomeno del vissuto dell'altro.

In altre interviste vi sono infermieri consapevoli delle loro mancanze in merito alla gestione dei mezzi di contenzione.

*Era un ospite a rotazione, con i quali abbiamo più difficoltà perché non c'è un'interazione medica diretta, spesso il medico di base non conosce l'utenza che ci arriva e non hanno chiara la loro storia clinica e di vita quotidiana. È quindi difficile, si rischia di fare la classica chiamata e richiedere la contenzione senza avere un incontro di équipe che permetta di fare una scelta consapevole, con una visione più ampia. [Intervista 1\_TN1b]*

Nell'estratto 1 emerge un'oggettivizzazione dell'approccio alla contenzione, lo stesso infermiere è consapevole di aver perso la visione sull'altro, ma non fa nulla per cercare la relazione e interconnessione con il paziente. Spesso, l'impossibilità al confronto non permette di fare una scelta consapevole e personalizzata alle reali necessità della persona. La mancanza di coinvolgimento empatico, il non percepire la sofferenza e reazione dell'altro si concretizzano nella pratica con azioni prive di agency empatica. Si assiste a una visione non problematizzante del fenomeno e tale mancanza non permette di percepire nella sua totalità gli elementi negativi della contenzione.

Il professionista non percepisce la problematicità e complessità del fenomeno della contenzione come atto a forte impatto etico sulla persona, e di conseguenza non riesce o non vuole interpretare sentimenti e vissuti. Se è vera l'affermazione secondo la quale siamo esseri relazionali, e che assumiamo il nostro senso attraverso dinamiche relazionali con l'altro, nel momento in cui nego l'altro non sono in una relazione con esso, non è quindi possibile creare un vissuto senza una dinamica relazionale (Ricoeur, 2007, p.36 in Mortari, 2015, p.39). Colpisce come la dimensione dell'assenza di coinvolgimento emotivo soggettivo sia un aspetto già riscontrato in letteratura; vi possono essere professionisti emotivamente coinvolti ma allo stesso tempo altri possono agire la pratica della contenzione in maniera routinaria e priva di sentimento (Chuang & Huang, 2005). La capacità di vedere ma non di avere uno sguardo empatico, è un aspetto diffuso tra i professionisti sanitari ed emerge nella maggior parte delle interviste. L'approccio analitico che spesso accompagna la pratica infermieristica può allontanare l'infermiere dalla dimensione etica del processo di cura. Come si può notare negli excerpts che seguono, il professionista non si pone in discussione, ma accetta passivamente e descrive oggettivamente le reazioni dei residenti alla contenzione. In alcuni casi l'utente manifesta

la propria opposizione alla contenzione, ma il professionista analizza i comportamenti in maniera superficiale, non valuta i sentimenti sottesi a tali gesti espliciti e non elabora la sofferenza e le parole che in alcuni casi essi esplicitano.

*Era già prescritta la bascula con cintura pelvica di giorno. Il far dormire un ospite in bascula non è il massimo ma dal quel giorno hanno continuato a far così per tutta la durata del sollievo. Nel letto non tollerava per nulla le sponde, non riusciva proprio. [Intervista 2\_TN1b]*

Nell'intervista 2 l'infermiere utilizza in maniera acritica la contenzione, legittimato dalla presenza di una prescrizione medica non riflette in merito alle conseguenze. Egli infatti utilizzando la sedia a bascula, normalmente utilizzata a scopo posturale, priva il residente del comfort durante il riposo notturno. Tale approccio sottolinea gli effetti negativi che derivano da un utilizzo prescrittivo della contenzione, l'infermiere infatti non si pone particolari dilemmi ma è solo consapevole che *"Il far dormire un ospite in bascula non è il massimo"*, non va alla ricerca di altri metodi ma continua ad utilizzare la contenzione durante tutto il periodo sollievo. Nell'excerpt a seguito si assiste ad una ulteriore involuzione empatica da parte del professionista.

*Non appena abbiamo messo la cintura si è subito agitata e siamo dovuti intervenire con i farmaci per la sedazione, però è stato uno dei pochi casi in casa di riposo così refrattari anche ai sedativi e che la potesse aiutare. Non si calmava voleva costantemente andare, cercava di alzarsi e cadeva, strisciava per terra. [Intervista 7\_TN1b]*

Un'escalation al negativo si assiste nell'intervista 7, emerge infatti da parte del professionista una totale mancanza di analisi critica della situazione. L'utente in maniera evidente manifesta il proprio dissenso nei confronti della contenzione ma il professionista non coglie il problema ed interviene con la terapia farmacologica per controllare i disturbi comportamentali. È totalmente assente la valutazione dei comportamenti e l'infermiere non ipotizza altri approcci per aiutare il vissuto del residente.

Negli excerpts che seguono emerge la volontà dell'utente all'autodeterminazione e la volontà di dare voce alle proprie credenze con parole, gesti e azioni corporee. In questi racconti l'infermiere descrive ciò che vede ma non va in analisi in merito ai significati sottesi a tali manifestazioni.

*A tratti piangeva e diceva "voglio tornare a casa mia", giustamente perché era da poco che era inserita qui. Di base una demenza per cui anche difficile rapportarsi. Si sfilava i ganci dell'inguinale, aveva una buona capacità e forza nelle braccia. Diciamo che più che*



*altro non si faceva del male, nel senso che comunque continuava a fare le sue cose a girarsi, giocare con la coperta, però almeno non si infilava nelle sponde per me era la cosa principale. Perché comunque si sarebbe fatto male. [Intervista 13\_VR2]*

In questo excerpt emerge una semplice descrizione della situazione e dei comportamenti, manca totalmente un'analisi empatica a causa di preconcetti in merito alla gestione di particolari condizioni. Infatti, l'infermiere riferisce difficoltà nel comprendere i vissuti e nel relazionarsi con utenti affetti da demenza, dando quindi per scontato l'impossibilità comunicativa. Il semplice vedere non ha un influsso di per sé sulla dimensione etica, infatti la teoria dei sentimenti morali sostiene che "un costrutto cognitivo, e dunque un ragionamento, ha capacità performative sull'esserci se accompagnato da un sentimento empatico" (Mortari & Saiani, 2013). Nell'excerpt 13 l'infermiere descrive le reazioni dell'ospite senza provare ad andare oltre, fa un tentativo di comprensione dell'altro per poi ritornare alla motivazione principale che l'ha portato alla scelta. Un esempio ancora più significativo di osservazione passiva senza riflessività emerge nell'intervista 14.

*Abbiamo deciso di applicare le contenzioni per il periodo che era a letto le doppie sponde e diciamo che ha reagito bene, era un modo per girarsi nel letto e non sentire dolore. [...] Il tavolino lei lo ha rifiutato, tendeva sempre a rimuoverselo ed aveva avuto anche un episodio di caduta inciampando nelle pedaline per rimuovere il tavolino ed è caduta per fortuna senza conseguenze. Abbiamo deciso di togliere il tavolino e mettere la cintura addominale, anche questa non tollerata tantissimo ma comunque ha trovato il suo equilibrio la vedeva meno rispetto al tavolino come un qualcosa che la frenava. [...] No, tutt'ora sono passati tre mesi ancora mi dice "toglietemi questa cintura", non l'ha ben accettata. [Intervista 14\_VR2]*

In questa narrazione il professionista non appare totalmente consapevole della sofferenza del residente che si trova, dopo una serie di vicissitudini, costretto in sedia con un mezzo non tollerato. Il residente non viene informato né coinvolto nelle scelte. L'infermiere utilizza sempre le parole "Abbiamo deciso di togliere/di applicare...", non emerge la volontà di andare in approfondimento in merito ai vissuti del residente né di mettere in pratica azioni alternative alla contenzione. Quest'ultimo deve accettare passivamente l'applicazione della contenzione nonostante la sua espressione di evidente contrarietà, "toglietemi questa cintura"; infatti, l'infermiere non si attiva per assecondare la sua richiesta ma accoglie passivamente la non accettazione. L'informazione può assumere un ruolo determinante nell'accettazione della contenzione da parte del paziente, tuttavia, tale coinvolgimento e richiesta di consenso all'applicazione non viene sempre garantita poiché

viene data per scontata.

Spesso gli utenti rivendicano il loro diritto di auto-determinazione, come una sorta di strategia di *coping*, e uno degli atteggiamenti più espliciti è proprio la continua ricerca di rimozione dal mezzo di contenzione. Spesso tali comportamenti non vengono percepiti dai professionisti, i quali si limitano ad una semplice descrizione priva di riflessione, e quindi non riescono a comprendere i sentimenti dell'altro. Osservando in maniera globale ed olistica i significati emersi nelle interviste emerge un aspetto rilevante. Nonostante vi sia da parte delle organizzazioni la volontà di attuare una cultura in merito alla gestione della contenzione, che stimoli la riflessione e l'*assessment*, si assiste ad una variabilità nella componente soggettiva insita ad ogni singolo professionista che deve essere educata e formata alla riflessione etica e coinvolgimento empatico.

#### 5.10.2 Valutazione della tolleranza e reazione dell'ospite con uno sguardo di attenzione

Se in alcuni casi si assiste ad una semplice descrizione, in alcune situazioni emerge contestualmente una valutazione della reazione dell'ospite soggetto a contenimento fisico. Negli excerpts che seguono i professionisti cercano di descrivere le implicazioni che può avere la contenzione sull'utente, attraverso espressioni e comportamenti verbali e non verbali.

*Secondo me, non l'ha vissuta male perché è abituata la sera ad averla [sponda a letto]. Non ha mai tentato di scavalcare la sponda, si è spogliata un'altra volta mentre era a letto...ma almeno è possibile coprire con un lenzuolo per preservare la dignità della persona. Ho preferito così piuttosto che andasse in giro per il piano nuda. Già a letto era più tranquilla poi ho alzato le sponde, si è messa a dormire perché sa che di solito quando vengono alzate è ora di riposare. [Intervista 10\_TN1c]*

L'infermiere in questa intervista cerca di andare in approfondimento e di analizzare la situazione per provare a ipotizzare il vissuto della persona. Attiva delle riflessioni ipotizzando possibili reazioni basandosi su atteggiamenti e abitudini che l'utente attiva quotidianamente. Si assiste a una forma di indifferenza che si fonda su un'interpretazione mistificante del vissuto dell'altro, perché l'operatore vede che la paziente si è spogliata ma dice "*non l'ha vissuta male*". Giustifica questa sua costruzione mentale con il rispetto della dignità dell'altro: ma non è il paziente a chiederlo, questo è un esempio di una colonizzazione violenta dell'altro, un esempio di conflitto interpretativo.

Nell'excerpt a seguito il professionista attiva un altro livello di analisi, cerca di

interpretare il vissuto basandosi sulla componente cognitiva, su una prassi che viene attuata su una determinata tipologia di utenti.

*Soprattutto dal momento che facciamo il monitoraggio per vedere la tolleranza del paziente quanto la tollera. Dipende dallo stato cognitivo della persona, come ti ho detto prima tante volte secondo me non se ne accorgono neanche oppure è diventata una cosa che è lì, non so come la cintura addominale in carrozzina che dà sicurezza anche a loro. Non viene messa stretta, così che loro non la sentano come un qualcosa che blocca.*  
[Intervista 38\_TN3]

Tale riflessione espressa nell'intervista 38 entra in contrasto con i valori etici del *caring*, il prestare attenzione allo stato d'animo del paziente non solo per quanto riguarda la componente fisica, ma anche e soprattutto quella emotiva. Nonostante l'utente con declino cognitivo possa apparire passivo e scarsamente responsivo agli stimoli esterni, non significa che non provi emozioni contrastanti e negative in merito alla contenzione. Una pratica che difficilmente viene percepita in maniera positiva ma che al contrario scatena nella persona una serie di emozioni invalidanti e che portano a disumanizzazione (Gastmans & Milisen, 2005). Dall'intervista è possibile notare un approccio alla persona lontano dalla comprensione dell'altro, infatti, il comprendere l'altro si nutre della capacità empatica e non è un atto mentale fine a sé stesso. Nell'intervista 11 l'infermiere cerca di analizzare gli effetti delle proprie azioni sulla persona.

*All'inizio non capiva perché all'inizio voleva uscire ad andare eccetera. L'abbiamo poi tranquillizzata con molta fatica, non è stata una cosa semplice. Siamo riusciti a farle capire in qualche modo che doveva stare lì e riposare. Dopo abbastanza bene, la sua agitazione e confusione persistevano; per cui il momento critico è quando sono agitati e non sai bene fino a che punto puoi contenerli o no, perché loro tenderebbero ad andare hanno un wandering che li porta a camminare continuamente poi se vengono bloccati si agitano e vogliono comunque muoversi.* [Intervista 11\_TN1b]

La difficoltà di entrare in sintonia con l'utente traspare in maniera evidente dalle parole del professionista. Si assiste all'intento del team alla volontà di aiutare la persona cercando di tranquillizzarla; emerge consapevolezza delle proprie azioni ma anche la difficoltà nel comprenderne i vissuti cognitivi ed emotivi del residente. Spesso l'incapacità dell'infermiere nel comprendere l'altro nasce da una difficoltà nel decifrare andando oltre la "maschera della demenza", che spesso fa agire in modo non performativo e incapace di generare azioni di cura verso l'altro. Il professionista intercetta ma non sente l'intolleranza

alla contenzione dei residenti, quindi difficilmente ipotizza azioni alternative per evitarne l'utilizzo.

### 5.10.3 La profonda interpretazione del vissuto dell'altro ma che non porta ad empatia

Un passo successivo alla valutazione del vissuto è l'interpretazione profonda dei comportamenti, ma che non porta ad una visione empatica. L'infermiere inizia a entrare in intima relazione con l'utente, ma non vi è ancora quell'interpretazione complessa e ricca di empatia tipica di un pensiero eticamente orientato. L'infermiere mette al centro la persona e cerca di capirne i vissuti e sentimenti, ma non si mette nei panni dell'altro, una postura che necessita capacità complesse e strutturate.

*È fondamentale l'approccio multi disciplinare, è stato un caso angosciante per noi, per i suoi figli e per lei. Non riuscivi a raggiungerla, non riuscivi a tranquillizzarla...per lei dev'esser stato terrificante questo posto che la obbligava a restare in carrozzina, lei voleva uscire andare a casa a prendere i bambini. Se non riesci a tranquillizzarla e trovare un modo per lei per essere serena è stato brutto [Intervista 7\_TN1b]*

Nell'intervista 7 la scelta di utilizzare la contenzione viene vissuta da professionista, familiare e paziente in maniera negativa. Emerge la volontà di capire i comportamenti della residente ma senza riuscirci e tale impossibilità scatena un sentimento di frustrazione. L'impossibilità di decifrare il sentimento della residente porta il professionista a scegliere di usare una contenzione, ma analizzando i comportamenti emerge in maniera forte l'inadeguatezza della scelta e lui stesso ne è consapevole. A differenza della precedente intervista 38, *“Dipende dallo stato cognitivo della persona, come ti ho detto prima tante volte secondo me non se ne accorgono neanche oppure è diventata una cosa che è lì”,* in cui l'infermiere sostiene che gli utenti con demenza non percepiscano nulla, nell'intervista 22 emerge un'altra sfumatura.

*Malissimo, secondo me. Per me lo vivono malissimo...un ospite demente non capisce, si incavola se metti il tavolino, perché si vuole alzare. [...] Ma l'ospite demente, che lo devo contenere perché incontenibile, non lo vive bene anzi s'incavola ulteriormente. [...] L'ospite demente, psichiatrico che gli metti un tavolino perché si vuole alzare si incavola come una bestia. [Intervista 22\_VR5]*

L'infermiere dell'excerpt 22 sostiene che l'incapacità e la ridotta comprensione della situazione da parte dell'utente con demenza peggiora dopo l'utilizzo della contenzione

fisica. L'utente con declino cognitivo percepisce negativamente tale pratica, e non riuscendo a esprimersi a livello verbale attiva una serie di comportamenti che richiedono da parte del professionista una lettura approfondita e consapevole. A supporto di tale affermazione una lettura ancora più ricca emerge nell'intervista 23 e 29; il professionista cerca di ipotizzare possibili vissuti e percezioni dell'utente a seguito dell'applicazione di un mezzo contenitivo, come la violazione della libertà e dei movimenti senza considerare la patologia di base.

*Secondo me non bene, nel senso che loro magari tanti sono anche affetti da patologie mentali quindi non capiscono perché tu stai facendo una cosa del genere, perché magari se fossero in grado di capire le cose non proverebbero neanche a scavalcare le sponde sanno che si fanno male e stanno fermi lì quindi secondo me il loro la vivono come una prigionia, una violazione della loro libertà vedersi legati, come manicomi di una volta. [Intervista 23\_VR1]*

*Poi magari che sia demente o no, orientata o no, vedersi comunque limitata nei movimenti e nella libertà... è sempre difficile, la accettano molto difficilmente, dopo per carità piano piano si adottano anche delle soluzioni o terapeutiche [...] li vedi proprio quando non li vedi più raggiungibili in nessun modo. [Intervista 29\_VR1]*

Emerge quindi, dalle parole del professionista, la volontà di proteggere la libertà della persona; il rispetto della libertà di movimento è un aspetto già emerso a livello concettuale nella fase di apertura in merito alla definizione di contenzione. In questi esempi emerge la centralità della persona e la percezione condivisa anche dal professionista in merito alla privazione della libertà. Il riuscire ad entrare in relazione con l'altro non è un'azione semplice da raggiungere e nell'excerpt 7 emerge chiaramente. Una difficoltà che nasce a diversi livelli e che permette di arrivare ad una intensa interpretazione dei vissuti ma che non permette di fare il salto verso un coinvolgimento empatico profondo.

*Lei di base aveva un Alzheimer con emiplegia da ictus cerebrale, ed era impossibile e aveva un Alzheimer con emiplegia da ictus cerebrale, ed era impossibile, la notte tentava di alzarsi dal letto. La viveva male, penso non trovasse pace...poi fortunatamente è stato introdotto un nuovo farmaco che l'ha aiutata molto. È fondamentale l'approccio multidisciplinare, è stato un caso angosciante per noi, per i suoi figli e per lei. Non riuscivi a raggiungerla, non riuscivi a tranquillizzarla...per lei dev'esser stato terrificante questo posto che la obbligava a restare in carrozzina, lei voleva uscire andare a casa a prendere i bambini. Se non riesci a tranquillizzarla e trovare un modo per lei per essere serena è stato brutto [...] [Intervista 7\_TN1b]*

Dalle parole di questo professionista è possibile comprendere come assieme alla competenza professionale sia fondamentale saper interpretare e intervenire nella gestione della sofferenza dell'altro, che non è solo corporea ma anche della mente. La pratica di cura multidisciplinare prevede la relazione professionista sanitario (medico-infermiere) e paziente, che può essere assunta come "archetipo delle relazioni asimmetriche". Quindi, secondo P. Benner (1984) il professionista per praticare una giusta e buona cura deve sviluppare consapevolezza in merito a specifiche situazioni e cercare di formulare una valutazione contestuale, non basata quindi su principi generali (Mortari, 2006, p.82). Ecco perché il professionista dell'intervista 7 sottolinea l'importanza del confronto multiprofessionale che permette una lettura olistica e ricca della situazione.

Un esempio a supporto e che sottolinea l'importanza di sentire il sentire dell'altro, emerge nell'intervista 13, ma senza arrivare ad una riflessione empatica profonda.

*Era abbastanza preoccupata, forse quasi agitata e credo di averle dato anche la terapia al bisogno se non ricordo male per aiutarla a tranquillizzarsi. Anzi ne sono quasi certo, era molto agitata. Credo l'abbia vissuta male anche lei, era angosciata. [Intervista 13\_ TN1b]*

Interpretando le azioni svolte dal professionista emerge la capacità di sentire il sentire dell'altro, ma è un sentire che non lo stimola a ricercare una soluzione alternativa né a trovare il coraggio per l'inedito, egli infatti decide di utilizzare la terapia farmacologica per la gestione della situazione. In questo professionista sembra mancare quella che viene definita capacità riflessiva, quella capacità che aiuta il professionista a trovare una soluzione adatta al singolo caso, una capacità che chiede innanzitutto la coltivazione dell'attenzione nei confronti del paziente. L'attenzione è quella postura della mente che consente di comprendere l'altro e di intervenire al momento opportuno; "essa è la condizione per costruire sapere a partire dall'esperienza andando oltre interpretazione ordinaria della propria pratica" (Mortari, 2006, p. 84).

#### 5.10.4 Agency empatica

Dopo aver interpretato in maniera profonda il vissuto dell'altro si assiste ad un livello di coinvolgimento superiore che prevede una preparazione del professionista. Infatti, tale coinvolgimento è presente in alcune interviste in cui è evidente il complesso percorso cognitivo ed empatico del professionista, il quale giunge a una immedesimazione mettendo da parte il proprio sentire in favore del sentire dell'altro. Gli infermieri riportano di mettersi nei panni dell'utente, ipotizzando sentimenti nella stessa situazione, interrogandosi sui sentimenti, credenze e pensieri che possono nascere nella persona.

Nell'intervista 24 un infermiere fa emergere l'importanza di andare oltre la patologia e considerare i residenti esseri umani con emozioni. Imporre ai residenti tale pratica suscita espressioni di sofferenza, rendendo il professionista responsabile diretto di tale afflizione.

*Perché nonostante abbia demenze o hanno Alzheimer sono persone che provano ancora delle emozioni e le volte che io devo intervenire a contenere lo vedo dal loro viso dalle loro espressioni che proprio stanno male, tante volte non capiscono perché e in qualche modo so che sono stata io a farmi male quando passo che li vedo lì seduti che piangono, dico sono stata io, sono consapevole di quello che ho fatto e lo sta facendo per te però tu non lo puoi capire non lo capirai mai quindi soprattutto in questo contesto non c'è un dialogo che può portare alla fiducia reciproca e al farti capire che lo faccio per te sono qui per te purtroppo qui devi un po' illuderti a volte che magari ti abbiano capito e tante volte devi dire vabbè io lo so, i tuoi parenti lo sanno l'equipe lo sa tutti sappiamo dove siamo però non è facile perché anche gli altri ospiti vedono e dicono ma perché lui sì? Cos'ha?*  
[Intervista 24\_VR1]

Per agire con cura è fondamentale la comprensione dell'altro, è quindi necessario comprendere e cogliere l'esperienza dell'altro cercando di portarla su di sé. Negli excerpts a seguito gli infermieri sottolineano la necessità di assumere una postura di ascolto verso l'altro.

*Certo, anche perché poi lo porto su di me. Non penso possa piacere a nessuno l'essere legato ad una sedia fermo. [...] Se fosse possibile avrei fatto qualcosa di diverso. Purtroppo, la struttura è quella, si deve stare dentro orari, regole, ed è difficile...se ci fosse uno spazio per loro invece del pavimento di marmo ci fosse moquette o tappetone possono anche camminare e rimanere lì...qualcosa che li intrattenga o coinvolga però non è così*

*facile. Forse da carcerato, forse conoscendola ho limitato la sua libertà...Mi ha dato segni evidenti di scarsa sopportazione, penso abbia sofferto...dall'altra con altri ospiti che non comprendo e viene usata per tenerli fermi alla carrozzina la vivono in maniera diversa, ma lei in quella situazione non la sopportava. [Intervista 6\_TN1c]*

*Son dispiaciuta perché se mi trovassi nelle condizioni in cui si trova quest'ospite credo che non sia semplice. Perché comunque sono convinta che comunque loro capiscono che cosa stiamo facendo, se un ospite vuole scappare ed andarsene e tu lo fermi lo siedi e gli metti un cinturino lo capiscono. Il loro vissuto è molto negativo. Talvolta si amplifica la loro agitazione con l'applicazione di una contenzione credo sia dovuto proprio a questo. [Intervista 21\_VR5]*

Il vissuto empatico è inevitabile nel processo di cura, nell'intervista 6 e 21, i professionisti sembrano percepire la brutalità della contenzione e portano su di sé i vissuti che tale pratica può suscitare. In letteratura, i sentimenti dei professionisti sono stati più volte ricercati, emergono sentimenti conflittuali e negativi nella gestione della pratica della contenzione che appare estremamente complessa sotto svariati aspetti (Jakobsen & Sørli, 2010; Möhler & Meyer, 2014). Il profondo sentire empatico degli infermieri li porta ad essere empaticamente presenti, una postura che risuona e fa sentire l'altro compreso. Tale capacità permette all'infermiere di cogliere sfumature di significato che il residente attribuisce ad una determinata situazione.

Nella maggior parte degli excerpts la contenzione e relative implicazioni vengono analizzate dai professionisti, ma non viene criticata apertamente da nessuno, solo nell'intervista 32 emerge una critica diretta definendola un "atto disumano".

*Vi è un ospite che viene contenuto alle gambe, su richiesta dei familiari. Ma anche lì è una contenzione, per me è quando un ospite viene sottoposto ad una contenzione perché stia fermo, non è umano. Io lo vedo un po' male, perché vedi un uomo nella sua sofferenza e devi legarlo. Cerco di pensarmi nei suoi panni, di essere contenuto, però mi vedrei male dal punto di vista umano. [Intervista 32\_VR3]*

L'infermiere sottolinea il carattere negativo della contenzione definendola non rispettosa della dignità umana. Una scelta imposta e non condivisa dal professionista che lo porta a definirla non adatta e poco rispettosa nei confronti del paziente.

In questi excerpts è possibile identificare ciò che Mortari (2015) chiama "sentire con



l'altro", ritiene infatti che "non c'è comprensione se non c'è la capacità di sentire il sentire dell'altro, non c'è comprensione se vi è un atteggiamento emozionalmente neutro, infatti l'atto di comprendere è sempre emozionalmente situato" (Mortari, 2015, p. 192). Sentire è avere sensibilità per l'altro, secondo Lévinas (1978, p.93 in Mortari, 2015, p.193) "la sensibilità è l'esporsi verso l'altro, e se non ci si lascia toccare dall'altro è come non prendere a cuore la situazione, diventa quindi condizione necessaria per aver cura". Mortari (2015) nel libro *Filosofia della cura* parla di "sentire l'empatia", per agire con cura è indispensabile la capacità del sentire l'altro, e sentire il sentire dell'altro è empatia, cioè la capacità di cogliere l'esperienza vissuta estranea (Stein, 1917, p.71 cit. in Mortari, 2015, p.195). Un ulteriore esempio a supporto di queste affermazioni emerge nell'excerpt dell'intervista 19, dove è evidente un'attenzione sensibile che sa cogliere le necessità dell'altro.

*All'inizio non capiva perché all'inizio voleva uscire ad andare eccetera. L'abbiamo poi tranquillizzata con molta fatica, non è stata una cosa semplice. Siamo riusciti a farle capire in qualche modo che doveva stare lì e riposare. Dopo abbastanza bene, la sua agitazione e confusione persistevano; per cui il momento critico è quando sono agitati e non sai bene fino a che punto puoi contenerli o no, perché loro tenderebbero ad andare hanno un wandering che li porta a camminare continuamente poi se vengono bloccati si agitano e vogliono comunque muoversi. [Intervista 19\_ TN1b]*

Nell'intervista 19 emerge l'importanza di sentire la qualità del vissuto dell'altro, atto fondamentale per comprendere la relazione di cura, ma non sufficiente. Per individuare un giusto modo di agire è necessario cercare di capire ciò che l'altro prova, è necessario dedicare tempo per riuscire ad interpretare correttamente i vissuti dell'altro.

Ascoltare il vissuto dell'altro e farlo decantare dentro di sé non è un atto semplice, può suscitare dubbi e preoccupazioni. La capacità di provare empatia verso un'altra persona non è un atto irrazionale o estraneo alla propria situazione, nell'intervista 6 tali elementi sono molto evidenti.

*Non è una cosa che amo, assolutamente poiché negli la libertà, però nello stesso tempo salvi. Se cade e si rompe un femore, una spalla è molto più doloroso, però le contenzioni non sono una cosa bellissima, se lo portassi su di me impazzirei. [...] Non penso possa piacere a nessuno l'essere legato ad una sedia fermo. Ho informato i parenti; erano contenti poiché consapevoli delle cadute avvenute in precedenza. Se fosse possibile avrei fatto qualcosa di diverso. Purtroppo, la struttura è quella, si deve stare dentro orari,*

*regole, ed è difficile, se ci fosse uno spazio per loro invece del pavimento di marmo potrebbero anche camminare e rimanere lì, qualcosa che li intrattenga o coinvolga però non è così facile. Penso che il paziente abbia vissuto la situazione da carcerato, forse conoscendola ho limitato la sua libertà. Mi ha dato segni evidenti di scarsa sopportazione, penso abbia sofferto, lei quella situazione non la sopportava. [Intervista 6\_TN1c]*

Nel caso descritto l'estensione delle dichiarazioni dell'operatore dimostrano la sua presenza sensibile: nella prima parte dichiara il suo dilemma interiore in cui si sente ad un bivio tra rispettare la libertà e proteggere dai rischi; nella seconda parte dichiara di portare il peso dentro di sé di questo dilemma perché riconosce nella contenzione un atto di mancato rispetto verso la libertà dell'altro; nella terza parte è evidente come il sentire empatico spinga l'operatore a ipotizzare delle soluzioni alternative. In conclusione, l'operatore completa questo suo modulo espressivo, dando voce al suo sentire intensamente la sofferenza dell'altro, l'empatia è una evidente riflessione, l'infermiere non solo racconta quello che prova ma restituisce anche i pensieri che si relazionano con il proprio sentire.

L'excerpt di seguito è un altro esempio illuminante di come il sentire porti l'altro ad un agire differente da parte dell'operatore, che si può definire un agire etico, un processo decisionale eticamente orientato.

*L'ospite era un vagabondo prima di essere istituzionalizzato in seguito ad un evento ischemico devastante, che gli aveva procurato una disartria e disfagia molto gravi, per quanto riguarda la parte motoria erano presenti esiti medio gravi (camminava aggrappandosi agli arredi). Si era quindi deciso di alzare le sponde e mettere il lenzuolo contenitivo a letto. Più di una volta aveva scavalcato le sponde e slacciandosi in autonomia il lenzuolo, in particolare non tollerava il riposo a letto pomeridiano. Mi è successo che durante un turno che per poco non cadeva a terra nello scavalcare le sponde, allora ho proposto la rimozione di entrambe le contenzioni. Probabilmente le contenzioni per lui, uomo dallo spirito libero e senza confini, era come un essere in una gabbia. [Intervista 7\_TN1b]*

Questo precedente excerpt 7 conferma che l'empatia non è mai intrusiva, ma è un modo delicato, seppur forte, d'incontrare il sentire dell'altro. L'empatia implica la capacità di tenere l'altro trascendente, cioè di costruire una relazione dove l'altro rimane infinitamente distante, senza che però questa distanza annulli la possibilità stessa della relazione e senza che questa stessa relazione confonda il proprio sentire. L'agency empatica non deve essere una forma di sentimentalismo irrazionale, ma "una forma di pensare con il cuore" (Stein, 1950, p.452 cit. in Mortari, 2015, p.197). Nell'intervista 7 emerge la volontà

dell'infermiere di avere rispetto per l'altro, il malato infatti non è solo un corpo ferito sul quale agire azioni terapeutiche con la massima efficienza ed efficacia, ma è una persona. Un soggetto con pensieri, sentimenti, convinzioni e una storia, per questo motivo la cura deve avere rispetto e riguardo per l'altro, come emerge in questo excerpt.

Per concludere, nell'estratto a seguito non si assiste a un atto empatico verso il paziente ma verso i familiari, intimamente coinvolti nel processo di cura.

*Sinceramente, la contenzione l'ho sempre vista come una protezione. Dopo se mi metto dalla parte dei familiari è vero che non è bello vedere la propria mamma e papà con la cintura addominale, non è piacevole. L'ho sempre vista come una protezione non l'ho mai vista come un leghiamo l'ospite così possiamo star dietro le "nostre cose...". [Intervista 5\_TN1b].*

Nell'excerpt emerge questa visione deviata rispetto all'utente, osservando le parole dell'infermiere, si può ipotizzare un'interpretazione azzardata: sentire empatia verso il paziente, costringerebbe ad agire, mentre spostarla verso i familiari salva, in un certo senso. Dando per acquisito, il valore di questa interpretazione, si può formulare un'ipotesi conseguente secondo la quale l'operatore mette in atto dei dispositivi cognitivi di difesa nei confronti del proprio sentire. Cerca di trovare una soluzione pensando a come potrebbe vivere il familiare tale scelta; è consapevole che può non essere vissuta positivamente e rimarca che non è un metodo per evitare di fare, "non l'ho mai vista come un leghiamo l'ospite così possiamo star dietro le "nostre cose...".

Dalle interviste emerge poi un aver cura invisibile, che si sviluppa nella mente dei professionisti, e prevede un tempo dedicato al pensiero e alla riflessione sull'esperienza. Il lavoro di cura pone i professionisti di fronte a situazioni difficili in cui non solo si trovano a dover prendere delle decisioni importanti ma anche a sostenerle.

*Oddio un incubo! Un incubo è stato per quella signora. (R: Secondo te come ha vissuto la paziente?) La viveva male, penso non trovasse pace...poi fortunatamente è stato introdotto un nuovo farmaco che l'ha aiutata molto. [Intervista 7\_TN1b]*

*Forse perché mi calo nella loro situazione e dico se una mattina mi sveglio e mi trovo con una cintura su una sedia, posso capire che è per il mio bene ma la maggior parte delle volte è più difficile da accettare. [Intervista 29\_VR1]*

Negli excerpts si assiste a professionisti riflessivi che attivano pensieri guidati dal senso di responsabilità verso l'altro, azione essenziale per orientare l'agire. Tuttavia, dalle interviste si comprende come sia rischioso per il professionista lo stare dentro delle visioni non

realistiche delle azioni di cura, visioni positive possono offuscare ma anche il partire da aspetti negativi senza analizzarli e facendoli cadere addosso senza cercare di comprendere come affrontarli non aiutano le azioni di cura. Il pensare alle azioni permette di prendere maggiore consapevolezza della fatica che accompagna l'agire, ciò è evidente nell'intervista 7, dove l'infermiere utilizza la frase “*Oddio un incubo!*”, scelta di parole che fa emergere la difficoltà provata in prima persona durante la situazione. Quindi non vi è solo una fatica fisica, ma anche emozionale e cognitiva, sentimenti inevitabili nelle relazioni di cura complesse e che emerge sfumata anche nell'intervista 29, qui l'infermiere dice “*la maggior parte delle volte è più difficile da accettare*”. Anche l'accettare un qualcosa di non condiviso porta alla fatica del sentire e nel considerarlo come atto di cura.

Per ricollegarsi al concetto della fatica del sentire, è importante per il professionista occuparsi del proprio sentire durante le azioni di cura.

*All'inizio il primo giorno noi siamo rimasti male... guarda ho dovuto farlo, sono umana mi vien da piangere mi commuovo anche adesso raccontarlo, anche perché abbiamo un bel rapporto... Non stai bene naturalmente...già ogni tanto pensi se fossi io al suo posto come vorrei essere trattata.* [Intervista 27\_VR1]

Agire azioni di cura e stare in relazione con l'altro, porta ad un coinvolgimento e l'instaurarsi di un legame tra operatori e residenti soprattutto nei contesti delle RSA. La relazione non è possibile senza sentimenti, e sono proprio questi che portano il professionista a creare legami o a definire confini e distanze che posso aiutare la vita professionale oppure ferire. È quindi fondamentale per il professionista comprendere la qualità dei propri sentimenti e vissuti emozionali, perché solo cercando di comprenderli è possibile agire con sapienza nelle situazioni e sui residenti. Secondo Mortari & Saiani (2013), la capacità di riconoscere le proprie emozioni per coltivare una relazione di cura, non è sufficiente, ma è necessario anche imparare a gestire le proprie emozioni all'interno di una relazione. Tale azione richiede una postura ed esperienza rilevante, nell'intervista 27 l'infermiera è fortemente coinvolta e non riesce a fare il passo successivo discostandosi dalla pratica della contenzione per cercare azioni alternative.

L'esperienza vissuta e l'esperienza empatica restano esperienze differenti, attraverso l'atto empatico non si accede totalmente al vissuto dell'altro ma se ne coglie la totalità. Sentire il vissuto dell'altro è essenziale per riuscire a comprendere gli effetti delle azioni infermieristiche sulla persona che ha l'esperienza originaria.

#### 5.10.5 Il vissuto dell'ospite influenza l'operatore

In un certo senso collegato alla visione empatica vi è una sfumatura particolarmente interessante che emerge in alcune interviste. L'infermiere dopo essersi accertato della tolleranza dell'ospite alla contenzione sembra auto convincersi di aver preso la decisione corretta, una sorta di autoreferenziale legittimazione, che toglie quel peso interiore che porta il fare contenzione, come si desume nell'intervista 29.

*Se mi arriva una persona da casa che me la presentano già agitata che magari già a casa usa le sponde e io vedo che le sponde non sono più sufficienti ho bisogno anche di una cintura o di un lenzuolo contenitivo prendere questo tipo di decisione è un po' meno complicato perché so che la persona è già contenuta è già in un qual modo abituata ad essere costretta a letto dalle sponde se vedo che si agita ancora di più gli metto una cintura mi sembra una cosa meno drastica, invece vedere una persona che cammina e prenderla e metterla su una sedia e metterle una cintura mi sembra molto più pesante, perché proprio come anche lei non ha un vissuto positivo. [Intervista 29\_VR1]*

Al contrario, tale proiezione dei vissuti del paziente sull'operatore può creare nell'infermiere sentimenti di inadeguatezza.

*Stai male perché vedi che lei sta male lei non accetta per quanto riesce essere ancora consapevole della sua situazione perché lei ha poi dei momenti di lucidità e poi viene proprio fuori con dei discorsi che un giorno io mi sono nascosta in una camera. Questa qua un giorno arriva da me in reception e mi dice "sto qua con te perché di là non voglio andare perché voglio mettermi le catene" gli ho detto "guarda che basta che stai qua [siccome abbiamo fatto un salottino] un po' tranquilla ti rilassi non ti mette nessuno le catene ci penso io" cioè quando vengono fuori questi discorsi il segno ti rimane... ha la fascia addominale ma lei le interpreta come catene. [Intervista 27\_VR1]*

Analizzando questi estratti è difficile dare un'interpretazione chiara e definitiva, considerandola come una semplice proiezione di vissuti sull'altro. Per cercare di dare una spiegazione è possibile citare Aristotele, il quale nella *Retorica* (IV sec. a.C.), distingue le emozioni in due diversi ordini, quelle che provocano dolore e quelle che portano a piacere. Questa dimensione ambivalente delle emozioni si può dedurre da entrambi gli excerpts, che aprono verso gli elementi costituenti del vissuto dell'operatore. Come dice Mortari (2015), il lavoro di cura è faticoso non c'è cura se non c'è sensibilità al sentire dell'altro, ma tale sensibilità è esposizione all'altro e ciò aumenta il tasso di vulnerabilità dei soggetti coinvolti nella relazione di cura. È possibile quindi concludere che il processo decisionale

attuato dagli infermieri è guidato da vissuti cognitivi ed affettivi eticamente orientati, dove l'obiettivo primario è il fare del bene per la persona. L'implicazione etica, nella presa di decisione di utilizzare la contenzione fisica, è caratterizzata da quello che viene definito come processo della deliberazione eticamente orientata, che ingloba i concetti di protezione della sicurezza del paziente così come ad un livello macro l'importanza di raggiungere la migliore soluzione possibile per la persona (Goethals et al., 2013a; Jakobsen & Sørli, 2010; Koch et al., 2006). La contenzione fisica non è solamente rivolta al garantire sicurezza, ma anche al preservare dignità e rispetto dell'autonomia dell'utente. L'applicazione della contenzione fisica non solo influenza il diretto destinatario, ma lo stesso infermiere si trova a dover affrontare sentimenti contrastanti durante tutto il processo, infatti il vissuto dei residenti influenza in maniera diretta e indiretta la percezione dello stesso professionista.

### **5.11 Vissuti e riflessioni dell'operatore**

I vissuti del professionista sanitario, come emerge nel capitolo precedente, sono in relazione con le connessioni e influenze che si vanno a creare tra il vissuto dell'utente e il vissuto personale. Riuscire a non farsi influenzare appare non essere possibile, vi sono diversi fattori che entrano in gioco in maniera autonoma oppure in associazione, determinando quindi vissuti carichi di emozioni. Il contesto, assieme alle policy, agisce come variabile ad alto impatto sul professionista influenzando prassi e azioni di cura. Le politiche interne in alcuni contesti bloccano l'azione autonoma del professionista, determinando contrasti tra il personale vissuto cognitivo ed emotivo e le pratiche messe in atto all'interno del contesto. L'infermiere per far fronte a tale contrasto attiva forme di autocensura emozionale subendo passivamente le prassi.

*Male, la vivo male prima, la vivo male dopo e la vivo male durante...nel senso che applicare una contenzione non è una cosa che teoricamente aspetta a me e che devo comunque fare, ho paura perché non so poi come può comportarsi il paziente. [Intervista 21\_VR5]*

Nell'intervista 21 l'infermiere pone l'accento sul fatto che spesso si trova a dover attuare una serie di azioni che non gli spetterebbero e quindi si sente investito dal "dover fare". Il professionista si sente impotente, non riesce a mettersi in conflitto con le dinamiche interne all'organizzazione, quindi il processo decisionale eticamente orientato non è attuabile.

Emerge l'imposizione da parte dell'organizzazione suscitando vissuti negativi e incertezza durante tutto il processo di applicazione della contenzione. È stato riscontrato anche in letteratura il ruolo determinante assunto da colleghi e manager, come aspetti basilari per lo sviluppo di abilità riflessive su aspetti etici prima, durante e dopo situazioni complesse. I casi in cui vi sia un contesto lavorativo basato sulla riflessione etica, si assiste ad abilità morali elevate, non sufficienti per evitare azioni negative come la contenzione ma sufficienti per aiutare i professionisti ad affrontare la situazione nel miglior modo possibile (Jakobsen & Sørli, 2010).

In un'ottica opposta al precedente excerpt, emerge l'importanza dell'aggiornamento professionale come uno degli elementi che influenzano attitudini e percezioni in merito alla contenzione.

*No, allora io come linea di pensiero ma anche perché magari io ho studiato recentemente rispetto qualche altro mio collega e sto facendo anche un master sul rischio clinico non contengo mai volentieri perché per me è come se fossero tutti miei nonni quindi ci penso sempre prima due volte prima di... (Intervista 24\_VR1)*

Il professionista riconosce la potenza della conoscenza nel determinare una scelta consapevole e ponderata che tenga in considerazione in *risk management* declinato in una filosofia *patient-centred care*. Un aspetto nuovo che conferma l'importanza della formazione e della cultura di una filosofia contenzione-*free*, e che guida e supporta i vissuti cognitivi e affettivi del professionista. La formazione supporta e aiuta l'infermiere ad affrontare la scelta di utilizzare la contenzione con una postura consapevole, riflessiva e critica.

I sentimenti di non accettazione, che emergono dagli excerpts riportati, dimostrano come il vissuto cognitivo e affettivo dell'infermiere sia molto complesso, e come il contesto renda ulteriormente difficoltoso tale aspetto. Fattori legati alle policy e alle procedure influenzano in maniera significativa il vissuto. A livello organizzativo ed istituzionale il fare i conti con regole che possono ostacolare la relazione con l'altro inducono ad un fare che può far perdere il senso più profondo dell'aver cura (Mortari, 2015). Questi vissuti in contrapposizione, come in precedenza accennato, si riversano sul vissuto dell'infermiere.

*Per quello che mi riguarda legare un ospite alla sedia o metterlo in carrozzina con tavolino perché il parente ha bisogno di stare tranquillo è emotivamente pesante se l'ospite ha necessità di muoversi. Un residente con wandering si deve muovere, tenerlo fermo aumenta*

*l'agitazione e quindi si deve ricorrere ad un farmaco per contrastare l'agitazione. Io la contenzione la vivo male. [Intervista 1\_TN1b]*

Nell'excerpt dell'intervista 1 l'infermiere definisce la pratica della contenzione come un'azione "*emotivamente pesante*" ed è consapevole di entrare in contrasto con le reali necessità della persona. La scelta di utilizzare la contenzione quando non necessaria suscita nel professionista sentimenti dal forte coinvolgimento emotivo, portandolo a viverla in maniera negativa e non necessaria.

Il coinvolgimento nella relazione di cura può assumere diverse sfumature e intensità, se da una parte l'infermiere riferisce di sentirsi emotivamente coinvolto dall'altra emergono approcci più distaccati in cui l'infermiere fa uso di metafore, quali "l'ultima spiaggia" oppure "l'unica alternativa", come a giustificazione alle proprie scelte e per alleggerire dal peso di fare contenzione.

*Per me la contenzione deve essere l'ultima spiaggia, vedo di valutare tutte le altre disponibilità. [Intervista 8\_TN1b]*

L'utilizzo dell'espressione "*ultima spiaggia*" ha lo scopo di giustificare e legittimare la scelta del professionista di utilizzare la contenzione, egli infatti sottolinea di aver valutato una serie di altre alternative e di essere arrivato alla decisione di utilizzare la contenzione non come prima scelta. A supporto di tale affermazione, e che in un certo senso giustifica il ricorso alla contenzione, l'infermiere si appella al concetto di necessità in situazioni difficili.

*Penso che la contenzione sia un aiuto quando ci sono delle situazioni difficili, poi ovvio a volte quando vedi ospiti che non la sopportano e non la tollerano bene un po' ti senti un peso. Vedi che vogliono alzarsi ma non possono. [Intervista 16\_TN1b]*

*Sinceramente all'inizio mi faceva molto... anche adesso ci sono dei casi che quando la metti ti senti quella specie di malessere no...perché insomma metti una persona legata o che, non è che sia bella... per me è un po' strana ancora. [Intervista 26\_VR1]*

Tuttavia, il ricorso alle metafore non libera totalmente i professionisti dal peso del fare contenzione poiché si tratta di una scelta che si discosta dalle pratiche di cura. Un termine polisemantico, carico di molti significati, vi è una cura necessaria per l'esistenza ed una per continuare a vivere. Quando corpo ed anima si ammalano, è il momento in cui si assiste alla massima la vulnerabilità e fragilità dell'essere umano, la cura assume quindi il valore



di atto terapeutico non solo come riparazione di qualcosa che non funziona. In tutti gli excerpts, il professionista avverte questa dissonanza tra la pratica di caring e l'utilizzo della contenzione. Gli operatori esprimono ed esplicitano le emozioni derivanti da tale pratica, l'infermiere, nell'estratto 1, esprime un vissuto negativo sottolineando la dissonanza della pratica della contenzione con il concetto dell'aver cura dell'altro, perché non permette al residente di agire e soddisfare i propri bisogni.

Nell'intervista 16 l'infermiere vive una sorta di escalation emozionale sentendosi esso stesso “un peso” per aver scelto di applicare la contenzione alla persona. Riferisce un vissuto ambivalente, da una parte la ritiene una pratica efficace per gestire situazioni difficili ma dall'altra la non tolleranza al mezzo contenitivo da parte dell'ospite determina un impatto negativo a livello emotivo.

Nell'intervista 26 emerge un aspetto importante e che contrasta con quanto ad oggi affermato in letteratura. Il professionista nonostante la sua esperienza nel contesto e l'esposizione a tale pratica si trova comunque a riflettere in maniera critica nei confronti della contenzione, non si assiste a una paralisi del pensiero critico ma al contrario emerge ancora un sentimento intimamente coinvolto ed empatico. Il vissuto emotivo in ambito sanitario viene poco riconosciuto e rimane implicito nelle azioni di cura, ma garantisce un prezioso contributo. I bisogni emotivi degli infermieri devono essere riconosciuti e valorizzati dalle organizzazioni poiché permettono di creare coesione e condivisione libera e costruttiva all'interno dei team multiprofessionali. La pratica della contenzione suscita nel professionista sentimenti negativi, a diverse intensità, che verranno affrontati e analizzati in seguito approfondendone le differenti sfumature.

In contrapposizione al “peso del fare contenzione”, dalle interviste emerge un sentimento di leggerezza nel discostarsi. Un concetto importante che sottolinea come l'approccio alla contenzione possa avere un certo margine di discrezionalità, lasciando al professionista piena libertà nel toglierla quando non più necessaria, e generando sentimenti di “leggerezza”. Un segno di cura che il professionista cerca di attuare per il bene dell'utente.

*Allora, nel metterla mi sono sentita male e nel toglierla mi sono sentita benissimo. Mi è stato detto, stai attenta a toglierla, e ho risposto che mi prendevo io la responsabilità nel caso in cui fosse succedesse qualcosa. Nel toglierla mi sono sentita proprio bene...perché ho soddisfatto un desiderio dell'ospite. [Intervista 3\_TN1b]*

*Era un'ospite arrivata da poco che dopo diversi tentativi ho dovuto applicare le sponde... Ti dirò con un bel peso di responsabilità perché poi a casa la notte verso le quattro mi son*

*svegliato pensando 'sarà mica successo qualcosa...'. Sono cose che mi lasciano sempre con il dubbio anche perché questa responsabilità non è da poco. Non l'ho vissuta benissimo, poi non è successo niente, il giorno dopo mi sono informato. [...] Però penso che in quel caso lì sia stata la cosa migliore. Nel senso che o la toglievo definitivamente o la cambiavo. Vedevo che continuava ad alzarsi e non me la sono sentita di prendermi la responsabilità. [Intervista 13\_VR2]*

*In merito alla rimozione totale, ne ho visto in un solo caso. È stato bello rimuovere le contenzioni. Abbiamo provato ed è andata bene. [...] Sì, perché vedi che l'ospite non ce l'ha più. Vedi l'ospite felice che non ha la cintura, dà fastidio...quando non ce l'hanno più sono felici. [Intervista 14\_VR2]*

Dai racconti estratti dalle interviste emerge da parte delle infermiere una attenzione sensibile alle esigenze e vissuti del paziente dedicando tempo, energie cognitive (ipotizzando pro e contro delle proprie azioni) ed emotive con lo scopo finale di trovare una soluzione adatta al bisogno di cura della persona. Il dedicarsi all'altro non comporta solo un investimento di tempo da parte del professionista ma anche uno spendersi in termini di relazione tra pari e tra superiori gerarchici sul posto di lavoro. Nell'intervista 3 l'infermiere mette in un certo senso "a rischio la propria posizione". Infatti, per essere virtuosa la pratica di cura richiede e necessita il coraggio di opporsi ad un pensiero dominante dichiarando la propria contrarietà. Mortari definisce tale forza come "gesto di parresia, cioè del dire come stanno veramente le cose trovandosi a parlare in una posizione di svantaggio" (Mortari, 2015, p. 172-173). L'assunzione di responsabilità prevede coinvolgimento e richiede non poco coraggio, non è quindi una postura semplice da assumere nell'azione di cura.

L'intervista 14 valorizza il tentativo di rimuovere la contenzione avviato dal team, un'azione positiva nei confronti del residente che suscita soddisfazione nello stesso infermiere il quale riporta che "è bello rimuovere le contenzioni", poiché consapevole che si tratta di una pratica che può creare disagio al paziente. Nell'intervista 13 il concetto di responsabilità emerge in maniera forte, tanto da influenzare negativamente l'agire della persona. Il professionista non trova il coraggio di discostarsi ma decide di applicare la contenzione e valutare la tolleranza. Tuttavia, tale scelta non ha privato il professionista di responsabilità ma al contrario lo ha portato a riflettere sull'effettiva appropriatezza delle proprie azioni; questa testimonianza sottolinea che il processo decisionale dell'infermiere non si conclude una volta applicata la contenzione ma continua anche in seguito.

Nell'excerpt a seguito è visibile una riflessione intenzionale, l'infermiera cerca di

interrogarsi sul proprio agire, cerca di stabilire un contatto con la paziente per una valutazione efficace e personalizzata anche se poi la scelta finale ricade sull'utilizzo della contenzione fisica. Si interroga, ripensa al suo modo di agire e si sente a disagio per aver sbagliato approccio; assume un atteggiamento autocritico considerando le proprie azioni inadeguate per la gestione della situazione.

*Nonostante siano state fatte le valutazioni necessarie (non è stato il primo approccio scelto per la gestione del problema) e nonostante si fosse reso necessario per la situazione (protezione dall'auto ed etero-lesionismo) mi sono sentita molto a disagio. Mi sono sentita frustrata, come se fossi stata obbligata a trattare un paziente come un animale allo zoo che esce dalla gabbia anziché come una persona. Ne ho parlato con le colleghe più volte, per capire se potevamo fare qualcosa di diverso, se si poteva gestire con altre modalità il problema. [...] “non mi sono sentita una brava infermiera”. [Intervista 4\_TN1b]*

*All'inizio un po' “spaesata”, mi è difficile accettare la contenzione in sé. Poi però l'evidenza era superiore, bisognava fare qualcosa. [Intervista 24\_TN1b]*

Le azioni di cura sono complesse e richiedono tempo, ma perché vi sia un'esperienza che stimoli i processi trasformativi del proprio sentire, è necessario riflettere sul proprio agire. È una riflessione dolorosa, perché rende consapevole l'infermiere di non aver erogato una buona cura, ma con la consapevolezza di aver creato disagio e sofferenza al residente.

La scelta di usare la coercizione suscita nell'infermiera sentimenti molto forti come la frustrazione, è consapevole di aver trattato il residente come un “animale costretto in gabbia” e di aver perso di vista l'umanizzazione delle azioni di cura. La contenzione non è un atto umano e la sua attuazione obbliga a trattare il residente “come un animale allo zoo” (estratto 4). Nella narrazione 24 l'infermiere riferisce di essere spaesata e poco incline ad accettare la contenzione, ma al termine della riflessione appare legittimarne l'uso poiché presente un'evidenza superiore che impone la necessità di agire, e quindi di farne ricorso.

In seguito, emergono gli elementi negativi e le emozioni che possono suscitare le contenzioni nel professionista: la “terribilità” e “bruttezza” delle contenzioni.

[signora con Alzheimer che si buttava dal letto e strisciava per terra, con gravi disturbi comportamentali] *Siamo stati costretti a mettere la cintura come ultima ratio... me lo ricordo è stato terribile... Un incubo è stato per quella signora [...] La viveva male, penso non trovasse pace...poi fortunatamente è stato introdotto un nuovo farmaco che l'ha aiutata molto. [Intervista 10\_TN1b]*

L'infermiere sottolinea il forte impatto su di sé nel vedere l'intolleranza della persona, sottolinea la "terribilità" di tale pratica vissuta come un incubo dalla residente e di riflesso anche dallo stesso professionista. Nell'excerpt 19 l'infermiere sottolinea l'amarezza di non riuscire a interagire con la persona.

*Per me è sempre un'esperienza un po' "brutta" perché ti rendi conto che quest'ospite non riesce ad interagire e a farci capire determinate cose e la pericolosità del fatto che se continua così si fa male. Non è una cosa bella, ci pensi perché ti rendi conto che non è bello contenere una persona. Non fa parte della nostra filosofia, dobbiamo accettarla perché in determinate situazioni è inevitabile, se non ci sono altre alternative. Il meno possibile se si può. [Intervista 19\_TN1b]*

L'impossibilità di entrare in relazione con la persona rende ancora più difficoltosa l'esperienza del professionista poiché non riesce ad interagire e quindi capire quello che pensa e prova il residente contenuto. L'infermiera non considera la contenzione una pratica infermieristica, con amarezza e rassegnazione riferisce che "dobbiamo accettarla perché in determinate situazioni è inevitabile", ma allo stesso tempo sottolinea l'importanza di utilizzarla solo in assenza di alternative. Il vedere l'ospite sofferente fa star male la persona, è un'azione spiacevole e tale "bruttezza" emerge nell'excerpt 28.

*Anzi di solito tranquillizziamo gli ospiti, poi abbiamo una tipologia di ospiti qui al nostro piano che deve essere una cosa improvvisa di dover contenere qualcuno però è sempre una cosa spiacevole da fare... non è una cosa. [...] Tutti hanno le sponde notturne anche se sono un po' agitati non vengono... non è una cosa bella non è che ci piaccia molto anzi stiamo male quando sono agitati proprio per questo motivo. [Intervista 28\_VR1]*

I sentimenti che tale pratica suscita sull'operatore sono forti e variano da sentimenti estremamente negativi a sentimenti di rassegnazione e frustrazione. Tale variabilità trova riscontro in letteratura anche se spesso i vissuti negativi non trovano una precisa definizione e categorizzazione emozionale come è possibile riscontrare negli excerpt dell'intervista 21.

*Male, la vivo male prima, la vivo male dopo e la vivo male durante...nel senso che applicare una contenzione non è una cosa che teoricamente aspetta a me e che devo comunque fare, ho paura perché non so poi come può comportarsi il paziente. [Intervista 21\_VR5]*

L'infermiere in questo caso non riesce a definire meglio i suoi sentimenti, ma l'aspetto interessante sta nel fatto che tale sentimento non si esaurisce al momento della presa di decisione ma continua anche dopo averla applicata. I vissuti non svaniscono ma al contrario si perpetuano durante tutto il processo.

Generalmente si assiste a un profondo coinvolgimento dei professionisti sanitari anche se vi è una porzione di questi che pare non essere coinvolta in maniera emotivamente rilevante. Negli excerpts che seguono si assiste ad una de-escalation di percezioni, dal considerarla una pratica routinaria fino ad arrivare a una sorta di "cronicizzazione dei vissuti" oppure a una totale assenza di coinvolgimento.

*È tanto facile adottare un sistema di contenzione perché forse c'è poca consapevolezza di cosa stai facendo, che stai privando una persona comunque della sua libertà anche se è un movimento suo che è a finalistico, scoordinato che magari si vuol buttare per terra e fare male, tanti operatori forse anche da parte mia c'è poca consapevolezza che sto legando uno e questo non si può più muovere. [Intervista 31\_VR1].*

L'infermiere sottolinea la facilità attuativa che si genera in seguito alla mancanza di consapevolezza delle proprie azioni. In particolare, sottolinea la mancanza di riflessività nei confronti delle limitazioni che tali azioni hanno sulla persona assistita, che non viene più considerata come tale e quindi si perdono di vista le privazioni provocate dalla contenzione, come l'impossibilità di movimento autonomo (estratto 31).

*Ormai...è brutto da dire mi sono abituata. [...] (R: Il lavorare quotidianamente con questa pratica pensi possa averti portato ad inibire questo vissuto?) L'unica cosa che mi turba è il lenzuolo contenitivo, perché vederlo dentro...e le manopole sono contraria, cerco di non metterle proprio, non posso neanche grattarsi la guancia. Le sponde personalmente non le considero neanche contenzioni, i tavolini uguale perché comunque, il cinturino non mi crea disagio mi sembra sia a vantaggio dell'ospite. [Intervista 22\_VR5]*

L'infermiere nell'intervista 22 sottolinea che l'utilizzo quotidiano della contenzione può portare a vivere in maniera passiva e non riflessiva la pratica della contenzione, fino ad arrivare a forme di appiattimento cognitivo-emozionale. Alcuni mezzi di coercizione vengono percepiti come strumenti vantaggiosi e di supporto che non creano alcun disagio alla persona mentre altri come i guanti e il lenzuolo contenitivo possono generare discomfort. Nell'intervista 22 e 18 le sponde a letto non sono considerate come mezzo di contenzione ma, al contrario, generano indifferenza nel professionista. Tale considerazione è da tempo dibattuta in letteratura, vi sono infatti studi che considerano le sponde a letto

una metodologia di contenimento fisico mentre altri una forma di supporto alla persona (Hofmann et al., 2013; Evans et al., 2002a; Meyer et al., 2014).

*Per le sponde, è brutto da dire sono un po' indifferente da quando sono qui, le vedo tanto come uno stato di necessità che non mi creano tanto disagio. [Intervista 18\_VR4]*

Se da una parte la routine porta a una mancanza di riflessività nell'operatore che si trova ad agire con ridotta percezione delle proprie azioni, dall'altra è possibile trovare in alcuni professionisti una eccessiva medicalizzazione dell'assistenza infermieristica, come emerge nell'intervista 37.

*Sono sempre asettico, le valutazioni le faccio sempre in base al rischio clinico non ci deve essere il coinvolgimento emotivo. [Intervista 37\_TN3]*

In questo excerpt l'infermiere in maniera diretta e senza filtri riporta il suo modus operandi "asettico" e scarsamente riflessivo, il cui obiettivo è quello di giungere a una corretta identificazione del rischio clinico per la persona, un'azione che per essere efficace non deve prevedere alcun coinvolgimento emotivo. Una postura assunta dal professionista molto rigida che fa trasparire una totale mancanza di sentimenti nei confronti dell'altro. Il vissuto di alcuni professionisti in alcune situazioni appare influenzato anche da situazioni ed eventi accorsi in passato e che non hanno creato disagio nel residente. La mancanza di problematiche legate ad un utilizzo passato della contenzione ne legittima l'applicazione.

*(R: era la prima volta che la signora veniva contenuta?) No, era già successo, infatti mi sono sentita più libera nello scegliere di contenerlo perché ho visto che era già successo. Secondo me non viene vissuta male da parte dell'ospite, dopo dipende, ad esempio la signora con la frattura non l'ha proprio tollerata. Si sentiva proprio legata, allora anche tu la vivi male perché vedi che fai qualcosa contro la volontà di qualcuno. [Intervista 38\_TN3]*

In alcuni casi si assiste, come nell'excerpt dell'intervista 38, ad una forma di iniziale cronicizzazione dei vissuti da parte dell'intervistato il quale tenta di legittimare la sua posizione aggrappandosi a una razionalizzazione della pratica e autoconvincendosi che si tratta di un metodo efficace e giusto poiché già in precedenza utilizzato. L'analisi dei vissuti emotivi e cognitivi del personale infermieristico delle residenze sanitarie assistenziali durante l'applicazione della contenzione ha fatto emergere la sua complessità. La "consapevolezza etica" non è un aspetto comune a tutti i professionisti e molto spesso tale propensione fa emergere vissuti opposti e contrastanti in merito alla stessa situazione. La maggioranza degli infermieri dimostrano una attitudine negativa nei confronti della

contenzione fisica, mentre altri riportano di non essere contrari a tale pratica. Da queste interviste gli infermieri fanno emergere l'importanza dei vissuti emotivi nelle azioni di cura, sentimenti che facilitano l'implementazione di un'assistenza centrata sulla persona. Tuttavia, si assiste anche ad una parte di professionisti che rimangono ancorati alle prassi consolidate e appaiono insensibili alle implicazioni che derivano dalla pratica della contenzione. È quindi importante riflettere, si stanno formando professionisti tecnicistici? Oppure è necessaria una ridefinizione del ruolo dell'infermiere e stimolare un agire empatico?

#### 5.11.1 Dilemma interiore del professionista

In precedenza, sono emersi in maniera sfumata i concetti di dilemma e conflitto interiore. L'infermiere nella sua pratica si confronta con sé stesso, con le proprie decisioni e sentimenti, conflitti interiori che mettono a confronto il fare e non fare. Negli esempi che seguono è possibile vedere come il vissuto dell'operatore sia molto complesso e articolato. Dopo aver assunto la decisione di utilizzare un mezzo contenitivo gli infermieri continuano a riflettere in merito alla loro decisione. Molto spesso la decisione deriva dal timore delle eventuali conseguenze che possono incorrere sulla persona assistita e l'infermiere è consapevole che si può non ottenere la finalità dichiarata.

*Anche se sono consapevole del fatto che un residente con Alzheimer dovrebbe essere libero, per alcuni non è possibile. [Intervista 6\_TN1c]*

Nell'excerpt dell'intervista 6 emerge in maniera chiara da parte del professionista la consapevolezza della non adeguatezza della contenzione su una determinata tipologia di pazienti, concorda in tale approccio, ma in alcuni utenti la ritiene una pratica inevitabile. Tale scelta può portare non solo emozioni sull'utente ma anche sul professionista, come emerge nell'intervista 38.

*Beh, inizialmente combattuta nel mettergliela perché avevo paura di agitarlo ancora di più nel metterla. Ma ad un certo punto mi è sembrata la migliore soluzione. [Intervista 38\_TN3]*

La presa di decisione non è stata semplice, l'infermiera riferisce di sentirsi "combattuta" perché consapevole che tale scelta può provocare un'ulteriore agitazione nel paziente, dilemma che l'ha poi portata comunque ad applicarla, senza porsi alcun dubbio ritenendola

la migliore soluzione. A seguito emerge il concetto di bilanciamento, non ancora emerso in altre interviste.

*La contenzione, cioè un bene da una parte cioè è un limitare i danni che però [...] può essere un danno in sé perché anche una persona che ha su una sedia a rotelle e ha una cintura spesso i nostri ospiti si sganciano i fermi della sedia vanno avanti e cadono per terra... è un rischio bisogna che il parente sia al corrente di questo che noi mettiamo questa cosa, ma c'è anche il rovescio della medaglia come tutte le altre cose. [Intervista 29\_VR1]*

Il concetto di bilanciamento viene attivato dal professionista nel momento in cui deve assumere la decisione di utilizzare la contenzione e prevede consapevolezza in merito ai pro e contro della propria scelta. Il bilanciamento prende in causa due differenti prospettive: i valori personali e i valori professionali. Se da una parte vi sono professionisti che attuano la contenzione consapevoli dei rischi direttamente connessi, dalle interviste emerge anche un altro approccio alla contenzione, attuativo e privo di riflessione. Negli excerpts a seguito, viene riportato dagli operatori una sorta di distacco morale, per affrontare meglio il disagio che genera la pratica, e l'azione che prepara è sempre il non guardare.

*Spesso ci troviamo nelle condizioni di scegliere, il nostro problema è dovuto dal fatto che il parente ha una necessità e l'ospite un'altra; quindi si fa fatica a coniugare le necessità che spesso sono antitetiche. Perciò per quello che mi riguarda legare un ospite alla sedia o metterlo in carrozzina con tavolino perché il parente ha bisogno di stare tranquillo è emotivamente pesante, se l'ospite ha necessità di muoversi. Un residente con wandering si deve muovere, tenerlo fermo aumenta l'agitazione e quindi si deve ricorrere ad un farmaco per contrastare l'agitazione allora si io la contenzione la vivo male. [Intervista 1\_TN1a]*

*Non è una cosa che amo assolutamente, poiché negli la libertà, però nello stesso tempo salvi. Se cade e si rompe un femore, una spalla è molto più doloroso, però le contenzioni non sono una cosa bellissima, se la portassi su di me impazzirei [...] comunque non penso possa piacere a nessuno l'essere legato ad una sedia fermo. [Intervista 8\_TN1c]*

Nelle interviste 1 e 8 emerge rammarico e la non accettazione della contenzione. Nel primo caso l'infermiere non accetta il fatto che la scelta sia delegata al parente anziché al paziente; non si mette in gioco dice solo di sentirsi male, assumendo una postura neutrale. Infatti, la famiglia del paziente può assumere un impatto positivo oppure negativo sul processo decisionale. In questo caso, la famiglia chiede l'utilizzo della contenzione entrando in contrasto con la percezione del professionista che non la ritiene necessaria. Tali



contrapposizioni di pensiero fanno emergere una mancanza di riconoscimento di professionalità da parte del caregiver, e il professionista vive male il dover mettere in secondo piano le esigenze della persona.

Nell'excerpt 8 l'infermiere sottolinea la dissonanza emotiva che si crea nel momento in cui viene applicata la contenzione fisica, ritiene vi sia un bilanciamento tra la prevenzione di eventi avversi e la privazione della libertà. Sembra in un certo senso accertarla come pratica, ma poi nel momento in cui la ipotizza su di sé riferisce che *“le contenzioni non sono una cosa bellissima, se la portassi su di me impazzirei”*.

L'infermiere generalmente percepisce la sofferenza del paziente contenuto ma risponde con atteggiamenti di rassegnazione piuttosto che agire in maniera attiva e propositiva. Gli esempi a seguito fanno emergere “l'esserci” ma con atteggiamento passivo che entra in contrasto con il proprio dilemma interiore.

*Ma tanto quasi un senso di colpa, perché so benissimo che in quel momento lì lei sa che quando mi vede arrivare sa benissimo cosa sta per fare e quindi c'è proprio un po' di lotta dentro di me nel dire però se fosse qualcuno qui voglio bene che vorrebbe solo camminare non dà fastidio nessuno, è che purtroppo lei... nascono delle dinamiche per le quali magari un ospite fa un certo verso o si gira in una determinata maniera lei lo interpreta come un'aggressione nei suoi confronti e viene fuori veramente il putiferio e quindi sono costretta a sederla per il minor tempo possibile ma anche cercare di farle capire che lo sto facendo per lei che ha bisogno forse di riposarsi per mezz'oretta perché senno davvero cade di nuovo e quindi la difficoltà che ho è proprio per questi ospiti che camminano decidere di dire adesso è meglio che ti sieda. [Intervista 24\_VR1]*

*Allora dici 'vorrei soddisfare i suoi desideri ma non posso, perché rischia che mi fa altri danni su qualcosa che ha', magari ha una tracheotomia, una PEG e quindi siamo costretti a contenerlo con tanto dispiacere. Perché mi metto, se mia mamma o mio papà devono mangiare, li devo contenere. [Intervista 32\_VR3]*

L'esempio riportato nell'intervista 24 fa emergere il conflitto emozionale che può investire il professionista nel momento in cui si trova a dover scegliere la contenzione. Si sente in colpa, sa che il residente comprende e quindi sa di fare un qualcosa che va contro le volontà della persona assistita. Una progressione riflessiva emerge nell'intervista 32, l'infermiere vorrebbe soddisfare i desideri della persona ma utilizza la contenzione per evitare altri danni. L'utilizzo della frase *“li devo contenere”* esplicita il conflitto interiore che suscita tale scelta ma che è sempre rivolta in un'ottica di *well doing*, del fare del bene.

Spesso gli infermieri nel momento in cui decidono di usare la contenzione descrivono i conflitti morali, come conflitti di valore. Questi conflitti si basano sulla discrepanza che si va a creare tra sentimenti negativi e il senso di responsabilità nei confronti della persona. I conflitti morali tra il fare e non fare, scuotono il professionista nella pratica assistenziale e nelle situazioni ad alto impatto etico su di sé e sulla persona assistita (Chuang & Huang, 2007; Möhler & Meyer, 2014).

La contrapposizione tra il proprio sentire e le regole dell'organizzazione è un aspetto già emerso e affrontato in precedenza, nel capitolo delle policy organizzative. Tale condizione determina una sorta di distacco dell'operatore dalle logiche interne al contesto, suscitando sentimenti contrastanti che si ripercuotono non solo sul professionista ma anche sull'assistenza all'utente.

*Sinceramente all'inizio mi faceva molto... anche adesso ci sono dei casi che quando metti le contenzioni ti senti una specie di malessere, perché legghi una persona, non è una bella cosa... per me è ancora un po' strana. Mi sono abituata all'idea che bisogna farla per il loro bene, ma ad essere sincera non sono tanto contenta di farlo... per me una persona deve essere libera...ma poi se siamo qua in una struttura protetta che ha determinate regole e quindi bisogna farlo [Intervista 26\_VR1]*

Nonostante l'influsso delle politiche interne possa in un certo senso influenzare negativamente il vissuto dell'infermiere, la contrapposizione del sentire può nascere da un dilemma interiore, dal dover scegliere tra due esiti che possono essere i desideri, i bisogni, il benessere della persona e il mantenimento della sicurezza ed è quest'ultima motivazione che determina poi la scelta finale. Il confine, tra il concetto di conflitto e dilemma, è molto labile.

*L'abbiamo preso in due in accordo ed è una situazione dolorosissima, quando tu sei lì e ti chiedi 'non potevo fare altro di diverso?', lo devi bloccare ed è una cosa che dal punto di vista dell'infermiere che è lì da solo dal punto di vista medico e dei colleghi. Vi è la paura e la preoccupazione, quello che mi mette costantemente in discussione in merito alla contenzione sono il bisogno delle persone e il preservare dal pericolo la persona; sei sempre dilaniato. A volte è prioritario garantire la libertà, altre volte è prioritario preservare dal pericolo. Secondo me qua è un lavoro continuo che si deve fare su noi stessi. La procedura risolve solo in parte. [Intervista 19\_VR2]*

Nell'intervista 19 emerge una riflessività profonda e tormentata, che dilania l'anima, si assiste a una tensione tra i diritti umani e il dovere alla cura. La tradizione infermieristica descrive il ruolo dell'infermiere in un'ottica di promozione della protezione e rimozione dei rischi. Gli infermieri vengono visti come "fornitori di assistenza", per questo, la cura così intesa prevede l'attuazione di interventi diretti e risolutivi, focalizzati su procedure, gestione delle terapie e aspetti tecnici. Tuttavia, l'infermiere nella pratica quotidiana si trova ad assistere la persona in un'ottica olistica. Spesso le situazioni sono così difficili che l'infermiere si trova ad un bivio e ciò lo investe di grande competenza nel saper decifrare di che cosa ha bisogno la persona. Tuttavia, se da una parte vi è la tendenza ad utilizzare tale mezzo di coercizione cercando di pesare rischio-beneficio di tale pratica dall'altra vi sono dei professionisti che cercano di riflettere in merito, problematizzano ed esplicitano in un certo senso il proprio discostarsi da tale pratica cercando di far emergere la mancanza di reale necessità.

*Sulla cintura sono un po' scettica, nel senso che mi ha fatto riflettere molto questa cosa avvenuta di recente, come fai a mettere ad una persona che fino ad una settimana fa camminava faceva l'orto, come fai a dirgli ti metto un impedimento, su quello sono tanto scettica. Quando lo mettiamo, e vedo che sono impediti da questa cosa, riconosco l'utilità dello strumento ma dall'altra parte non vorrei essere, non vorrei trovarmi in questa situazione. è questo il sentimento che mi suscita. R: Quando dici scettica, su cosa? Non lo so, riconosco che su alcuni sia utile. Penso che a volte possa creare più difficoltà che utilità in alcuni casi. È utile, ed a volte potrebbe essere evitato. [Intervista 18\_VR4]*

*È abbastanza... non ti lascia mai niente di... ti lascia sempre un po' di amaro in bocca... Cioè quando tu devi decidere di legare una persona secondo me non ti ci abitui mai... anche quando lo fai tutti i giorni che vado a cambiare una persona di notte con un operatrice e rimettere la cintura... dici... guarda poveretto questo qui... è lì che dorme e deve star legato... non so... non mi lascia mai niente... non di positivo però sempre un po' di amaro... c'è una scala di contenzione, dalla meno alla più che sono i polsini, e quelli insomma sono proprio tosti da mettere ad una persona che resti sempre lì... dici avrò fatto bene avrò fatto male... ti lascia sempre un po'...almeno io resto sempre lì e dico "potevo pensare a qualcos'altro? Speriamo vada tutto bene, che non si faccia male". [Intervista 29\_VR1]*

Nelle interviste 18 e 29 le infermiere riportano sentimenti di non accettazione, riflettono sulla pratica e riscontrano approcci che in alcuni casi potrebbero essere evitati. Si assiste ad un coinvolgimento emotivo, si sentono toccate e si pongono in postura riflessiva. Nell'intervista 29 emerge un aspetto in contro tendenza a ciò che emerge in letteratura; le evidenze descrivono infermieri che per far fronte ai conflitti morali attivano delle strategie di *coping*. Spesso cercano di risolvere i dilemmi razionalizzando l'utilizzo della contenzione, come ad esempio negando le implicazioni morali ed etiche della contenzione attraverso una giustificazione legale. Oppure re-definendo il significato della pratica, che generalmente causa emozioni negative, verso una percezione positiva e convincendosi di "fare del bene per l'utente" (Chuang & Huang, 2007; Goethals et al., 2012; Möhler & Meyer, 2014). L'infermiera in questo excerpt non cerca alcuna strategia ma esplicita in maniera diretta i propri vissuti e ripete continuamente che l'utilizzo della contenzione "*ti lascia sempre un po' di amaro in bocca*". Nonostante sia una pratica comune all'interno del suo contesto il sentire empatico non è stato inibito, ella infatti si mette nei panni del residente e sottolinea "*secondo me non ti ci abitui mai...*".

In altre interviste alcuni professionisti ritornano alla concettualizzazione della contenzione; l'importanza di utilizzare delle terminologie adeguate fa accettare meglio la pratica, tale aspetto è evidente nell'intervista 30, una sorta di autoaffermazione e presa di posizione del professionista, che si pone nella posizione di "salvaguardare" la persona da azioni che possono portare a dei rischi.

*Allora legato è brutto perché legato boh adesso non mi viene la parola però contenere la vedo più una parola che contengo un disturbo che può recare danno all'ospite stesso. Invece "lo lego perché non cada" non mi piace proprio la parola... contenere, contengo nel senso che argino, comunque limito si un movimento che però può essere dannoso per l'ospite stesso se lui si alza e cammina e non riesce a stare in piedi si spacca un femore ci sono delle belle cose. [Intervista 30\_VR1]*

In molti degli excerpts, riportati in precedenza, emerge il concetto noto in letteratura con il termine "*conflict*". Tale concetto riprende e cerca di riassumere il significato complesso di dilemma psicologico ed emozionale che nasce in seguito all'uso della contenzione e che pone il professionista a riflettere in merito al concetto di violazione dei diritti umani. Gli obblighi morali giocano un ruolo importante all'interno dei conflitti, il dover garantire sicurezza alla persona assistita influenza in maniera significativa il vissuto del professionista. Questi conflitti interiori portano a provare sentimenti contrastanti e in

alcuni casi opposti; la dualità positivo vs. negativo, il garantire dignità a scapito di autonomia e libertà di espressione sono elementi che costantemente entrano in relazione e conducono alla scelta finale.

La condivisione è un aspetto importante, in letteratura emerge l'importanza della condivisione tra i pari, ma lo stesso tempo anche il confronto con un terapeuta può essere d'aiuto. Il fermarsi a riflettere in merito alle proprie scelte e azioni aiuta il professionista ad approcciarsi in maniera positiva nei confronti dei dilemmi cognitivo-emozionali che possono manifestarsi durante la pratica assistenziale. Sono pochi i professionisti che agiscono senza pensare alle potenziali conseguenze che possono incorrere sulla persona. In una delle strutture coinvolte è stata colta dall'organizzazione la necessità di fornire ai professionisti un colloquio strutturato con una psicoterapeuta dedicata.

*Noi eravamo seguiti da una psicoterapeuta, facevamo un lavoro di espressione delle fatiche anche in termini di contenzione. Poterne parlare, e a livello di gruppo aiuta a conoscerli. Al di là delle procedure, è utile parlare di casi selezionati. Ad esempio, anche nel caso del nuovo paziente che vaga ed i familiari ci chiedono la contenzione; ci sarebbe anche una cultura da condividere in merito alla contenzione. sono situazioni difficili da gestire, in ogni contesto. [Intervista 19\_VR2]*

L'infermiere valorizza l'implementazione di sessioni guidate di condivisione per fare un lavoro di espressione delle fatiche assistenziali aiutando non solo a livello di singolo professionista ma anche a livello di team assistenziale.

La necessità di uno spazio di condivisione dei propri vissuti viene sottolineato in numerosi studi condotti in contesti di area critica. Le emozioni sperimentate dagli operatori spesso rischiano di rimanere “senza indirizzo” e sospese ed il riflettere in maniera strutturata sull'esperienza aiuta il professionista ad apprendere dall'elaborazione dei sentimenti le proprie azioni (Cricco-Lizza, 2014).

## 5.12 Pratiche alternative alla contenzione fisica

Molto spesso capita di osservare nelle interviste storie di applicazione di contenzione, tuttavia analizzando nello specifico le situazioni, l'infermiere attua diverse pratiche alternative prima di arrivare alla scelta di utilizzare un mezzo di contenzione. Negli excerpts a seguito è possibile osservare le azioni che vengono messe in atto dai professionisti volte a prevenire l'utilizzo del mezzo coercitivo. Strategie che in alcuni casi non sono sufficienti, ma l'intenzione e il desiderio da parte del professionista è quello di giungere e trovare la migliore soluzione. Si può assistere a tentativi realmente messi in atto ed altri solamente ipotizzati, molte volte gli infermieri riportano di non riuscire ad evitare la contenzione per mancanze organizzative, di risorse umane e strutturali.

Le pratiche realizzate sono in alcuni casi molto semplici, come il garantire il rapporto *one to one* con ascolto attivo, altre volte sono interventi molto strutturati che prevedono il coinvolgimento di molti professionisti. Si assiste a un progress attuativo che lavora a vari livelli cercando di fornire alla persona la migliore assistenza e ritardando quando possibile l'uso della contenzione.

*Si è provato a tranquillizzare il residente con la presenza, a spostarlo in un salottino centrale per sorvegliarlo attivamente, a farlo stare in poltrona, il tutto senza esito positivo; gli operatori del turno di notte sono così stati costretti a portarlo con loro qualsiasi attività facessero, compreso il giro letti. [...] Mentre spingo la carrozzina il residente mi graffia e mi sputa. Chiamo l'educatrice e proviamo a tranquillizzarlo chiedendo lui come mai si sta comportando così. Chiamo anche l'operatrice con la quale normalmente parla più volentieri, ma il residente non risponde alle domande, alza molto il tono della voce con commenti di natura sessuale molto spinti e prendendomi la mano mi storce un dito. Decido quindi di chiamare la Dott.ssa che ci raggiunge subito, ma al suo arrivo il residente diventa ancora più inquieto. [Intervista 4\_TN1a]*

*Allora a lei non piace stare sola, quindi se si trova sola si agita quindi abbiamo provato a metterla in soggiorno assieme agli altri ospiti. Comunque vi era una supervisione, il soggiorno non è davanti all'ambulatorio ma continuiamo a passare per l'idratazione, etc...le avevo messo davanti il tavolino ma non attaccato non come protezione ma solo come appoggio con un giornale per distrarsi ma è ugualmente scivolata dalla carrozzina. Allora io l'ospite l'ho vista tranquilla, anche se a tratti agitata. Forse perché anche se con le protezioni, non è che non l'ho più guardata ma me la sono tenuta davanti*

*all'ambulatorio. Quando si agitava la tiravo verso di me e ci parlavo, e poi si tranquillizzava. [Intervista 5\_TN1b]*

Nelle interviste 4 e 5 emerge in maniera chiara l'approccio centrato sulla persona e viene attivata un'assistenza individualizzata ai bisogni e preferenze dell'utente. Preferenze e desideri che vengono identificati grazie alla conoscenza della persona e del suo *background*, attivando un'assistenza individualizzata per garantire la continuità delle cure e attivandosi con azioni quali l'ascolto, il dialogo, la vicinanza e la condivisione. Strategie per evitare di contenere gli utenti oppure per prevenire e ritardare il più possibile l'uso di mezzi di contenzione. Spesso come si è visto per attivare un'assistenza individualizzata entrano in gioco diversi attori, negli excerpts a seguito è evidente l'importanza e la forza del lavorare in team.

*(R: Gli OSS mi sembra di capire che ti abbiamo aiutata?) Sì, abbiamo collaborato assieme. La stessa gestione la stiamo attuando con il paziente giovane che ti ho accennato anche prima. La scelta di non applicare nessuna contenzione neanche a letto. Soprattutto all'inizio, ora un po' meno ci si dà il cambio per sorvegliare e stare nelle vicinanze della stanza. Anche se non siamo fisicamente davanti, cerchiamo di non allontanarci mai dall'ala. [...] Un pochino sì, le abbiamo appoggiato dei giornali sopra cercando un po' di distrarla. Poi non so se abbiamo contribuito anche le gocce. [...] Altre strategie sono: se sono presenti familiari, a delle volte riusciamo a togliere una contenzione prescritta per un determinato tempo fino a che ci sono i familiari che sorvegliano. [Intervista 13\_VR2]*

*Avere il personale adeguato permette inizialmente di attivare un rapporto 1:1, che di solito è quasi sempre fattibile, poi se non si riesce...mi vengono in mente dei casi complessi che si sono risolti con l'utilizzo del rapporto a uno a uno senza utilizzare altri metodi. Non si riesce sempre però si cerca sempre di garantire un tentativo. [Intervista 10\_TN1b]*

L'importanza della collaborazione all'interno del team non solo nel momento della decisione ma anche nelle fasi di monitoraggio è molto importante. Le figure assistenziali coinvolte nei processi di cura sono esse stesse delle alternative ai mezzi di contenzione ed emerge in maniera evidente nell'intervista 13. Lo stesso infermiere sottolinea l'importante ruolo che può assumere la famiglia nell'evitamento della contenzione diventando parte attiva nella sorveglianza. L'importanza del coinvolgimento della famiglia nel processo di

cura risulta essere una strategia alternativa alla contenzione che determina esiti positivi nelle percezioni dei residenti (Goethals et al., 2012; Dierckx de Casterlé et al., 2015).

L'excerpt dell'intervista 10 sottolinea l'importanza di tentare sempre l'approccio *One-to-One* in tutte le situazioni come utile strategia alternativa alla contenzione, in presenza di adeguate risorse umane.

Se da una parte sembrano essere sufficienti sorveglianza e vicinanza, vi sono dei momenti critici nell'arco della giornata che non permettono di garantire un'assistenza individualizzata e si assiste quindi all'implementazione di misure alternative più articolate.

*Abbiamo un ospite che era abituato a camminare fino ad una settimana prima legato da un po' di matto, allora lo mettiamo vicino ad un tavolo, lo teniamo in una zona che sia sotto controllo. Si sistema l'ospite si abbassa il letto al massimo poi un periodo avevamo anche dei materassi a terra che li abbiamo tenuti solo per alcuni ospiti per un motivo igienico perché non si potevano lavare. Tieni sott'occhio il paziente più spesso, non è che puoi legarlo, non abbiamo noi manopole o cose del genere, poverino. [...] nel senso piuttosto faccio una vigilanza, mi attuo per esempio mentre faccio la terapia mi metto con l'ospite vicino così ce l'ho sottocchio. [Intervista 20\_VR4]*

*Siccome con lei non ho ritenuto opportuno mettere una contenzione, come precauzione, ho deciso di mettere un materasso a spugna per terra. Poi dopo è venuta la dottoressa, ed ancora adesso ha quel tipo di precauzione. A volte rimangono lo stesso, delle volte si prova a mettere la sponda a 45 gradi con qualcuno ha funzionato per esempio con la signora F. c'ero io e non ha voluto, preferiva averla alzata così si poteva girare. Ci sono delle contenzioni che vengono usate come tali ed altre per aiutare la persona. [Intervista 33\_TN3]*

*Con più personale, tante sì, tipo le cinture addominali, tavolini magari non tutto il giorno ma almeno ore sì. Avendo personale dedicato che gli sorveglia si potrebbe evitare. R: Avete la possibilità di utilizzare strategie alternative? Noi abbiamo la possibilità di usare sponde a letto divise oppure il sensore tappetino. [Intervista 42\_TN3]*

In entrambe le interviste 20 e 33, gli infermieri riferiscono di aver utilizzato il materasso a terra oppure di aver abbassato al minimo l'altezza del letto per evitare di utilizzare la contenzione. Strategie comunemente utilizzate nelle strutture residenziali e che possono evitare e/o ritardare la contenzione in determinati utenti. In letteratura emergono differenti



presidi alternativi alla contenzione che possono permettere all'utente di mantenere la propria libertà come sensori di movimento applicati a sedie e letti e protettori d'anca (Best practice, 2002b; Gastmans & Milisen, 2005). Nell'intervista 42 l'infermiere menziona presidi come le sponde a letto divise, che permettono all'utente di uscire dal letto in autonomia, in associazione al sensore tappetino che ha lo scopo di segnalare movimenti e permettere al personale di intervenire per supportare ed assistere l'utente. La gestione con mezzi elettronici di sorveglianza è un nuovo approccio che si sta diffondendo all'interno delle strutture residenziali e che si ricollega al concetto di contenimento ambientale introdotto per la prima volta da Testand et al. (2010) ed approfondito nel Capitolo 1.1. Nelle interviste condotte non sempre emerge l'utilizzo di interventi alternativi alla contenzione, poiché spesso i professionisti tentano approcci alternativi senza esplicitarli mentre in altri casi vi sono aspetti a livello organizzativo che non ne permettono l'implementazione per mancanza di forniture materiali.

In alcuni casi viene messo in atto dai professionisti un approccio preventivo in ottica di minimizzazione del rischio, vengono identificati da parte dei professionisti i fattori di rischio che possono portare ad irrequietezza, cadute e variazioni nel comportamento dei residenti.

*È stato condiviso un contratto personalizzato con la famiglia di assistenza personalizzata nel pomeriggio perché è soprattutto nel pomeriggio che lei ha questi problemi di aggressività e c'è un operatore pagato dalla famiglia nel pomeriggio tre volte a settimana la porta in giro [...] mezz'ora poi dipende perché poi magari nel frattempo iniziano le attività e gli ospiti vanno portati nella sala dove ci sono le attività e quindi lei lasciamo libera che non ha nessuno da aggredire... ci gestiamo un po' così.. qua cerchiamo le strategie giorno per giorno perchè cerchiamo comunque di non contenerli finché riescono a deambulare...quando lei è momenti di aggressività non è che va a chiunque tranquillizzarla a richiamarla a portarsela via... ci andiamo noi quelli che lei ci vede come suoi protettori e come persone che lei si può fidare perché se va qualcun altro che gli dice dai vieni qua lei non è che riesce ad allontanarla dalle sue vittime, ci devi saper fare. E soprattutto con chi ha più confidenza... [Intervista 27\_VR1]*

Tali azioni di minimizzazione del rischio richiedono sinergie e collaborazione tra i membri del team e condivisione del progetto assistenziale con la famiglia dell'utente. Tale approccio è fondamentale e basato su una cultura valutativa che metta al centro la persona e che si adatti ai suoi bisogni seguendo le variazioni della patologia ed evitando il più a

lungo possibile la contenzione. Questa personalizzazione è fondamentale e riflette una politica basata su un management del personale guidato da una visione etica e che infonde nei professionisti azioni empatiche e virtuose, stimolando i professionisti al coraggio e all'assunzione di responsabilità.

In questi estratti è possibile vedere l'intenzionalità da parte degli infermieri nell'attivarsi in prima persona e a più livelli per evitare quanto possibile l'utilizzo della contenzione fisica. Spesso emerge l'importanza della sorveglianza, come filo conduttore, e il garantire vigilanza permette di ritardare l'uso di tali mezzi. Un ruolo chiave assume il familiare quale garante della sorveglianza a supporto e d'aiuto al personale sanitario.

La presenza dell'infermiere sembra avere un effetto calmante sui pazienti, vengono quindi visti dal familiare come una forma di contenimento positiva. Offrire attività, lasciare tempo e spazio all'utente sono considerati metodi alternativi così come l'uso di mezzi tecnici come ad esempio il materasso a terra.

Contestualmente alle pratiche realizzate si può assistere a ipotesi d'azione senza però una reale attuazione a causa di diversi fattori. Negli excerpts a seguito è possibile evidenziare elementi ricorrenti nelle diverse strutture come la mancanza di personale adeguato ai numeri presenti nelle strutture sanitarie, un rapporto sfavorevole è molte volte il motivo che porta all'utilizzo delle contenzioni.

*Io direi che in quel momento ed in quel frangente era l'unico modo, magari fosse stato giorno, non so. Può darsi che di giorno viste le maggiori risorse a livello assistenziale, infermieristico e medico avremmo avuto più possibilità di trovare altre soluzioni. In quel momento lì no, di notte è più difficile. [Intervista 11\_TN1b]*

Nell'intervista 11 l'infermiere riconosce la criticità legata alle risorse carenti a livello assistenziale durante il turno notturno. Riflette, e ritiene che in altre circostanze si possono usare differenti approcci ma nel caso specifico ed in quel frangente temporale la contenzione risulta essere l'unica soluzione.

Il rapporto personalizzato è una delle strategie più semplici ed efficaci per la gestione del paziente, come emerge nella seguente intervista.

*È inevitabile, poi è vero che se avessimo più tempo più personale probabilmente se noi avessimo un rapporto a uno a uno con attenzione non serve più perché hai un ospite di cui occuparti ti dedichi a lui tutto il giorno e in quel momento lì non servirebbe più ma è impossibile. [Intervista 24\_VR1]*

L'infermiere nell'excerpt 24 valorizza l'importanza del rapporto operatore-utente poiché permette di dedicarsi totalmente alla relazione personalizzata, tuttavia conclude tale affermazione in maniera pessimistica definendo tale possibilità come *“impossibile”* se pensata all'interno delle prassi dei contesti residenziali.

La redistribuzione delle risorse potrebbe aiutare, ma come emerge nel successivo esempio il numero scarso di personale influenza e ne impedisce l'attuazione.

*Oddio, se ci fossero stati lì tre operatori gli avrei detto ok, due finiscono il giro ed uno rimane qui a fare l'assistenza e la sorveglianza. Da noi ci sono troppi buchi, l'assistenza c'è ma deve fare molte attività e quindi manda da altre parti ed in quei momenti lì può succedere di tutto, se non è contenuto. (R: Vorresti aggiungere altro?) Sicuramente se ci fossero più persone certe cose si potrebbero evitare. [Intervista 38\_TN3]*

L'infermiere nell'intervista 38 sottolinea che non è solo il numero sfavorevole ad influenzare le prassi ma anche il carico lavorativo, quindi, per usare un termine da lui stesso utilizzato, vi sono dei *“buchi”* nei quali non è possibile garantire presenza e sorveglianza.

Dalle interviste emerge una sorta di giustificazione da parte del professionista, sembra appellarsi alle condizioni organizzative, ma sono motivazioni che entrano in contrasto con i precedenti excerpts delle azioni realizzate da colleghi appartenenti alla stessa struttura. Emerge una sorta di attribuzione di responsabilità esterna che tuttavia non può essere supportata da dati di contesto, poiché infermieri appartenenti alla stessa struttura agiscono in maniera differente ed evitano l'uso dei mezzi di coercizione.

In letteratura emerge una ridotta attuazione di interventi alternativi, nello studio di Eskadari et al. (2017) meno della metà dei professionisti coinvolti riportano di aver attuato interventi alternativi prima di utilizzare la contenzione; molti la considerano una buona metodologia e sono ignari dei benefici che derivano dall'implementazione di strategie alternative.

In altre interviste emerge un approccio riflessivo stimolante la condivisione che ha lo scopo di trovare la migliore soluzione per la persona. Nell'estratto a seguito il professionista sottolinea la ricchezza del pensiero collettivo per trovare la migliore soluzione nell'ottica del miglioramento continuo.

*Mi piacerebbe mettermi a tavola rotonda con altre persone con altre esperienze e vedere il meglio che si può fare per questi pazienti che giorno potremo arrivare anche noi lì... cosa si potrebbe fare di meglio. [Intervista 25\_VR1]*

Le interviste sottolineano la presenza di fattori che influenzano positivamente e/o negativamente la realizzazione delle pratiche alternative. Vi sono fattori che contribuiscono alla realizzazione di tali strategie come: elementi direttamente correlati ad utente e famiglia, a caratteristiche del team multiprofessionale ed elementi legati a fattori organizzativi. Parallelamente ai fattori favorevoli vi sono quelli ostacolano la realizzazione di pratiche contenzione-free come: le condizioni cliniche degli utenti, le ridotte risorse umane e la cultura organizzativa del contesto. È quindi evidente come l'attuazione delle pratiche alternative non sia un aspetto di semplice gestione e facilmente gestibile all'interno dei contesti residenziali a causa di molteplici fattori.

#### 5.12.1 Richiesta consapevole dell'ospite per un uso alternativo della contenzione

Se da una parte vi sono molti fattori che rendono difficoltosa l'abolizione della contenzione, è bene tener presente che spesso sono gli stessi utenti a richiedere di utilizzare la contenzione, nello specifico i mezzi più richiesti sono le sponde a letto. Vengono quindi considerate una sorta di ausilio alla mobilitazione a letto, che aiuta l'utente a girarsi in maniera autonoma.

*[...] a volte sono gli stessi ospiti, lucidi ed in grado di intendere e volere, richiedono di mettere la sponda. [Intervista 2\_TN1b]*

*Sì, il 99% perché sono anziani con demenza, spesso anche anziani anche con demenza minima ti chiedono la protezione, le sponde sono molto richieste. [Intervista 18\_VR4]*

*Qui troviamo degli ospiti che capiscono e gli chiediamo e ti dicono "mettimi la sponda [che viene considerata contenzione] che di notte mi sento più tranquillo" al momento non abbiamo di questi problemi e da tempo non mi succedere di contenere qualcuno, più assicurare che contenere... [Intervista 28\_VR1]*

*Le sponde a letto tante volte ce le chiedono loro, per sentirsi più sicura oppure si tengono per girarsi, gli vien comodo. [Intervista 38\_TN3]*

La richiesta consapevole dell'ospite per un uso alternativo della contenzione è legittima e discretamente presente all'interno delle interviste incluse nello studio, come emerge negli excerpts riportati, e la motivazione di fondo è la necessità di maggiore sicurezza a letto che porta alla richiesta della sponda. In altri casi la richiesta di contenimento volontario nasce da una forma di timore e paura nei confronti di altri ospiti che possono entrare nelle stanze (Gastmans & Milisen, 2005; Saarnio & Isola, 2009). Tuttavia, sono pochi coloro che sono in grado di esprimere le proprie credenze e desideri quindi la scelta di usare un mezzo nasce da un'interpretazione che in alcuni casi bypassa l'utente ed interpella direttamente il familiare.

In parallelo alla richiesta da parte dell'utente, si sta assistendo ad un cambiamento in merito alle modalità di prescrizione della contenzione definendola un ausilio di supporto alla persona. Nell'excerpt 36 la contenzione viene vissuta in un'ottica di supporto alla persona.

*Diciamo che le contenzioni che abbiamo adesso sono quelle più necessarie in assoluto, ma è anche vero che un tavolino non lo mettiamo più come contenzione ma lo mettiamo removibile perché vediamo che è per breve tempo. [...] No, quando intendiamo postura lo segnaliamo nelle nostre contenzioni ma è una voce che lo fa mettere in una lista a parte; perché naturalmente se il fisioterapista dice che questa ha una postura che deve essere mantenuta così con un piano d'appoggio perché magari ha una emiplegia diventa più un aiuto posturale che una contenzione. Per esempio, le persone che vogliono loro la contenzione la attiviamo e di per sé è a tutti gli effetti una contenzione ma l'ha richiesta lui per cui la mettiamo in un altro elenco. Abbiamo fatto questo lavoro di distinzione perché risultavano troppe. [Intervista 36\_TN3]*

Nell'estratto 36 il professionista sottolinea che le contenzioni usate all'interno della propria struttura sono quelle “*necessarie in assoluto*”, ma analizzando complessivamente la frequenza di utilizzo emerge una occorrenza elevata. Per far fronte a questa elevata prevalenza all'interno del contesto hanno deciso di suddividere le contenzioni a seconda del fine: coercitivo e di supporto-ausilio. Questa azione può essere letta come una strategia attivata dall'organizzazione che ha come fine principale la legittimazione delle contenzioni in uso e allo stesso tempo il fornire un'immagine “*innovativa*”. È lo stesso intervistato che conferma tale fine affermando “*Abbiamo fatto questo lavoro di distinzione perché risultavano troppe*”.

Sorge quindi spontanea una domanda, troppe per chi? Qual è la motivazione che guida le policy contenzione-*free*? È necessaria solo un'imposizione dall'alto, oppure bisogna partire dal basso per creare una filosofia della cura focalizzata sul paziente piuttosto che all'accreditamento?

Analizzando complessivamente gli excerpts emerge la volontà degli infermieri di attuare per quanto possibile azioni alternative alla contenzione. Tale volontà assume un importante valore poiché mette in evidenza un atteggiamento positivo della professione nel farsi carico delle necessità della persona ed evitando per quanto possibile i mezzi di contenzione meccanica. I risultati emersi concordano nel considerare efficaci i metodi alternativi strumentali, come materassi a terra e cuscini, così come anche gli interventi relazionali che prevedono l'utilizzo dell'approccio *One-to-One* oppure della sorveglianza. Spesso, anche il familiare assume ruolo attivo nella gestione assistenziale diventando esso stesso un "metodo alternativo" alla contenzione e supportando il team assistenziale nei momenti di criticità.

Gli infermieri cercano in tutti i modi di ritardare la contenzione, in alcuni casi efficacemente in altri meno portando quindi all'inevitabile utilizzo della coercizione. L'utilizzo di pratiche alternative non sempre viene esplicitato da parte dell'infermiere, infatti durante le interviste tali aspetti sono emersi solo a seguito di specifiche domande di approfondimento. Molti degli intervistati considerano le strategie alternative alla contenzione azioni assodate e fondanti la pratica infermieristica e prevedono il ricorso alla coercizione solo se risultano inefficaci precedenti interventi. Lo studio ha quindi permesso di dare voce ad azioni di *caring* che altrimenti sarebbero rimaste non valorizzate e celate nelle prassi implicite all'interno dei contesti di cura.

Nel capitolo a seguito vengono riportate le storie esemplari complete emerse nelle interviste a completamento dell'analisi dei dati.

## 6. STORIE ESEMPLARI

---

Questa analisi paradigmatica, pur aiutando ad entrare in profondità nel materiale testuale raccolto, non consente di avere una panoramica della complessità dei racconti di contenzione. La presentazione dei risultati viene arricchita da alcuni racconti di storie di contenzione indicativi e riconducibili alle categorie che hanno composto il coding. A seguito sono riportate delle storie esemplari complete, particolarmente ricche e informative ma non vengono commentate perché sono state via via analizzate nella parte dei risultati.

### **La mancanza di conoscenza porta all'applicazione della contenzione senza una scelta consapevole**

Era un ospite, che era arrivata da poco, uno due giorni al massimo. So che aveva passato due notti in cui si alzava, avevano già attivato delle strategie, abbassato il letto e cercato in tutti i modi di evitare.

Però questa signora, affetta da malattia di Alzheimer, era anche caduta ed era stata trovata a terra e stentava a reggersi sulle gambe. Questa signora nei due giorni passati comunque sia si alzava ed andava in bagno, si muoveva. Mi son trovato di sera con questa signora che era caduta e non si era fatta nulla, stenta a reggersi sulle gambe perché probabilmente le dolevano. E mi son detto 'adesso che cosa facciamo...' se questa signora di notte si alza? Ed allora, fortunatamente era una signora molto corpulenta e mi son detto...io come infermiere in caso di estrema urgenza posso applicare una contenzione...a questo punto alziamo le sponde e cerchiamo di osservarla il più possibile. Non avevo a disposizione sensori, non avevo niente se non le sponde.

Allora mi ricordo che avevamo un letto vuoto, ho preso il materasso di questo letto e ho fatto abbassare il più possibile il suo letto e ho messo anche questo materasso. Mi sono quindi detto, ho messo il materasso se dovesse scavalcare cosa che reputo quasi impossibile. Nel frattempo, ho avvisato anche i parenti, riferendomi alla cosa e valutando se potevano venire a fargli compagnia.

Sapevo di non poter contare al cento per cento sull'operatore perché poveretto è da solo su tutto il piano però gli ho raccomandato e scritto in consegna di monitorare il più possibile.

[Intervista 9\_TN1b]

### **Assumersi la responsabilità di togliere la contenzione ed il rischio di eventuali conseguenze**

L'ospite è l'ultimo ingresso di 3-4 settimane fa, proveniva da un centro di riabilitazione in dimissione. Ospite con sondino naso gastrico dopo ictus, avuto due mesi fa. Il SNG a scopo di alimentazione. Questa signora dalle carte, nella lettera di dimissione vi era scritto che avevano posizionato la manopola perché, l'ospite si era rimossa il SNG per ben due volte. Quindi la contenzione era già prescritta dalla lettera di dimissione, quando arrivata non l'ho messa subito la manopola perché volevo vedere, la mano destra era l'unica mano plegica. Emiplegica totalmente a livello sinistro. Non ho posizionato la contenzione anche se già prescritta, mi sono sentita con la dottoressa T. L'ospite era in stato di assopimento e non ho potuto valutare il suo stato di coscienza da sveglia. L'ho tenuta e mantenuta senza manopola per tutto il turno, il mio turno della mattina. Gliel'ho posizionata prima di andare via, perché era una situazione di non supervisione con presenza dell'infermiera, per sicurezza gliel'ho posizionata alla mano destra. Nei giorni dopo, l'ospite era più sveglia e reattiva, lucida ed orientata nel tempo e nello spazio, lei stessa era infastidita da questa manovra contenitiva, la manopola e mi ha chiesto nel primo pomeriggio di rimuoverla. Io mi sono assunta la responsabilità di toglierla e poi ho sentito la dottoressa T. gliel'ho rimossa nel momento in cui ero lì con lei. È vero lei tende a rimuoversi il SNG perché le causa molto fastidio, tuttora ha la manopola alla mano destra. [Intervista 3\_TN1a]

### **Lavorare in team per trovare la strategia migliore**

E. è un residente di 76 anni, da poche settimane arrivato nella nostra struttura. È vigile, ma non sempre lucido e collaborante, si muove da solo in carrozzina e riesce a deambulare accompagnato da un operatore. Il signor E. è un ex etilista e talvolta, quando è presente la compagna e quando si sente obbligato nel fare qualcosa reagisce in modo aggressivo verbalmente e spingendo via la persona con la quale sta parlando. Nelle scorse notti E. ha avuto tre episodi di aggressività fisica più marcati ed ha tirato degli oggetti al compagno di stanza, un ragazzo in stato vegetativo. Ci siamo accertati che il residente non avesse dolore o altri stati clinici che potessero essere un fattore di rischio per questi episodi (ad esempio, disidratazione, stipsi, ...). Si è provato a tranquillizzare il residente con la presenza, a spostarlo in un salottino centrale per sorvegliarlo attivamente, a farlo stare in poltrona, il tutto senza esito positivo; gli operatori del turno di notte sono così stati costretti a portarlo con loro qualsiasi attività facessero, compreso il giro letti. Anche la terapia farmacologica è già stata aggiustata più volte nel tentativo di contenere questi episodi senza sedare eccessivamente il paziente e mantenendo quindi il grado di interazione e reattività, tuttavia



non si è riuscito ancora a raggiungere l'obiettivo desiderato. È venerdì pomeriggio e discuto con la Dott.ssa cercando insieme una soluzione per gestire l'aggressività, anche in vista del weekend durante il quale il medico non è in struttura. La Dott.ssa propone di utilizzare il Risperidone® depot per via intramuscolare. In precedenti casi si era rivelato un buon compromesso e così proviamo ad andare insieme da E. e spiegargli che dobbiamo fare una puntura per consentirgli di stare più tranquillo durante il giorno e di riposare durante la notte. Il residente, se pur oppositivo e comunque aggressivo verbalmente, si lascia fare l'iniezione. Pochi minuti dopo entro nel salotto dove si trova per verificare come sta e trovo E. molto agitato, sta tirando pugni contro il muro e appena mi vede mi lancia una tazza e un piatto. Porto il residente in un'altra stanza dove non ci sono altri residenti e dove posso allontanarlo da possibili oggetti contundenti per sé e per gli altri. Mentre spingo la carrozzina il residente mi graffia e mi sputa. Chiamo l'educatrice e proviamo a tranquillizzarlo chiedendo lui come mai si sta comportando così. Chiamo anche l'operatrice con la quale normalmente parla più volentieri, ma il residente non risponde alle domande, alza molto il tono della voce con commenti di natura sessuale molto spinti e prendendomi la mano mi storce un dito. Decido quindi di chiamare la Dott.ssa che ci raggiunge subito, ma al suo arrivo il residente diventa ancora più inquieto. Lo stato di agitazione psicomotorio è difficilmente gestibile, urla con toni offensivi, tira calci e pugni a qualsiasi persona di avvicini, sputa e si graffia le braccia. La Dott.ssa mi indica di preparare il Talofen® intramuscolare 1 fiala per sedarlo; seguo le sue indicazioni e procedo alla somministrazione mentre altri 4 operatori sono costretti a tenerlo fermo. Rimaniamo nella stanza almeno due operatori insieme e dopo circa 45 minuti il residente si tranquillizza. In questa situazione è stata utilizzata una contenzione farmacologica. [Intervista 4\_TN1a]

**Utilizzare strategie alternative per poi arrivare ugualmente alla contenzione** Di notte siamo scoperti che non c'è neanche il medico allora di notte siamo un infermiere pressappoco su due piani, ma capita anche 4-5 piani perché di notte abbiamo anche le casette esterne quindi magari il collega ha dovuto andare di là per un'emergenza e tu sei qua che giri per tutti i piani e mi è capitato una o due volte. L'ultima volta che mi ricordo di una signora giù che stava buttandosi giù dal letto siamo andati lì l'abbiamo messa a posto sistemata sembrava tutto apposto e dopo neanche un quarto d'ora ha ricominciato a muoversi che voleva buttarsi giù dal letto e di notte cosa fai? Per forza ho dovuto metterle la cintura poi la mattina dopo ho lasciato scritto anche per il medico di valutare e al bisogno, per cui dopo c'è stata la necessità di metterla e per fortuna per la sua sicurezza insomma perché se cadeva giù dal letto si rompeva...l'ospite aveva una demenza senile era molto

agitata tant'è vero che in qualche maniera sono riuscita a dargli le gocce che aveva in terapia al bisogno, con le gocce sembrava un po' calmata e dopo 15-20 minuti ha ricominciato ma l'abbiamo trovata che si era totalmente spostata dal letto con la faccia in giù quindi c'era rischio di caduta perché se cadeva giù con la testa...Ma dopo un po' a forza di dai sono stata la più di una mezzoretta con lei a forza di dai "calmati, non succede niente, stai tranquilla" perché comunque era ancora agitata anche con le gocce non ha funzionato granché, dopo un po' si è anche un po' stancata credo perché era anche un po' mezza nel sonno lì.. sì, è un po' calmata eravamo verso mattina, che è successo più o meno le tre e mezza e poi verso le cinque, che ho dovuto lasciargliela lì poi alle sei sono arrivati colleghi della mattina e poi si è calmata. So che i colleghi la mattina gliel'hanno tolta perché era tranquilla però al pomeriggio hanno dovuto rimetterla e il dottore... cioè hanno parlato con il medico che l'aveva già vista quindi lui la cintura l'ha messa al bisogno e dopo ci son stati altri episodi che hanno dovuto metterla la cintura a letto e anche in carrozzina perché poi era molto agitata. [Intervista 26\_VR1]

Ho pensato a vari episodi perché ci capita, perché magari la notte siamo in due, mi è venuta in mente di una sera questa signora nel nucleo Alzheimer che mi hanno chiamato che c'erano tre operatrici che non riuscivano più a gestirla perché era una signora molto aggressiva, molto veloce nei movimenti e quando ha il momento di delirio diventa veramente aggressiva con tutti quelli che trova ospiti e operatori e addirittura avevano paura che entrasse nelle camere ad aggredire gli altri ospiti perché cammina molto bene anche corre, è difficile da tenere sotto controllo allora sono scesa, noi guardiamo sempre se hanno qualcosa in terapia al bisogno perché a volte i medici per i pazienti più critici ci prescrivono qualcosa da usare in queste situazioni ma con lei era difficile perché non riuscivamo a prendere un contatto con lei perché era proprio in delirio, di solito si riesce ad interloquire un po' con lei, ma quella sera era proprio ingestibile e quindi abbiamo dovuto decidere di usare sia la contenzione farmacologica, perché secondo me anche quella può essere considerata contenzione, sia fisica di metterla su una poltrona con una cintura e poi siamo rimaste io e un'altra operatrice un po' a sorvegliarla e si è poi addormentata, ma abbiamo dovuto prima contenerla fisicamente prima in quattro per adagiarla sulla poltrona per riuscire a farle un intramuscolo, una fiala di farmaco e dopo riuscire a metterla la cintura e fatalità era quello.... Non quello che cercava... però era talmente esasperata dal delirio che stava avendo che appena l'abbiamo messa sulla poltrona si è rilassata e non si è più mossa per tutta la notte, perché poverina era tutto il pomeriggio che si stava agitando che era difficile da gestire e così. [...] Lei a volte veniva contenuta sempre con la cintura in sedia... però raramente perché diciamo che durante il giorno perché essendo la residenza chiusa

così lei viaggia cammina tanto così non è mai necessaria... raramente capita che abbia questi attimi di delirio proprio, è stata contenuta alcune volte una o due volte tant'è che quella sera lì mi sono trovata un po' in difficoltà, prima ho chiamato la figlia per sentire come la pensava anche lei per condividere un po'... cioè decidere di usare una contenzione soprattutto quando non sei nel tuo piano qui, un ospite che non conosci benissimo, una famiglia che non conosci bene, decidere di usarla è sempre un po' difficile poi noi non possiamo stare lì tutta la notte a sorvegliare la persona quindi è una bella decisione da prendere, infatti ho chiamato la figlia e mi ha detto fai pure quello che devi fare perché sa bene com'è la mamma a volte è pericolosa sia per se stessa ma anche per gli altri a volte aggressiva. [Intervista 29\_VR1]

### **Utilizzare la contenzione per gestire pazienti aggressivi**

Mi ricordo un signore con una demenza giovane entrato da poco al nucleo protetto, avevamo una garanzia. Nella fase iniziale cerchiamo di vedere i pazienti così come sono, ad un certo punto però risultava pericoloso per sé e per le persone vicine. Aveva delle allucinazioni e gridava, era impossibile somministrare la terapia orale o per altra via. Abbiamo deciso con gli operatori, il medico non c'era era un sabato pomeriggio, si poteva pensare di attivare una guardia medica consapevoli del fatto che non conoscono l'ospite e che ti danno il farmaco per intervenire. Abbiamo deciso assieme con gli operatori perché poi risultava importante monitorare la situazione. abbiamo scelto la poltrona, perché presidio più pesante in caso di alzata rispetto ad una sedia. Abbiamo scelto la cintura inguinale piuttosto che la cintura addominale, per il rischio maggiore di tirarla verso il collo. La cintura inguinale diventava meno fastidiosa in termini di incisione della cute. L'abbiamo preso in due in accordo ed è una situazione dolorosissima, quando tu sei lì e ti chiedi "non potevo fare altro di diverso?", lo devi bloccare ed è una cosa che dal punto di vista dell'infermiere che è lì da solo dal punto di vista medico e dei colleghi. Quindi l'abbiamo seduto e fissato, e cercare di dargli qualcosa per bocca senza riuscirsi, ha urlato per ore e si spostava con la poltrona. Allora abbiamo contattato la guardia medica che è uscita ed è venuta a vederlo e siamo intervenuti farmacologicamente. È stato un caso impegnativo, ogni tanto aveva dei momenti di lucidità e capiva che qualcosa non andava. Era una forma di aggressività fisica, si procurava delle botte in testa, avrebbe tentato di battere la testa sul muro. Aveva l'incubo dei ladri e se qualcuno lo avvicinava cercava di respingerlo con una forza importante, non da alzare oggetti. Poi vi è anche la paura degli altri nel vedere atteggiamenti così forti. Da un lato può esserci la paura, parliamo sempre di un nucleo protetto. [Intervista 19\_VR2]

### **Modifiche delle condizioni cliniche instabili**

Eravamo di notte che giriamo tutti piani purtroppo quella notte ero il primo piano dove abbiamo pazienti con Alzheimer e demenza senile e questo paziente che non era stato ancora aggiornato il protocollo per la contenzione dopo le due volte che si è alzato dal letto da solo ha scavalcato le sponde che aveva già le sponde come si è alzato ha voluto anche allungare le mani all'operatore che c'era, l'operatore e l'infermiere che era venuto a intervenire lui per primo e mi ha telefonato vieni qui che non riusciamo a gestirlo, io personalmente in quel momento in quel momento ho detto visto che ha scavalcato due volte le sponde e anche aggressivo le terapie non voleva prendere in nessun modo perché era abbastanza cioè camminava riusciva a parlarti solo che irrequieto, io insieme all'infermiere con l'operatore abbiamo detto visto che sono le due di notte che non riusciamo a tranquillizzarlo prendiamo una fascia quella che si mette a letto, l'abbiamo chiuso con quella, almeno per non cadere fino alla mattina, la mattina quando arriva il medico e familiari e il responsabile del piano valutiamo se servirà questa cosa infatti poi si sono applicate più protezioni per lui addirittura quasi dappertutto e lui era sempre legato purtroppo ma anche per la patologia che aveva un Alzheimer ma proprio avanzato che sempre aggressivo sempre per vagabondaggio per scappare andare via, aprire, allungare le mani a tutti non avevamo più controllo su di lui e purtroppo era legato al muro sono stati messi due ganci e la poltrona dove stava era legata al muro perché lui si spostava anche nella poltrona, lui camminava per il reparto e hanno prima legato la poltrona al muro e poi lui alla poltrona c'è il massimo che si può fare per... [Intervista 25\_VR1]

### **Episodi ricorrenti di manipolazione di liquidi biologici**

Mi è capitato di dover applicare una contenzione proprio per motivazioni igieniche. Era un ospite con demenza autonoma nelle ADL (Activity Daily Living), doveva essere solo stimolata durante il pasto e necessitava di indirizzo e spiegazione per lo svolgimento di alcune azioni ed attività. La paziente è spesso confusa in modo particolare durante le ore serali e durante la notte; in particolare la notte, poiché tendeva a manipolare il pannolone, a togliere i vestiti, ad andare in bagno e non sapere cosa fare...è stato quindi deciso di applicare il tutone ed evitare la manipolazione del pannolone e trovare tutta la camera sporca di urine e feci. [Intervista 8\_TN1b]

### **Utilizzare la contenzione per evitare l'auto rimozione del sondino nasogastrico-PEG-catetere vescicale**

Un paziente che era rientrato dall'ospedale, mi sembra per un'infezione delle vie urinarie, era infatti rientrato con un catetere che non aveva in precedenza. Era rientrato il venerdì, e io non avevo possibilità di avvisare il medico di struttura quindi dovevo sentire la guardia medica. Era in carrozzina, perché a letto non voleva stare anche se a letto aveva prescritte le sponde ma lui non voleva assolutamente, e per sicurezza l'abbiamo tenuto con noi in sala per tenerlo monitorato e tendeva ad alzarsi dalla carrozzina non aveva cintura prescritta ed autorizzata e quindi in urgenza io gli ho applicato la cintura addominale tenendo monitorato e compilando la scheda, sorvegliandolo spesso e cercando...lui tentava proprio di alzarsi dalla carrozzina, non aveva avuto problemi di caduta e fratture cercava proprio di alzarsi. Visto che aveva il catetere e visto che comunque era disorientato ho cercato quella modalità. Poco dopo l'ha accettata e si sentiva anche più sicuro, lui era una persona lucida di solito ma in quel momento era proprio confuso. Poi successivamente confermata dal medico. Non è durata tanto come contenzione, dopo in equipe è stato deciso di toglierla perché era più rischioso tenerla che un'eventuale caduta. [Intervista 34\_TN3]

### **Mancanza di personale – ridotte risorse**

Era come turno 15-22. Dopo le 21 era un uomo che di suo è molto difficile da gestire, era agitato ed aveva le sponde a letto ma non la cintura a letto. Lo abbiamo trovato più volte che tentava di scavalcare, alla fine ho deciso di mettere la cintura addominale a letto per lui, ma anche sapendo anche che nella notte c'era un operatore solo. Perché fino a quel momento eravamo in due ma poi io andavo via e restava da solo. L'ho messo e messo di rivalutare la mattina successiva con il medico come procedere, oltre ad avergli dato la terapia al bisogno per che aveva per l'agitazione. Avevo provato a somministrare la terapia prima ma non aveva avuto beneficio. Abbiamo provato a tranquillizzarlo, gli abbiamo acceso la televisione, gli abbiamo dato da bere abbiamo cercato prima di arrivare alla decisione di metterla però dopo ho detto, rischiamo che se non siamo qua che casca fuori. Gli OSS mi hanno segnalato il problema e sono stati loro a monitorarlo, lo hanno monitorato sia prima che dopo. Hanno giocato un ruolo attivo [Intervista 38\_TN3]

### **Visioni opposte all'interno del team**

ospite dall'ospedale che deambulava con un deambulatore, in ospedale non ha mai deambulato è sempre restata o a letto o in poltrona. Arrivando qui in struttura si è vista costretta in sedia-carrozzina non ha la forza negli arti inferiori di deambulare. Ha provato diverse volte a tirarsi su con un alto rischio di caduta ed eventuale frattura; qualcuno ha proposto di mettere una contenzione come il cinturino inguinale addominale ed io per prima secondo me non va messo il mezzo di contenzione, vista una persona del genere visto la capacità di comprendere si può spiegare di stare seduta in carrozzina ed evitare di mettere un mezzo di contenzione. Quindi secondo me mettere un mezzo di contenzione ad una persona contro la sua volontà si rischierebbe di aumentare il suo stato di irrequietezza. In un decadimento cognitivo avanzato il mezzo di contenzione è l'unico modo per evitare eventuali danni. [Intervista 16\_VR4]

L'analisi empirica ha consentito di individuare quali sono i gesti concreti e le riflessioni con cui i pratici attuano e riflettono nel momento in cui devono decidere di applicare ed utilizzare un mezzo di contenzione. Si tratta di una pratica complessa, che viene influenzata da innumerevoli fattori e che tocca nel profondo il professionista, emerge la figura di un infermiere che ricerca il confronto per cercare di trovare la migliore soluzione per la persona. La contenzione non è una pratica routinaria ma piuttosto ancorata a tradizioni, emerge l'importanza di andare alla ricerca di maggiori informazioni in merito a bisogni e necessità della persona, stimolare ed incentivare il processo di deliberazione eticamente orientato.

## 7. DISCUSSIONE

---

I risultati emersi dall'esperienza dei professionisti coinvolti nello studio riprendono in parte conoscenze già emerse in letteratura in merito all'argomento, ma allo stesso tempo offrono ulteriori spunti innovativi in merito ai vissuti cognitivi e affettivi che accompagnano l'uso delle contenzioni. Emergono diversi fattori che influenzano sia in maniera positiva che negativa l'esperienza e i vissuti degli infermieri delle residenze sanitarie assistenziali.

Il lavoro di cura nei confronti degli utenti delle residenze sanitarie è impegnativo non solo sul piano organizzativo e assistenziale, ma anche emotivo come il disagio e dilemma interiore che traspare dalle parole degli intervistati.

Analizzando lo studio attraverso le categorie ed etichette concettuali è possibile riscontrare come membri appartenenti alla stessa struttura organizzativa abbiano differenti approcci alla pratica della contenzione. Si assiste a due tipologie di professionisti, quelli fortemente rivolti al tecnicismo e quelli che agiscono sull'utente con un approccio olistico e volto al benessere non solo fisico ma anche emotivo. Tale differente approccio influenza l'esperienza del professionista suscitando vissuti cognitivi ed emotivi, che vanno dal senso di incertezza e impotenza fino ad arrivare alla frustrazione.

L'incertezza e imprevedibilità emerge come elemento comune nei contesti residenziali, una risposta ai continui cambiamenti clinici, che interessano gli utenti, ma anche quelli presenti a livello contestuale e organizzativo. Le RSA negli ultimi anni sono state notevolmente sovraccaricate di responsabilità e competenze gestionali - assistenziali di utenti con complessi bisogni di base e sanitari, ma senza una adeguata redistribuzione delle risorse umane e strutturali. I professionisti si trovano quotidianamente a convivere con limiti strutturali, di personale e la mancanza di presidi e forniture per la gestione infermieristico assistenziale. Gli infermieri descrivono le RSA come un contesto in continua mutazione che necessita di professionisti non solo competenti in ambito tecnico-operativo, ma intimamente coinvolti in rapporti di collaborazione con utente e famiglia.

Pertanto, dalla domanda introduttiva sul concetto di contenzione sono emersi tre livelli concettuali: descrittivo, operativo e personale. Differenziazione che deve essere letta non come singole componenti ma come elementi costituenti di un concetto complesso e articolato che necessita di tutte le sue molteplici sfumature (Bleijlevens et al., 2016). Molti degli infermieri intervistati hanno riportato una definizione che include principalmente elementi teorico - pratici e solo in alcune testimonianze sono riportati elementi etici. Vi è comune concordanza tra i professionisti nel considerarla una pratica che viola la libertà della persona dal un punto di vista motorio ma che limita allo stesso tempo l'autonomia

decisionale. Tale aspetto viene confermato anche in diverse pubblicazioni, nelle quali emerge il forte impatto della contenzione sulla persona che ne è soggetta, limitazioni non solo motorie ma in senso più generale (Evans et al., 2003; Goethals et al., 2013a, 2013b). Un aspetto innovativo che riprende in parte la normativa italiana emerge nelle definizioni che considerano la contenzione una protezione, nell'ottica di custodia preventiva da danni ed esiti negativi. Affermazione che supporta il concetto più ampio di sicurezza e protezione, considerate le principali motivazioni che inducono il professionista alla scelta di ricorrere alla contenzione fisica (Goethals et al., 2012, 2013a; Hofmann et al., 2013; Kong et al., 2017; Möhler & Meyer, 2014; Scheepmans et al., 2014).

In altre si assiste a una postura empatico riflessiva del professionista che si mette nei panni del paziente e non si limita a fornire una definizione teorico-operativa. L'infermiere nel momento in cui deve dare una definizione di contenzione si immedesima in una determinata situazione portando su di sé le implicazioni derivanti dall'utilizzo della contenzione. In letteratura emergono sfumature ad alto impatto etico simili a quelle riscontrate nello studio, come il concetto di integrità psicologica fondamentale per garantire benessere alla persona assistita (Gastmans & Milisen, 2005), di dignità e rispetto dei diritti umani (Goethals et al., 2012, 2013a; Gastmans & Milisen, 2005; Jakobsen & Sørli, 2010; Shanahan, 2012). Si parla di processo di deliberazione eticamente orientata, concetto emerso in diverse interviste in cui l'elemento ricorrente è l'importanza del garantire la libertà alla persona assistita. Tale aspetto utilizzando la contenzione non viene garantito e pertanto emerge la violazione della libertà di scelta in senso generale fino a giungere alla violazione della libertà di movimento e azione (Cheung et al., 2005).

A livello normativo è emersa una non chiarezza in merito al campo della responsabilità decisionale nel momento in cui il professionista si trova a dover utilizzare un mezzo di contenzione; un vuoto normativo che rende il concetto di responsabilità professionale controverso e poco chiaro. Nelle narrazioni ricorre con una discreta frequenza un nuovo profilo di competenza dei professionisti dei contesti residenziali, il cui scopo principale prevede il raggiungimento di esiti ma senza un'adeguata attenzione ai rischi emotivi che possono suscitare determinate azioni. Alcune situazioni e approcci fanno trasparire una sorta di de-umanizzazione della pratica infermieristica, non sempre accompagnata da pensiero riflessivo e spesso in contrasto con policy e direttive organizzative. Si assiste a forme di assistenza che non pongono al centro l'utente come persona, ma come soggetto affetto da patologia. Tale aspetto emerge anche in letteratura, spesso all'interno dei contesti residenziali i professionisti identificano i residenti a rischio contenzione. Una identificazione che porta a ragionare anziché in un'ottica di personalizzazione ad una di



stereotipizzazione, definendo dei profili di paziente sulla base di precise caratteristiche cliniche. Gli elementi di rischio sono prevalentemente in relazione alla patologia di base, nello specifico demenza, deterioramento cognitivo e/o disturbi del comportamento (Bellenger et al. 2017; Huizing et al., 2007; Heinze et al., 2012; Hofmann & Hahn, 2014; Konetzka et al., 2014; Meyer et al., 2008; Minnick et al., 2007; Scheepmans et al., 2014). Parallelamente alla patologia di base, vi sono altri elementi che influenzano le scelte del personale, le pregresse cadute oppure limitazioni in termini funzionali e motorie che influenzano la decisione di utilizzare il mezzo di contenzione per evitare ulteriori danni alla persona (Heeren et al., 2014; Luo et al. 2011; Meyer et al., 2008; Natan et al., 2010; Hofmann et al., 2015). Tali risultati sottolineano l'importanza e necessità di competenza infermieristica soprattutto per la gestione di utenti geriatrici e affetti da patologie cognitive e neuro-degenerative. Una competenza avanzata che necessita di abilità e conoscenze specifiche per far fronte alle complessità legate all'utente e al contesto lavorativo permettendo l'implementazione di un approccio alle cure secondo la filosofia *person-centred* (Eskadari et al., 2017).

Questa competenza necessita non solo di *expertise* teorico-pratica ma anche di capacità empatica nell'entrare in relazione con l'altro ed esserci in maniera consapevole, abilità che non si apprende in maniera totalmente spontanea ma deve essere guidata da formazione specifica. In letteratura emerge l'importanza nella relazione di cura della relazione con l'altro; la struttura ontologica umana è essenzialmente relazionale, nel senso che l'esserci diviene attraverso le relazioni con l'altro (Mortari, 2015, p. 43-44). L'infermiere nella pratica quotidiana spesso si trova ad assumere la responsabilità decisionale, e la relazione con l'altro permette di raggiungere migliori esiti clinici (Saarnio & Isola, 2007, 2010). Come si evince dalla complessità dei dati emersi, si tratta di una traiettoria complessa e articolata che prevede la collaborazione di diverse figure professionali ma anche della famiglia. Si assiste a un profilo professionale che mira a cercare di comprendere, valutare e monitorare la decisione che non è priva di riflessione e la tendenza è di analizzare le situazioni da differenti prospettive considerando tutti i fattori che entrano in gioco. La maggior parte delle testimonianze supportano e valorizzano la condivisione e decisione partecipata e sottolineando l'efficacia e diffusione di politiche contenzione-*free* grazie ai progetti implementati e al rapporto di collaborazione nel team interprofessionale. Anche la letteratura sottolinea l'importanza della condivisione con i membri del team, ciò permette ai professionisti di analizzare la situazione sotto differenti punti di vista e quindi tale approccio permette di giungere alla migliore soluzione per la persona (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Chuang & Huang, 2005; Goethals et al., 2013b; Scheepmans et al., 2014).

Anche la relazione con la famiglia dei residenti è parte fondante del *decision-making*, in molte interviste gli infermieri sottolineano l'importanza del coinvolgimento dei residenti nelle fasi del processo assistenziale considerandoli parte del team. Il contatto diretto con un familiare è una strategia utile per mantenere la relazione e cercare di recuperare informazioni che permettano al team di metter al centro del processo di cura il residente. Spesso, il residente è toccato da una serie di fragilità cliniche che lo portano a non riuscire ad esprimere efficacemente i propri bisogni. Nello specifico, le patologie cognitive creano un filtro tra il sé e ciò che li circonda, rendendoli incapaci d'espressione diretta; in queste situazioni è importante la vicinanza e collaborazione dei familiari. Quest'ultimi se adeguatamente coinvolti nel processo di cura non si sentono abbandonati ma inclusi e ciò permette loro di assumere scelte consapevoli che riguardano il proprio caro, vengono valorizzati dai professionisti che in un certo senso conferiscono loro potere decisionale (Goethals et al., 2012). La presenza della famiglia in momenti dedicati non è sempre presente a causa dell'imprevedibilità delle condizioni cliniche della persona; ma gli stessi professionisti si attivano in autonomia per cercare il confronto e per riflettere sull'esperienza. La ricerca della condivisione e del confronto aiuta a scaricare il coinvolgimento nella scelta e di conseguenza ridurre la percezione del grado di responsabilità; nel corso dell'esperienza gli operatori sembrano aver acquisito strategie di sopravvivenza e di coping da mettere in atto per far fronte a situazioni complesse sul piano etico. Tali strategie attivate dagli stessi professionisti oppure indotte dalle organizzazioni in alcuni contesti si traducono in approcci difensivi e prassi implicite che portano a considerare la contenzione una forma di ausilio e protezione da eventi avversi per il soggetto e cercando di far arrivare il familiare alla stessa considerazione. Il ruolo che può assumere la famiglia nella relazione di cura è da tempo discusso in letteratura, la contenzione implica non solo un impatto sulla persona che ne è soggetta ma anche su coloro che la circondano. Il coinvolgimento della rete familiare può assumere differenti sfumature, positive e negative, a seconda della situazione e dei vissuti personali. Da una parte si assiste a familiari che supportano il professionista nella decisione e legittimandone le scelte e considerandola una pratica lecita (Haut et al., 2010; Kurata & Ojima, 2014; Saarnio & Isola, 2009), dall'altra vi sono altri che vedono negativamente la scelta dell'utilizzo della contenzione considerandola una forma di abuso di potere da parte del professionista (Goethals et al., 2012; Saarnio & Isola, 2009).

Le motivazioni che guidano le scelte sono diversificate e fanno emergere una variabilità influenzata dalle caratteristiche dei residenti e delle strutture di appartenenza. A differenza di quanto emerso in letteratura, se non per qualche caso selezionato, si assiste a valutazione

olistica del residente che non si basa solo sulla patologia di base come fattore predisponente alla contenzione. La scelta di utilizzare la contenzione è l'ultima alternativa assistenziale, gli stessi infermieri utilizzano la metafora dell'"ultima spiaggia" il cui fine è sottolineare l'inevitabilità per selezionate e complesse situazioni. Nelle interviste appare rilevante l'importanza della storia della persona, il suo background culturale ed esperienziale, che funge da guida all'agire di cura. Emerge da parte dei professionisti la volontà di scardinare il concetto della predisposizione alla contenzione; si sta assistendo ad un cambiamento nelle pratiche assistenziali che vedono i professionisti maggiormente interessati al processo di *assessment* attraverso il confronto e cercando di applicare strategie alternative. L'utilizzo della contenzione come ultima alternativa emerge nello studio di Gjerberg et al. (2013), in cui gli infermieri intervistati cercano di attivare una serie di approcci per prevenire l'uso della coercizione, considerandola come ultima risorsa alla quale attingere ('last resort').

I risultati dello studio confermano le motivazioni emerse in letteratura, e quella maggiormente riportata è la garanzia di sicurezza e protezione, che si articola come prevenzione del rischio caduta, rimozione dei *devices*, protezione da lesioni e da eventi avversi; gli infermieri considerano il proprio agire in un'ottica di prevenzione per il bene della persona assistita. Diversi autori hanno sottolineato come la necessità di preservare la sicurezza possa influenzare la scelta di utilizzare la contenzione come approccio alla persona in situazioni di rischio e/o reale pericolo. La volontà di proteggere un residente fragile è l'elemento fondante e guida delle scelte dei professionisti sanitari (Bellenger et al., 2017; Heeren et al., 2014; Fariña-Lopez et al., 2014; Meyer et al., 2008; Möhler & Meyer, 2014).

L'altra motivazione che emerge con frequenza è la mancanza di risorse umane per la gestione assistenziale in termini di rapporto professionista-utente. La scelta di utilizzare tale mezzo nasce da un'incapacità di gestire i disturbi del comportamento nelle sue diverse sfumature, viene considerata una manifestazione di rischio e non come possibile manifestazione della malattia. Solo alcuni infermieri riconoscono l'importanza di andare in approfondimento sulle motivazioni sottostanti ad un determinato comportamento, cercando di andare oltre il visibile. Tale aspetto è controverso in letteratura, si assiste da una parte a studi che avvalorano l'importanza di una adeguata dotazione organica per garantire assistenza personalizzata ai residenti, in particolare durante i turni notturni, ed evitare l'uso dei mezzi di contenzione fisica. Spesso, l'inadeguato rapporto e gli alti carichi di lavoro portano il professionista a utilizzare mezzi di contenzione poiché impossibilitato nel garantire assistenza continua (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Natan et al., 2010; Øye et al., 2017). Ma allo stesso tempo vi sono autori che sottolineano la non correlazione tra

dotazione organica e utilizzo dei mezzi di contenzione fisica (Heinze et al., 2012); stesso ragionamento in merito a le risorse strutturali e dotazioni di materiale specifico come letti Alzheimer oppure sensori di movimento (Hofmann et al., 2015).

Un altro aspetto rilevante che conferma i dati emersi in letteratura è l'influenza negativa che possono assumere le policy organizzative e le prassi implicite consolidate all'interno dei contesti (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Jakobsen & Sørli, 2010). Si parla di pratica consolidata di routine, l'utilizzo della contenzione in alcuni contesti non viene utilizzata come pratica straordinaria ma al contrario considerata una pratica infermieristica di routine e non viene messa in discussione (Chuang & Huang 2007; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2010). Nella maggior parte delle interviste emergono prassi implicite e condivise nei contesti con o senza il supporto di protocolli; quest'ultimi non sono strutturati in un'ottica di riduzione ma piuttosto in una sistematizzazione delle fasi e *timing* di rivalutazione per rispondere alla normativa che la ritiene una pratica da attuare in casi di necessità e per un tempo limitato. La relazione tra vissuti e cultura della valutazione è evidente, poiché il dare e definire step fondanti per la gestione e condivisione dei progetti assistenziali cerca di ridurre la variabilità che costituisce il singolo professionista. Emerge infatti come la scelta che venga assunta congiuntamente tra i membri del team, permette di non far sentire abbandonati e isolati i professionisti. Gli ostacoli e le sofferenze che si trovano a dover affrontare trovano sempre forme di aiuto e di sostegno, e vengono solo raramente gestiti privatamente ed in autonomia.

In alcune strutture emerge uno scenario in cui il personale di supporto assume un ruolo attivo ed intrusivo nei processi di cura, numericamente superiori rispetto agli infermieri all'interno dei contesti di RSA, assumono in alcuni contesti un ruolo dominante. Questi infatti molto spesso chiedono direttamente l'applicazione di un mezzo di contenzione, anche se oggettivamente non vi è la necessità. Tali relazioni rendono difficoltosi i cambiamenti nelle prassi sottese all'interno dei contesti e gli stessi infermieri riconoscono come una mancanza di collaborazione possa influenzare i processi migliorativi. Questo aspetto non trova riscontro in letteratura, in alcune situazioni l'operatore di supporto richiede espressamente l'utilizzo della contenzione poiché lo considera un mezzo importante per l'assistenza (Fariña-Lopez et al., 2014). L'importanza del coinvolgimento di tutte le figure professionali del team è un aspetto di grande importanza nella gestione delle contenzioni (Dierckx de Casterlé et al., 2015; Saarnio & Isola, 2010), tuttavia in alcuni casi tale coinvolgimento può evolvere in rapporti interprofessionali impositivi e direttivi, come emerge dalle testimonianze degli intervistati.

La sistematizzazione attraverso l'implementazione dei protocolli permette e rafforza la diffusione di una cultura della valutazione della contenzione in tutti i contesti coinvolti (de Veer et al., 2009; Möhler & Meyer, 2014; Saarnio & Isola, 2009); molti infermieri con esperienza all'interno del contesto riconoscono una evoluzione rispetto al passato e nel momento della scelta sono consapevoli dei rischi che possono derivare da tale pratica. Rischi identificati sono simili a quelli emersi in letteratura, come ad esempio le lesioni dirette e indirette da mezzo contenitivo, l'esacerbazione degli stati di agitazione e confusione, l'aumento del tasso di cadute accidentali, il peggioramento delle condizioni cliniche, motorie e funzionali fino alla morte (Bellenger et al., 2017; Foebel et al., 2016; Evans et al., 2003; Hofmann & Hahn, 2014; Saarnio & Isola, 2009, 2010; Sze et al., 2012). L'importanza della cultura della valutazione dei casi emerge in letteratura, in particolare risulta fondamentale la conoscenza approfondita del soggetto e del suo background per permettere di assumere la decisione più confacente alle sue necessità (Saarnio & Isola, 2009, 2010). Si assiste anche a professionisti che prima di giungere alla scelta di utilizzare la contenzione si fermano e dedicano del tempo a una attenta valutazione della situazione per evitare di giungere a decisioni affrettate (Gjerberg et al., 2013).

Tuttavia, se da una parte si assiste alla volontà di approfondire e conoscere dall'altra si assiste ad atteggiamenti scarsamente riflessivi da parte dei professionisti. Non viene attivata una valutazione e/o rivalutazione ma vi è la tendenza a rimanere ancorati alle scelte e decisioni passate; si assiste ad un mancato *assessment* e azione passiva basata su un concetto reiterativo (Möhler & Meyer, 2014).

Lo studio inoltre ha fatto emergere un aspetto dibattuto anche in letteratura in merito alle strategie alternative alla contenzione. Dalle interviste si evidenzia una dedizione da parte del professionista a ricercare le migliori strategie ed evitare l'utilizzo della contenzione. Non è una scelta diretta e priva di riflessione e tentativi, ciò viene confermato dalla frequenza con cui compaiono le etichette che riflettono le azioni alternative messe in atto oppure ipotizzate. I risultati descrivono un professionista in evoluzione rispetto al passato, riflessivo e attento al paziente che attiva una serie di azioni per contrastare questa pratica. Una riflessività che ritarda per quanto possibile l'utilizzo delle contenzioni. La forza del "darsi tempo", un tempo dedicato all'osservazione, all'ascolto per analizzare le situazioni e condividere scelte in maniera consapevole e riflessiva, un'azione che si traduce sul benessere non solo dell'utente ma anche del personale. L'operatore si adopera per evitare la contenzione in differenti modalità e la letteratura fornisce una serie di strategie attuabili a differenti livelli: ambientale, organizzativo e individuale. Dalle attività di coinvolgimento del residente, sessioni di terapia occupazionale, rapporto *one-to-one*, fino

all'utilizzo di costosi mezzi alternativi quali sensori di movimento, videosorveglianza, braccialetti per la rilevazione del movimento (Chuang & Huang, 2005; Eskadari et al., 2017; Gjerberg et al., 2013; Saarnio & Isola, 2010).

La scelta di mettersi in gioco e assumersi la responsabilità non è un atto semplice, gli operatori fanno fatica a sostenere il carico emotivo mosso dal processo decisionale. Si assiste a una differenziazione dei vissuti emotivi, ed è possibile riscontrare posture di non attenzione fino ad arrivare a forme di agency empatica molto complesse, emergono vissuti che sono in intima relazione con la persona, e solo indirettamente influenzati dal contesto. La postura di ogni professionista differisce tra i diversi infermieri ed emerge la singolarità del vissuto cognitivo ed emotivo. Tuttavia, in alcuni casi le policy e il contesto impongono ideologie con un approccio non inclusivo top-down influenzando la percezione e i vissuti del professionista. Si crea una dissonanza tra il fare e il proprio sentire che condiziona il vissuto cognitivo ed emotivo del professionista che non riesce a superare e che lo fa soffrire. L'imposizione di teorie e filosofie da parte dei superiori gerarchici influenza negativamente i vissuti dei professionisti coinvolti e impedisce la rimozione totale della contenzione fisica dalle prassi (Kong et al., 2017). Gli infermieri sono attraversati da dilemmi interiori che suscitano disagi emotivi ed etici, spesso si interrogano e cercano di trovare la soluzione migliore, ma rispetto ai contesti ospedalieri dove l'obiettivo è la cura della malattia, nelle residenze sanitarie si assiste al costante bilanciamento tra sicurezza e libertà, tra cura e dignità. Un aspetto rilevante è il fatto che il professionista cerca di interpretare in maniera profonda le percezioni del residente fino a giungere a forme di agency empatica.

La letteratura da tempo riconosce l'importanza dell'etica nell'assistenza alla persona fragile e anziana (Koch et al., 2006; Jakobsen & Sørli, 2010), dell'approfondire valori etici e diritti umani delle persone assistite (Hofmann & Hahn, 2014; Sahanahan, 2011), come il garantire dignità, rispetto dell'autonomia, promuovere il benessere e la resilienza (Gastmans & Milisen, 2005). Tale filosofia della cura influenza le percezioni dei professionisti coinvolti, che a seconda della loro storia ed *expertise* percepiscono e vivono in maniera differente la pratica della contenzione (Natan et al., 2010; Hamers et al., 2009). Si assiste a professionisti intimamente coinvolti nella relazione, fortemente empatici nei confronti dei residenti i quali riferiscono di provare sentimenti negativi come tristezza, rabbia, dilemma interiore mentre altri investiti da una forma di cronicizzazione dei vissuti che li porta a non percepire nulla (Chuang & Huang, 2005; Hamers et al., 2015; Möhler & Meyer, 2014; Natan et al., 2010).

I risultati delle interviste evidenziano la necessità di formare infermieri a competenze non solo tecniche, ma anche relazionali ed etiche, e la necessità di ritornare al *nursing*

originario che mette al centro la persona con le sue paure ed emozioni. Le competenze relazionali, l'umanità e il coinvolgimento empatico degli infermieri sono fattori e componenti essenziali per assistere gli utenti delle residenze sanitarie. Tali competenze vengono percepite da utenti e familiari, come azioni di *caring* e di attenzione, infatti negli excerpts emerge come la vicinanza e l'ascolto attivo aiutino la persona a sentirsi al centro del processo di cura.

Tali risultati offrono una panoramica delle situazioni all'interno delle residenze sanitarie, descrivendo un contesto in continua evoluzione nel quale operano professionisti attenti a emozioni e riflessivi in merito alle scelte e relativi rischi. La valorizzazione delle competenze del personale infermieristico, il garantire momenti di condivisione e riconoscimento dei propri sentimenti e vissuti è un approccio utile per evitare l'instaurarsi di circoli viziosi e poco riflessivi che influenzano negativamente la pratica assistenziale infermieristica. I dati emersi dalle interviste riflettono la necessità di implementare all'interno dei contesti dei programmi educativi e formativi, necessità riportata dagli stessi infermieri i quali hanno riscontrato un cambiamento dell'ideologia dettato da quello generazionale. La strutturazione di programmi educativi permetterebbe di uniformare i gap formativi che si creano tra le vecchie e nuove generazioni di professionisti.

Vista l'eterogeneità in termini anagrafici e di livello di percorso formativo dei professionisti emerge l'importanza di implementare all'interno dei contesti dei percorsi educativi di approfondimento in merito alla gestione delle contenzioni. Per definire le modalità formative più efficaci è stata condotta la revisione sistematica con meta analisi. I risultati forniscono spunti e riflessioni che guidano i processi di miglioramento e di diffusione di pratiche contenzione-free.

In un'ottica di internazionalizzazione lo studio qualitativo è stato scritto sottoforma di articolo in lingua inglese (Allegato D).

## BIBLIOGRAFIA

---

Abraham, J., Kupfer, R., Bencke, A., Berger- Höger, B., Icks, I., Haarstert, B., Meyer, G., Köpke, S., Möhler, R. (2019). Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing studies*, 96:27-34. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017

Aranda-Gallardo, M., Morales-Asencio, J. M., Enriquez de Luna-Rodriguez, M., Vazquez-Blanco, M., Juan C Morilla-Herrera, Rivas-Ruiz, F., Toribio-Montero, J., Canca-Sanchez J. (2018). Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): a prospective, cohort, multicentre study. *BMJ Open* 8: e020039. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020039

Attanasio, A., Bedin, M., Stocco, S., Negrin, V., Biancon A., Checchetto, G., & Tagliapietra, M. (2009). Clinical outcomes and complications of enteral nutrition among older adults. *Minerva Medica*, 100:159-66

Beerens, H.C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M.E., Suhonen, R., Zabalegui, A., Bökberg, C., Saks, K., Hamers, J.P., RightTimePlaceCare Consortium. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *Journal of American Medical Directors Association*, 15(1):54-61. doi: 10.1016/j.jamda.2013.09.010

Bellenger, E., Ibrahim, J.E., Lovell, J.J., Bugeja, L. (2017a). The Nature and Extent of Physical Restraint–Related Deaths in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of Aging and Health*, 30(7):1042-1061. doi: 10.1177/0898264317704541

Bellenger, E., Ibrahim, J.E., Bugeja, L., Kennedy, B. (2017b). Physical restraint deaths in a 13-year national cohort of nursing home residents. *Age Ageing*, 46(4): 688-693. doi: 10.1093/ageing/afw246

Bellenger, E.N., Ibrahim, J.E., Kennedy, B., Bugeja, L. (2019). Prevention of physical restraint use among nursing home residents in Australia: The top three recommendations



from experts and stakeholders. *International Journal of Older People Nursing*, 14: e12218. <https://doi.org/10.1111/opn.12218>

Ben Natan, M., Akrish, O., Zaltkina, B. & Noy, RH. (2010). Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *International Journal of Nursing Practice* 16, 499–507. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01875.x.

Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory. Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller. Trad. it. *Teoria Generale dei Sistemi*, Milano: Mondadori, 2004.

Berzlanovich, A.M., Schöpfer, J., Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3):27-32. doi: 10.3238/arztebl.2012.0027.

Bleijlevens, M.H., Wagner, L.M., Capezuti, E., Hamers, J.P. (2016). Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11):2307-2310. doi: 10.1111/jgs.14435.

Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., et al. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38: 10–18. doi:10.1007/s00391-005-0285-y

Cadore, E.L., Moneo, A.B., Mensat, M.M., Muñoz, A.R., Casas-Herrero, A., Rodriguez-Mañas, L., Izquierdo, M. (2014). Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. *Age (Dordr)*, 36(2):801-11. doi: 10.1007/s11357-013-9599-7

Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., Evans, L.K. (2007). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1):90-6. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50013.x

Castle, N.G., Fogel, B., Mor, V. (1997). Risk Factors for Physical Restraint Use in Nursing Homes: Pre- And Post-Implementation of the Nursing Home Reform Act. *Gerontologist*, 37 (6), 737-47. doi: 10.1093/geront/37.6.737

Cembrani, F. (2017). Le nuove sfide del care. Medicina legale, deontologia ed etica per le professioni sanitarie. Canterano: Aracne editrice.

Comitato Nazionale per la Bioetica La contenzione: problemi bioetici 23 aprile 2015 <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/anno-2015/>

Costantini, S. (1996). L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani, in: Anzivino F., Bonati P.A. Il demente nelle Istituzioni: le realtà e le prospettive, *Atti Congresso SIGG, Piacenza*.

Cricco-Lizza, R. (2014). The need to nurse the nurse: emotional labor in Neonatal Intensive Care Unit. *Qualitative Health Research*, 24(5), 615-628. doi: 10.1177/1049732314528810

Di Giulio, P., Toscani, F., Villani, D., Brunelli, C., Gentile, S., & Spadin, P. (2008). Dying with advanced dementia in long-term care geriatric institutions: A retrospective study. *Journal of Palliative Medicine*, 11(7), 1023–1028. doi: 10.1089/jpm.2008.0020

Evans, L.K., Strumpf, N.E., Allen-Taylor, S.L., Capezuti, E., Maislin, G., Jacobsen, B. (1997). A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 45(6):675-81. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb01469.x

Evans, D., FitzGerald, M. (2002a). The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemporary Nurse*, 13: 126-135. doi: 10.5172/conu.13.2-3.126

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2002b). Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals. *Joanna Briggs*, Volume 6, Issue 4, ISSN 1329 – 1874. Traduzione a cura di Fontana Sabrina, Contenzione fisica – Parte 2: riduzione nei contesti assistenziali per acuti e residenziali.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. (2003). Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3): 274-82. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x

Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G.J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L.M., Gómez-Cantorna, C., Capezuti, E.A. (2014) Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5):322-30. doi: v 10.1111/jnu.12087

Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche (2019). Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Chirurghi e degli Odontoiatri (2014). Codice di Deontologia Medica. <https://portale.fnomceo.it/>

Feng, Z., Hirdes, J.P., Smith, T.F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.N., Gilgen, R., Ikegami, N., Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10):1110-8. doi: 10.1002/gps.2232

Foebel, A.D., Onder, G., Finne-Soveri, H., Lukas, A., Denking, M., Carfi, A., Vetrano, D. L., Brandi, V., Liperoti, R. (2016). Physical Restraint and antipsychotic Medication Use Among Nursing Home Residents with Dementia. *AMDA e The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.014>

Gallinagh, R., Nevin, R., Mc Ilroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., et al., (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (2), 147–156. doi:10.1016/s0020-7489(01)00020-7

Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B, Gastmans C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of Advance Nursing*, 68(6):1198-210. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05909. x. Epub 2011 Dec 28

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C. (2013a). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Medicine Health Care and Philosophy*, 16(4):983-91. doi: 10.1007/s11019-012-9455-z

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C. (2013b). Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5):603-12. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.006. Epub 2012 Nov 2.

Gulpers, M.J., Bleijlevens, M.H., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., Hamers, J.P. (2013). Reduction of belt restraint use: longterm effects of the EXBELT intervention. *Journal of American Geriatrics Society*, 61(1):107-12. doi: 10.1111/jgs.12057

Gulpers, M.J., Bleijlevens, M.H., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., Hamers, J.P. (2011). Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. *Journal of American Geriatrics Society*, 59(11):2029-36. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x

Gulpers, M.J., Bleijlevens, M.H., Capezuti, E., van Rossum, E., Ambergen, T., Hamers, J.P. (2012). Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12):1473-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013

Hamers, J.P., Gulpers, M.J., Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing* 45 (3), 246–251. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02885.x

Hamers, J.P., Huizing, A.R., (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1):19-25. doi:10.1007/s00391-005-0286-x

Hamers, J.P., Meyer, G., Köpke, S., Lindenmann, R., Groven, R., Huizing, A.R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2):248-55. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007

Hamers, J.P. (2015) Review: nurses predominantly have negative feelings towards the use of physical restraints in geriatric care, though some still perceive a need in clinical practice. *Evidence Based Nursing*, 18(2):64. doi: 10.1136/eb-2014-101827

Haut, A., Kolbe, N., Strupeit, S., Mayer, H., Meyer, G. (2010). Attitudes of relatives of nursing home residents toward physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4):448-56. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01341.x

Heeren, P., Van de Water, G., De Paepe, L., Boonen, S., Vleugels, A., Milisen, K. (2014). Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(12):48-54. doi: 10.3928/00989134-20140407-03

Heinze, C., Dassen, T. & Grittner, U. (2012). Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1033–1040. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03931.x

Higgins JP, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2011.

Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22):3012-24. doi: 10.1111/jocn.12384.

Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing homes: a multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21: 15-129. doi: 10.1186/s12877-015-0125-x

Huang, H.C., Huang, Y.T., Lin, K.C., Kuo, Y.F. (2014). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1):130-43. doi: 10.1111/jan.12176

Huizing, A.R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J., Berger, M.P. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BioMedCentral Geriatrics*, 6:17. doi: 10.1186/1471-2318-6-17

Huizing, A.R., Hamers, J.P., de Jonge, J., Candel, M., Berger, M.P. (2007). Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5):924-33. doi:10.1016/j.socscimed.2007.04.030

Huizing, A.R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J., Berger, M.P. (2009a) A cluster randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psycho geriatric nursing home residents. *Journal of American Geriatric Society*, 57(7):1139-48. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02309.x

Huizing, A.R., Hamers, J.P., Gulpers, M.J., Berger, M.P. (2009b). Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4):459-69. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.005

Isfort, M. & Weidner, F. (2010). A nation-wide survey by Pflegekräften on the situation of nursing care and patient care in hospitals. *German Institute for Applied Nursing Research*, Cologne, Germany, Available at: <http://www.dip.de> (accessed 12 March 2011)

Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing*, 13, 902–905. doi: 10.12968/bjon.2004.13.15.15527

Koch, S., Nay, R., Wilson, J. (2006). Restraint removal: tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing*, 1(3):151-8. doi: 10.1111/j.1748-3743.2006.00030.x

Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., et al. (2011). Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 59(2):333-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03278. x

Konetzka, R.T., Brauner, D.J., Shega, J., Werner, R.M. (2014). The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Journal of American Geriatric Society*, 62(3):454-61. doi: 10.1111/jgs.12711

Kong, E.H., Choi, H., Evans, L.K. (2017). Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2):49-60. doi: 10.1111/jocn.13418

Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A. & Joffe, G. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), 65–76. doi: 10.1177/0969733009350140

Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R., et al. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 307(20):2177-84. doi: 10.1001/jama.2012.4517

Kurata, S., & Ojima, T. (2014). Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 14:39. doi: 10.1186/1471-2318-14-39

Kuronen, M., Kautiainen, H., Karppi, P., Hartikainen, S., & Koponen, H. (2017). Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatrics and Psychiatry*, 32: 1418–1424. doi: 10.1002/gps.4629

Kvale, E., Dionne-Odom, J.N., Redden, D.T., Bailey, F.A., Bakitas, M., Goode, P.S., Williams, B.R., Haddock, K.S., Burgio, K.L. (2015). Predictors of Physical Restraint Use in Hospitalized Veterans at End of Life: An Analysis of Data from the BEACON Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18(6):520-6. doi: 10.1089/jpm.2014.0354.

Lan, S.H., Lu, L.C., Lan, S.J., Chen, J.C., Wu, W.J., Chang, S.P., Lin, L.Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities: Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*, 33(8): 411-421. doi: 10.1016/j.kjms.2017.05.012

Luo, H., Lin, M., Castle, N. (2011). Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26(1):44-50. doi: 10.1177/1533317510387585

Marques, P., Queirós, C., Apóstolo, J., Cardoso, D. (2017). Effectiveness of bedrails in preventing falls among hospitalized older adults: a systematic review. *JBI Database of*

*Systematic Reviews & Implementation Reports*, 15(10):2527-2554. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003362

Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7):981-90. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x

Mislej, M. e Bicego, L. (2018). Contro la contenzione garantire sempre l'articolo 13 della Costituzione. Essere noi "complianti" con il cittadino prima di chiederci se lui lo è con la terapia. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in longterm geriatric care. *Cochrane Database Systematic Review*, 16(2):CD007546. doi: 10.1002/14651858.CD007546.pub2

Möhler, R., & Meyer G. (2014). Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2):274-88. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.004

Möhler, R., & Meyer, G. (2015). Development methods of guidelines and documents with recommendations on physical restraint reduction in nursing homes: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 21;15:152. doi: 10.1186/s12877-015-0150-9

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.

Moore, K., & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6):532-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04298.x

Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.

Mortari (2014) (a cura di). *Decidere in Terapia Intensiva*. Volume I - Il campo di Firenze. Verona: QuiEdit.



Mortari, L. (2011). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.

Mortari, L. (2010). *Dire la pratica. La cultura del fare scuola*. Milano: Bruno Mondadori.

Mortari, L. (2009). *Ricerca e riflettere: la formazione del docente professionista*. Roma: Carocci.

Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia. Prospettive epistemologiche*. Roma: Carocci.

Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.

Mortari, L. (2002). La Grounded Theory: una via per la formazione alla ricerca educativa, in D. Orlando Cian (a cura di) *Didattica universitaria tra teorie e pratiche*, Lecce: Pensa Multimedia Editore.

Mortari, L. & Zannini, L. (2017). *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Roma: Carocci Editore e Studi superiori.

Mortari, L. & Silva, R. (2014) (a cura di). *Decidere in Terapia Intensiva*. Volume II - Il campo di Torino. Verona: QuiEdit.

Mortari, L. & Saiani, L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw –Hill.

Øye, C., Jacobsen, F.F., Mekki, T.E. (2017). Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14):1906-1916. doi: 10.1111/jocn.13504

Palese, A., Cargnelli, G., Bicego, L., Cassin, C., De Lucia, P., Pitacco, G. (2018). Progettare e condurre studi sulla contenzione fisica: appunti di metodo. *Assist Inferm Ric*, Apr-Jun 37(2):76-82. doi: 10.1702/2940.29553

Pellfolk, T.J., Gustafson, Y., Bucht, G., Karlsson, S. (2010). Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized

trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 58(1):62-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x

Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Retsas, A.P. (1998). Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies*, 35(3):184-91

Rovner, B.W., Steele, C.D., Shmuelly, Y., Folstein, M.F. (1996). A randomized trial of dementia care in nursing homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 44(1):7-13. doi: 10.1111/j.1532-5415.1996.tb05631.x

Royal College of Nursing (RCN). Use of restrictive practices in health and adult social care and special schools. London: December 19th 2013

Saarnio, R., & Isola, A. (2009). Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4):276-86. doi: 10.3928/19404921-20090706-02

Saarnio, R., & Isola, A. (2010). Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *Journal of Clinical Nursing*, 19: 3197–3207. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03232.x

Saiani, L. & Brugnolli, A. (2014). *Trattato di cure infermieristiche*. Volume I. Napoli: Edizioni Idelson-Gnocchi

Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S., Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 5;14:17. doi: 10.1186/1471-2318-14-17

Schöll, I., Zill, J.M., Harter, M. & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLOS ONE*, 9 (9): e107828. doi:10.1371

Schön, D. A. (1983). *The Reflexive Practitioner. How Professionals think in action*. New York: Basic Books. Trad. it. *Il Professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo

Shanahan, D.J. (2012). Bedrails and vulnerable older adults: how should nurses make 'safe and sound' decisions surrounding their use? *International Journal of Older People Nursing*, 7(4):272-81. doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00285.x

Sirchia, G., Trabucchi, M., Zanetti, E., Campari, M., Bertolini, A. (2001). Un modello per la rilevazione della qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. *Tendenze Nuove*, (1):4-19

Strauss, A. and Corbin, L. (1990b). *Basics of Grounded Theory Methods*. Beverly Hills, CA: Sage.

Strauss, A. L. and Corbin, J. (1990a). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Strauss, A. L. and Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Sze, T.W., Leng, C.Y., Lin, S.K. (2012). The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev*, 10(5):307-351.

Testad, I., Aasland, A., Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6):587-90. doi: 10.1002/gps.1329

Testad, I., Ballard, C., Brønneck, K., Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single blind

randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1):80-6. doi: 10.4088/JCP.09m05486oli

Testad, I., Mekki, T.E., Førland, O., Øye, C., Tveit, E.M., Jacobsen, F., Kirkevold, Ø. (2016). Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED) training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1):24-32. doi: 10.1002/gps.4285

Zanetti E, Castaldo A, Mutilio G et al. (2012). L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle residenze sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. *L'infermiere*. Disponibile all'indirizzo: [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)

Zanetti, E., Zani, M., Poli, M., Mottin, C., Marin, M. (2018). La contenzione a domicilio: indagine di prevalenza tra gli utenti del Servizio di Assistenza domiciliare dell'Azienda ULSS n. 7 Pedemontana di Bassano del Grappa. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, Apr-Jun, 37(2):62-67. doi: 10.1702/2940.29551

Zwijssen, S.A., Depla, M.F., Niemeijer, A.R., Francke, A.L., Hertogh, C.M. (2012). Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2):212-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.002

## APPENDICE

---



## A. Search strategy

Research question		Key words
P	Restrained residents in nursing home	<i>Residents in nursing home Long term setting, residential care facilities</i>
I	Educational or multicomponent program	<i>Educational training or multicomponent program</i>
C	Usual care	
O	Status of physical restraint	<i>Physical restraints or coercion</i>
S	Experimental studies	<i>Randomized controlled trials, clinical trials, quasi experimental studies</i>

1. Search physical restraint (14942)
2. Search "Restraint, Physical"[Mesh] (13532)
3. Search nursing home (86313)
4. Search "Nursing Homes"[Mesh] (37522)
5. Search residential care facilities (4956)
6. Search "Residential Facilities"[Mesh] (50272)
7. Search containment measure (393)
8. Search coercion (6417)
9. Search seat belt (4812)
10. Search side rail (74)
11. Search bedrail (41)
12. Search clinical trial (1125519)
13. Search randomized controlled trial (623325)
14. Search quasi experimental (15240)
15. Search (physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh] (14942)
16. Search (((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) AND "Nursing Homes"[Mesh] (490)
17. Search (((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) AND "Nursing Homes"[Mesh]) AND "Residential Facilities"[Mesh] (490)
18. Search ("Restraint, Physical"[Mesh] AND "Residential Facilities"[Mesh] (517)
19. Search ((((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) OR bedrail) OR side rail) OR coercion) OR seat belt (25952)
20. Search (((((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) OR bedrail) OR side rail) OR coercion) OR seat belt)) AND (("Restraint, Physical"[Mesh] AND "Residential Facilities"[Mesh]) (517)
21. Search ((((((((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) OR bedrail) OR side rail) OR coercion) OR seat belt)) AND (("Restraint, Physical"[Mesh] AND "Residential Facilities"[Mesh])))) AND clinical trial) OR randomized controlled trial (623335)
22. Search ((((((((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) OR bedrail) OR side rail) OR coercion) OR seat belt)) AND (("Restraint, Physical"[Mesh] AND "Residential Facilities"[Mesh])))) AND clinical trial (37)
23. Search ((((((((((physical restraint) OR "Restraint, Physical"[Mesh])) OR bedrail) OR side rail) OR coercion) OR seat belt)) AND (("Restraint, Physical"[Mesh] AND "Residential Facilities"[Mesh])))) AND randomized controlled trial (28)

<b>B. Definition and measured status of restraint in included study</b>		
<b>Authors (year)</b>	<b>Conceptual definition of Physical Restraint (PR)</b>	<b>Outcome measures: Physical Restraint</b>
<b>Abraham et al. (2019)</b>	<p>“Any action or procedure that prevents a person’s free body movement to a position of choice and/or normal access to his/her body by the use of any method, attached or adjacent to a person’s body that he/she cannot control or remove easily” (Bleijlevens et al., 2016).</p> <p>Physical restraints such as bed rails, belts, and fixed tables in chairs</p>	<p>Proportion of residents with at least one physical restraint after twelve months. Physical restraint use was assessed through direct observation at three time points: before randomization (T0), after six months (T1), and after twelve months (T2)</p> <p>Observations were performed twice a day (morning and evening)</p> <p>Physical restraints were documented if they were applied at the time of visit. Residents were assessed as having a physical restraint if such a measure was applied at least on one of the two observations points</p>
<b>Capezuti et al. (2007)</b>	<p>Side rails are adjustable metal or rigid plastic bars that attach to the bed and come in an assortment of sizes (full-, three-quarter-, half-, and quarter-length rail, split rail configuration, and alternate split rail configuration) and shapes</p>	<p>Observation rounds during the late evening and night shifts (between 9 p.m. and 6 a.m.) on all residents. The observation rounds confirmed the time and the location (e.g., bedroom) and position (e.g., lying in bed) of each resident using the Restraint Use Observation Tool. Side rail use was dichotomized as restrictive or nonrestrictive.</p> <p>Any restraint use (chest/vest, wrist/ankle, belt, or pelvic restraints and geriatric/recliner/wheelchair with fixed tray table) noted on the Minimum Data Set or physician order during the last month of record review was recorded</p>
<b>Evans et al (1997)</b>	<p>OBRA '87: restraints included vest/ chest, wris/ankle, mitt, belt, pelvic, or geriatric/reclined wheelchair with fixed tray-table. Siderails were excluded</p>	<p>Two scores were determined: Restraint status (yes, no) indicated whether the resident was ever observed to be restrained over the 72 hours restraint prevalence (number restrained/total number residents x 100) were determined from this score for each site and each unit within each site. Restraint intensity indicated the number of times in the 18 observations that the resident was restrained.</p>
<b>Gulpers et al. (2011; 2012; 2013)</b>	<p>The use of physical restraints, defined as any limitation in an individual’s freedom of movement. Belt use was defined as the restraining of a resident by a belt at least once per day.</p> <p>Physical restraints e.g., wheel, chair with a locked tray table, special sheet, full-enclosure bedrails, chair on a board (chair whose legs are fixed to a board), deep or overturned (wheel)chair, sleep suit.</p>	<p>Use of belt restraints (primary outcome) and other physical restraints (secondary outcomes) was measured per resident using an observation tool developed by Huizing et al. (2006): four times during a 24-h period (morning, afternoon, evening and night. Use of other types of physical restraint simultaneously with belt use was recorded as present or absent, using the same observation tool.</p>



<p><b>Huizing et al. (2006,2009a; 2009b)</b></p>	<p>Any limitation on an individual's freedom of movement was regarded as a physical restraint.</p> <p>Physical restraints e.g., belts tied to a chair or bed; bilateral bedrails of any length; chairs with fixed tray tables; deep or tipped chairs; chairs on a board (chairs whose legs are fixed to a board) and placed near a table, thus preventing residents from moving the chair and leaving the table; special sheets (special fitted sheets with a coat enclosing the mattress); sleep suits (clothing measure that limit behaviors); sensor mats (including sensor strips in beds); and infrared systems (motion alarms).</p>	<p>An observation tool was designed to record restraint data per resident. Restraint status: indicates whether the resident was observed to be restrained at any time during the four observations over 24 hours (yes/no)</p> <p>Types of physical: absent or present on four separate occasions (morning, afternoon, evening, and night) over 24 hours.</p> <p>Restraint intensity: indicated the number of times in four observations over a 24-h period that a resident was restrained, ranging from not restrained in four observations (score 0) to restrained during all four observations (score 4).</p> <p>The duration of each restraint use (in minutes or hours) was not measured.</p>
<p><b>Koczy et al. (2011)</b></p>	<p>Any device, material or equipment attached to or near a person's body and which cannot be controlled or easily removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent a person's free body movement to a position of choice and/or a person's normal access to their body ( Joanna Briggs Institute)</p> <p>Only the use of belts tied to a chair or bed and chairs with fixed tables were used for the outcome evaluation. Bed rails were not included.</p>	<p>Daily documentation for each resident ( 3 days) of PR</p> <p>The duration per day for which restraints were used was documented in a daily calendar</p>
<p><b>Köpke et al. (2012)</b></p>	<p>Any device, material, or equipment attached to or near the resident's body, which cannot be controlled easily or removed by the person and which deliberately prevents or is deliberately intended to prevent free body movement to a position of choice.</p>	<p>Direct observation at 3 time points during 1 day (morning, noon, evening). All residents with a physical restraint at 1 or more of the 3 time points were counted as having a restraint.</p>
<p><b>Pellfolk et al. (2010)</b></p>	<p>Any technical device that inhibits a person's free physical movement (e.g., belts and chairs with tables), excluding bedrails</p>	<p>Registered the type of restraint, the reason for its use, and time spent in restraint daily on a form for 3 weeks before and after the intervention. In the analysis, it was dichotomized into restrained at least once for 3 weeks or not at all</p> <p>A control variable concerning restraint use in the preceding week was incorporated into the Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS) at follow-up</p>
<p><b>Rovner et al. (1996)</b></p>	<p>definition not reported. PR were secondary outcome</p>	<p>Restraint use was assessed during activity times and on the nursing units. Nursing home staff determined the use of restraints</p>

<b>Testad et al. (2005)</b>	Definition not reported	Frequency of use of restraints assessed by a standardized interview (Kirkevold et al., 2004, for details of this interview).
<b>Testad et al. (2010)</b>	Any limitation on a person's freedom or movement including PR, electronic surveillance, force or pressure in medical examination or treatment, or any force or pressure in ADL	<p>Use of restraint was determined by a standardized interview during the last / days was recorded. Item including 14 questions covering PR (5), electronic surveillance (2), use force or pressure medical examination or treatment (2), and use of force or pressure in activities of daily living (ADL, 5)</p> <p>Restraints were coded as "present" or "not present"</p> <p>Restraint use was grouped into structural and interactional</p>
<b>Testad et al. (2016)</b>	Restraint may be defined as any limitation on a person's freedom or movement (Hantikainen, 1998). The established international definition of physical restraint (PR) includes any devices, equipment, or aid designed to confine a person's bodily movement (Evansetal.,1997).Restraint may also include confining a person in a locked room, use of electronic surveillance and treatment, or examination against his or her will (Kirkevold et al., 2003).	<p>Use of restraint (at least one episode during 1week) was determined by a standardized interview, including 14 questions covering PR (5), electronic surveillance (2), medical treatment (2), and use of force or pressure in activities of daily living (ADL, 5; Kirkevold et al., 2003).</p> <p>Frequency of use per resident was recorded within a range of at least once a week to several times a day.</p> <p>Restraint use was grouped into structural (seven types, aimed at protecting the resident, such as PR and electronic surveillance) and interactional (seven types, aimed at treatment and care in interaction in care-giving activities).</p>

## C. Tabelle integrative operatori

**Tabella 6.1** Dati sociodemografici degli operatori intervistati

	Età	Anzianità nella professione	Anzianità nel contesto di RSA	Paese d'origine	Paese formazione infermieristica	Maschi	Femmine
<b>N (numero su totale)</b>				39 Italia 3 Est Europa (Romania, Ucraina)	39 Italia 3 Est Europa (Romania, Ucraina)	6	36
<b>Media</b>	36.1	14	10.3				
<b>Moda</b>	42	2	12				
<b>Mediana</b>	35	12	9.5				
<b>Deviazione standard</b>	18.5	11	8.6				

**Tabella 6.2** Frequenze delle etichette nelle interviste agli operatori.

	Totale interviste	Totale etichette
<b>DEFINIZIONE DI CONTENZIONE</b>		
Definizione concettuale	14	14
Definizione descrittiva	11	11
Definizione personale	17	21
Tipologie di contenzione	18	18
<b>TOTALE</b>	<b>60</b>	<b>64</b>
<b>ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ RISPETTO ALLE CONTENZIONE</b>		
Assunta in toto dal medico	1	1
Assunta in toto dall'infermiere	7	9
Decisione co-partecipata	24	32

<b>TOTALE</b>	<b>32</b>	<b>42</b>
<b>MODALITÀ' DI APPLICAZIONE</b>		
Applicazione da parte dell'operatore:		
- automatica	5	5
- per tipologia di utente	23	31
- caso per caso	28	37
- in casi eccezionali	13	18
<b>TOTALE</b>		<b>91</b>
Motivazione per applicarla		
- sicurezza ed incolumità della persona	33	44
- mancanza di risorse strutturali	3	3
- mancanza di risorse umane	18	26
- richiesta avanzata dall'OSS	6	7
- gestione dei disturbi del comportamento	9	10
- a seguito di eventi acuti	2	2
-per garantire la dignità della persona	8	9
- per evitare la rimozione dei device	3	3
- per implicazioni legali	5	6
- giustificarne l'utilizzo a scopo di ausilio	10	12
Motivazione per NON applicarla	12	14
Motivazione per rimuoverla	13	17
Prassi implicita	24	26
Prassi ispirata a protocolli e policy aziendali esplicite	24	30
<b>TOTALE</b>		<b>122</b>
<b>VALUTAZIONE DELLE CONTENZIONI</b>		
Cultura o meno della valutazione dei casi in atto		
- presenza	30	37
- mancanza	5	5
Evoluzione della valutazione delle contenzioni	9	11
Rischi della contenzione	12	16

Valutazione della contenzione a partire dal vissuto personale del paziente	3	3
<b>TOTALE</b>		<b>72</b>
<b>PRATICHE ALTERNATIVE</b>		
Pratiche realizzate dagli operatori in alternativa alle contenzioni	20	40
Pratiche ipotizzate ma non realizzate dagli operatori in alternativa alle contenzioni	16	18
Richiesta consapevole dell'ospite per un uso alternativo della contenzione	6	6
<b>TOTALE</b>	<b>42</b>	<b>64</b>
<b>VISSUTI E RIFLESSIONI DELL'OPERATORE</b>		
Vissuto dell'operatore	32	45
Dilemma interiore	15	18
<b>TOTALE</b>		<b>63</b>
<b>SGUARDO DELL'OPERATORE SUI VISSUTI DELL'OSPITE</b>		
Descrizione/racconto della reazione dell'ospite	17	20
Valutazione della tolleranza/reazione	21	22
Interpretazione profonda del vissuto del paziente	10	10
Influenza del vissuto dell'ospite sull'operatore	5	6
Agency empatica	16	18
<b>TOTALE</b>		<b>76</b>
<b>RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON LA FAMIGLIA E CON IL TEAM</b>		
Rapporti con la famiglia/caregiver	30	42
Rapporto con il team	18	21
<b>TOTALE</b>		<b>63</b>

## **D. Analysing how factors affects nurses' decision-making process: a phenomenological based qualitative study in nursing home contexts**

---

### **Abstract**

Residential contexts are a particularly complex area, where the quality of the care relationship is characterized by aspects that are not only clinical but also bioethical. The present study explores the context of nursing homes, analyzing through the nurses' perspectives the factors and the decision-making process that activate the professionals during their nursing activity regarding physical restraints. It intends to deepen the main experiences, dilemmas and ethical reflections of the professionals involved, in order to arrive at an understanding of a phenomenon that today is very complex within the contexts of health residences. The epistemological field of reference is the naturalistic inquiry: the qualitative methodological approach, and a purposeful sampling. A total of ten nursing homes located in the municipalities of Trento and Verona were involved and analyzed 42 interviews belonging to the ten different settings. The analysis of the data showed that the experience of nurses is characterized and influenced by a several factors and variables: contextual factors, characteristics of patients, environmental factors, legal implications and organizational policy. The key role played by nurses emerges strongly, the experience that this practice rises is very variable, they report positive and negative experiences, ethical and deontological dilemmas. The results offer valuable information about the training needs regarding restraint, thus the interest in the deepening to be provided to professionals is born and to try to bring out the barriers that prevent and / or do not favor the development of a physical restraint-free culture.

**Key words:** nurses, older people, physical restraints, nursing homes, decision-making

## **Introduction**

The present study stemmed from a problem highlighted by the Italian group related to the center of Caring Education Research at the University of Verona. In recent years the nursing profession has evolved and the health system, hospital and residential contexts. The residential contexts represent a complex and delicate area, where the quality of the care relationship established between operators, residents and family is important for the realization of an effective health function, which considers persons in its physical totality. The elements of this relationship hardly fall into quantifiable or measurable aspects and therefore, to be adequately understood, require an approach that values specific forms of thought and treatment of these phenomena. This study, involved some nursing homes located in the municipalities in the north of Italy, has as its object, the experiences of nursing staff who find themselves having to manage the practice of physical restraint; analysis that aims to try to understand the elements that constitute the decision-making process that leads these professionals to the final choice of using a means of restraint. The epistemological frame is the Naturalistic Inquiry; method that turns out to be the most appropriate for orienting the investigation process is the one inspired by the phenomenology that deals with the experiences of consciousness. In the field of nursing research this methodology is very widespread, since it is the one that is best suited to explore the meanings of experience, to be subjected to treatment or to be a caregiver (Morse 1994; Dahlberg et al., 2008 in Mortari & Saiani 2013). Through this approach the aim is to arrive at a description as detailed and faithful as possible of the observed phenomena and trying to give a key to understanding. The main tool used is the semi-structured interview (Mortari & Zannini, 2017), focused on open ended questions related to the nurses' experience; these questions are intended to tell the nurse about daily practice and a situation that they consider relevant to their personal experience. Through the work of data analysis, carried out according to a mixed method between phenomenological-eidetic and Grounded theory, the aim is to deepen the main experiences, difficulties and dilemmas experienced by the professional in the decision-making process that led to choose to use a physical restraint on the person. The aim of the study is to arrive, through an in-depth analysis of the aspects that come into play and influence the decision-making process, the identification of the factors that hinder and those that facilitate the care relationship and a patient-centered care practice. The data obtained will allow to obtain not only elements linked to the decision-making process but also aspects of caring interconnected to this practice. First of all, a deepening of the ethical and emotional aspects that this practice arouses in the professional will be conducted, very often invested with a strong emotional

burden. At the same time, thanks to the adoption of the qualitative approach, it is possible to access the meanings that the subjects interviewed attribute to their caring experience and how the patient's manifestations can influence the experience of the healthcare worker.

## **Background**

Decision-making process is a cognitive process that begins with the statement of a problem and then goes on to evaluate the components in nursing homes setting, identify the various potential factors and decide whether and how to undertake decisive action. Nurses in nursing homes must make patient-related decisions when they do not have all information necessary to search a balanced decision. To explore this problem, nurses practice the principles of “bounded rationality”, which means to make choices based on approximations. This approach supported clinical practice and experiences and is used as a heuristic technique to take a decision in complex situations. These overtures of planning is not a simple application of protocols, but it means to be able to find different ways in uncertainties moments thought a person-centered evaluation that involved different and complex factors. This is not only a reflexive skill, but it also needs the ability to apply in different situations and patients; for this reason, is important to underline that a decision is cannot be considered correct in all situation but only for certain situations and conditions. In medical contexts it is difficult to follow an ecological perspective in studying the way in which a nurses’ team reach a decision because it is often influenced by different element. Nurses and other professionals try to work together, and nurse team leader is central to fostering a collaborative and shared decision-making approach. Teamwork is more effective when all team members share an understanding of the all elements that can have an impact on nursing practice and patients feeling.

## **Methods**

Evicont choose the sample groups based on the Italian contexts, identifying ten nursing homes with different characteristics. In particular, the aim of this choice is to pick up nursing homes that cover different situation, from quite similar situation about patients’ characteristics and disease, which would help us to compare results. The choice of ten nursing homes is made following different steps, the first selection includes only nursing home located in a specific area with a specific legislation and autonomy, after were included other municipalities with the aim of a holistic view about the organization. In order to collect the data researchers, spend 3 weeks in each nursing homes and audiotape every interview in which nurses narrated about their daily practices and activities about physical restraints. All nurses involved in the research are informed that their participation



is voluntary, and written informed consent is obtained giving them a brief description of aims and method of study in a plenary session. The audiotape material is transcribed by researchers with every element, such as repetitions, hesitations, pauses. The transcribed interviews are organized in tables that has: a first part with socio-demographic elements (identify code of nursing home, age, country of origin, country of nursing training, nursing education degree, overall work experience, nursing home experience) and a second table in the first column the speech of speaking person with researcher' questions and a second column as a space for notes of researchers.

### **The epistemological basis**

Triangulation generally gives the analyzed material validity and allows for an in-depth understanding of the phenomenon; for this reason, there is a recent methodological debate on how different methods can be integrated. The most common integration is about mixing quantitative and qualitative approach (Bryman, 2006; Fielding & Schreier, 2001). However, in some cases, it would be more appropriate to integrate different qualitative studies together; currently only few researchers have succeeded in this. In our research, in order to answer effectively to the research questions, it was necessary using use a method that combines different qualitative approaches. The main purpose was to use a method that remained anchored to the phenomenon but at the same time guaranteed a systematic analysis of materials. For this reason, we decided to use an approach that integrated phenomenological method (PM) and Grounded theory, a previously developed approach (Mortari, 2002,2007, 2009, 2010). This method is coherent and supports the fact that Grounded theory and EPM are intertwined as complementary approaches that give vitality to the data. For this reason, in our research we decided to resort to the fusion of the two methods, an approach that can be considered as a form of triangulation. This approach allows us to investigate diversity that arises from interactions, paradoxes and dilemmas, with the final aim to create a theory that is rich and linked to the context of belonging (Lewis & Grimes, 1999, p. 686). With the aim of greater closeness, the different approaches will be described in summary form. The first method is EPM, to apply a phenomenological approach to an empirical research, we started to transform the philosophical epistemological language of Husserl's into an empirical language (Dahlberg, 2006, p. 18). To obtain this result we started from the origins that underlie this philosophy, reflecting on the difference between eidetic and empirical science and on the feasibility of the phenomenological concepts that belong to eidetic knowledge. Phenomenology is the study of phenomena based on the assumption that every phenomenon has an essence (*eidōs*)

which “has the character of essential necessity, and therefore with a relation to essential universality” (Husserl, 1962, p. 47). Phenomenology is defined as a way able to capture the essence of phenomena with a rigorous description of it in order to bring it to evidence (Husserl, 1962); is a descriptive science, and for this reason it aims to capture the original essence. For this reason, it is difficult to use this method in contexts, because they are subject to continuous modifications. To resolve “the gap between research and practice” (Giorgi’s, 2206b, p.87), we are witnessing the birth of the EPM; that is a qualitative empirical approach with the objective to explore reality through the words of the people experiencing the phenomenon (Aspers, 2009). The world of invariance is the main objectives of phenomenology, it offers “sophisticated and effective instruments for a descriptive practice that represents a fundamental standpoint from which to access the qualitative exploration” of the world (Mortari & Tarozzi, 2010, p.15). The second method is Grounded theory (GT), and it has the aim to catch the essence of a phenomenon producing a theory that “fits with the reality” (Strauss & Corbin 1990, p. 426) following a methodological and exhaustive procedure that create an accurate description of a specific phenomenon avoiding the risk of excessive simplification. GT is a flexible analytic guideline that can be adapted to the needs of research problems, avoiding rigidity and departing from naturalistic epistemology, which is only a shade. This method is precise with an organized structure, and help researchers that chooses this method (Strauss, 1987). In our study the choice to use a method that combines EPM and GT derives from the fact that the object of study was characterized by a high complexity and required a multilevel approach to obtain a detailed description of the phenomenon.

### **Research steps by step**

The various steps will be summarized below to clarify how this approach has adapted to the data

*Step 0* – This step is aimed to obtain an overall knowledge of the research material: the research group read several times the transcriptions gaining a familiarization with the material, which is necessary for the analysis. This step confirms what was said by Giorgi (1975), about the necessity to understand the overall meaning of the data to provide specific units of meaning.

*Step 1*- the goal is to develop the coding characterized by descriptive labels. This step is related to a phenomenological analysis because it divides the transcription into units of meaning and then repeatedly reads them in order to gain the essence of the meaning expressed in the unit (Giorgi, 1975). However, it is also related to open- coding GT, in fact

data are broken down analytically to gain a deeper comprehension of the data themselves (Corbin & Strauss, 1990, p. 423). The principal aim of this step is to identify the specific quality of every conversational moves from its communicative intention. The researchers firstly work individually, analyzing all the transcribed texts and generating descriptive labels, and then compare the labels that everyone had developed, examining the descriptive alignment and interpretive dissonances between them. With the purpose of keep memory of it, every researcher writes reflexive notes that describes the doubts that accompany the labeling work (Mortari, 2007, 2008, 2009). The notes are essential to discover the difficulties during the process of labeling.

*The Step 2* – the coding in some parts have not found appropriate labels, and the notes reveals that often it happens because the researchers, has a nursing background, and this could influence the coding with elements of personal experience. Starting from these considerations, the Step 2 is aimed to solve this problem through the involvement of non health professionals in the discursive data analysis. These sessions begin with the reading of a transcribed interview and involving experts in qualitative methodology and non-expert about the topic. The considerations emerged during these sessions, helped researchers to revise the coding adding some labels and modifying others, in order to make the coding as close as possible to the profile of the phenomenon.

*The Step 3* – the aim is redefining the coding through a recursive process to verify the capacity of the coding to describe every action in a precise and effective way because the previous step had revealed the difficulty of finding labels that precisely defined the quality of the discursive acts. The researchers separately applied the coding obtained after the consultation sessions with methodology experts, transcribed texts and then compare them again. These comparison sessions are repeated until the researchers found a shared conceptual label for every parts of interview without overlaps. This reflexive and demanding work requires a deep cognitive effort, and it is also a time-consuming process, but it is essential (Mortari, 2002, 2007, 2009).

*The Step 4* – the aim is to test its capacity to capture the qualities of the actions in different nursing home contexts. In order to this, the researchers cooperatively apply the revised coding to all the transcribed material This “tuning” allows the coding to be not only appropriate but also clear.

*The Step 5* – the categories must be organized as a first level of formalization of the theory. The aim of the is to organize the labels into categories. This phase is connected to the purpose of the phenomenological analysis because the description can define different

aspects of the phenomenon (Denzin & Lincoln, 2000; Marton, 1996; Mortari & Tarozzi, 2010) but, at the same time, it refers to the GT, the definition of the categories which emerged from the data is one of the key steps of the GT analysis (Corbin & Strauss, 1990). The labels are collected into categories (second-level labels) with analogous types of text units, and they were then placed into homogeneous sets, producing a list of categories. Each category shows a topic of the investigated phenomenon and is characterized by a distinctive color that is functional to the other steps of analysis (Table 1. Final coding). Once the coding system was appropriately developed, the researchers reanalyze again all interviews.

*Step 6* – the final coding system is applied to all interviews, there were two column one for the speech and one for the analysis; all the transcribed texts are analyzed using this method. They observe the connections between acts, discursive actions and reflexive thinking because this allows to describe what happens in different contexts when a decision is reached and how different thinking could develop different dilemmas and actions and shaping different ways to develop decision-making processes.

This second level of mapping immediately clarified the distribution, the frequency, and the variety of the various acts and reflexive thinking (Mortari, 2002, 2007).

**Table 1. Final Coding**

CATHEGORY	CONCEPTUAL LABEL
<b>DEFINITION AND TYPES OF RESTRAINTS</b>	Definition and Types of physical restraint
<b>ASSUMPTION OF RESPONSIBILITY WITH RESPECT TO THE CONTENT</b>	Taken in full by the doctor
	Taken in full by the nurse
	Co-participated decision
<b>APPLICATION PROCEDURE</b>	Operator application
	Motivation to apply it
	Motivation to NOT apply it
	Motivation to remove it
	Implicit practice
	Practice inspired by explicit company protocols and policies
<b>EVALUATION OF CONTENTS</b>	Culture or not of the evaluation of the ongoing cases

	Evolution of the evaluation of containments
	Risks of containment/physical restraint  Evaluation of restraint starting from the patient's personal experience
<b>ALTERNATIVE PRACTICES</b>	Practices carried out by operators as an alternative to containments
	Assumed practices but not implemented by operators as an alternative to containments
	Informed guest request for alternative use of restraint
<b>LIVES AND REFLECTIONS OF NURSES</b>	Lived by the operator
	Inner dilemma
<b>LOOK OF THE OPERATOR ON GUEST LIVES</b>	Description / story of the guest's reaction
	Evaluation of tolerance / reaction
	Deep interpretation of the patient's experience
	Influence of the experience of the guest on the operator
	Agency empathic
<b>COLLABORATION REPORTS WITH THE FAMILY AND THE TEAM</b>	Relationships with the family / caregiver
	Relationship with the team

## Results

This research gains an occasion to test the efficacy of a method that involves EPM and GT, developed in previous studies (Mortari, 2002, 2007, 2009, 2010), allowing to describe step-by-step the application. The study found eight main categories to describe the use of physical restraint by nurses and the elements that influence the decision-making process: (1) definition and types of restraint, (2) taking responsibility with regard to containments, (3) application procedure of restraint, (4) assessment of physical restraint, (5) evaluation of alternatives, (6) experiences and reflections of nurses, (7) how nurses look at the guest's experiences, (8) collaborative relationships with the family and the care team. The main categories are detailed in Table 1.

### **Definition and types of restraint**

The conceptual definition of restraint can be declined in various levels as can be seen in the following interview, at a first level it is possible to find practical ones that take up the definition previously enunciated, complete in all its nuances or containing most of the elements that make it up. We witness the attribution of meaning by professionals anchored to complex and articulated concepts, which go beyond the mere practical definition; we are witnessing the intent on the part of the practicals to give a definition with a high level of interpretation. In the excerpts that follow are reported ethically relevant concepts such as the violation of the freedom of the person, which can be implemented by applying physical, chemical and psychic means and preventing the autonomous person from performing actions and mobilizing independently:

*As containment are all the strategies that are adopted to contain the freedom of the person, and therefore in a physical, chemical and psychic sense. (Nurse 38)*

*One thing that prevents a person from doing anything independently, moving rather than being free in that moment to be able to do what he wants. (Nurse 64)*

In the interviews that follow another nuance emerges, within the sphere of conceptual declination and it is the fact that very often clinicians call it a medical practice, or that it requires its prescription for application. An action implemented by necessity, with the aim of preserving and protecting the health of the person:

*To a medical prescription, first, and I think of ... I have to say the word contain, but it is something that greatly limits the user, patient, guest. That limits freedom. (Nurse 3)*

*A medical act that is put in place, in case of need to contain a patient to preserve his health, is meant in terms of falls, such as with the use of the banks. (Nurse 21)*

In conclusion, about the concept of restraint, in an interview we witness a complete statement from the purely theoretical and operational definition and then arrive at one's own personal vision; the descriptive complexity provided by the practical in relation to containment allows us to understand its complexity:

*Something that holds you back, that forces you to come to mind. At first glance, physical restraint is the one that gives you the most impact; the pharmacological one is a bit ... let's try to use it as little as possible. It is the one that makes the person lose his main abilities, you go to sedate him so sometimes you don't know how many she is. There are pros and cons for both. In my opinion the guests do not see the banks as a form of restraint but a*

*form of security. There are patients who ask that they be raised because they feel safer. In my opinion it is useful to keep yourself, because at home they had a wider bed maybe sometimes I think there is a fear of not having someone close to them. (Nurse 12)*

### **Taking responsibility regarding physical restraints**

In practice, we are witnessing various forms of assuming responsibility: totally decentralized, the professional assigns responsibility for actions to external factors; taken in full by the nurse independently or co-participated together with other professionals of the research team. In the following interview excerpts, there is an independent decision-making by the professional, in specific situations such as in the absence of the head of the facility, the doctor, or another member of the research team. The healthcare professional therefore finds himself having to take responsibility for his own decisions, but they are situations selected during the day (for example at night or on weekends) and in an emergency.

*Usually, not the decision, one compares a little more before maybe it is this person responsible maybe the care workers who notice talk about it with the manager who in turn talks about it with nurses, if from these figures that in the end are the most operating within the residence, it is decided that it is better to contain a person, a print of these restraints is made, which is a prescription, it is discussed with the doctor, the doctor authorizes and signs and then he passes to the responsible down area which consequently talks about it with physiotherapists give this prescription to physiotherapists who say yes we agree. (Nurse 23)*

### **Collaborative relationships with the family and the care team**

The professional collaboration relationships with the team are a matter of fundamental importance to create care relationships that put the user at the center. Interviews generally show inclusive forms of collaboration to try to find the best solution for the person and to obtain confirmations and support within the team. In the extracts that are proposed below, this collaborative relationship emerges at various levels: from simple collaboration in surveillance up to rich nuances of involvement of each component of the care relationship in the decision-making process, comparisons that can lead to conflicts and visions opposing:

*They were collaborators, but then I also told them that since the guest was in a wheelchair during the night a continuous monitoring was necessary, and greater than the normality. If they took it with them in the lap, they read...there was a collaboration. (Nurse 2)*

The importance of involving the user family is fundamental. In fact, they themselves can be understood as an active part of the care process, and therefore called upon especially for decisions with a high ethical value, such as the decision to use of coercion:

*In the afternoon my colleague tried several times to prevent the guest from getting up from the wheelchair, but in the evening, we agreed with the relative that it was not possible to continue to see them slip to the ground in an attempt to get up from the wheelchair. We called the relative and together seeing the conditions agreed in the application of the restraint. Since he really risked getting hurt, there was permission and the belt was applied and the sides were in bed but after confirmation by the family member. (Nurse 7)*

### **Application procedure of restraint**

The choice and methods of application of the containments are a complex and articulated aspect, the decision is not immediate and unambiguous but presents different nuances. The factors predisposing to containment are much debated, and often even the decision to use a coercive means in an automatic manner also arises from situations that have emerged and occurred in daily practice, experiences that inevitably leave a mark on the professional influencing his future actions.

*Rotating home guest, without any retention requirements. The first night we realized that he needed to be contained, he wandered and slipped to the ground. So it was decided that for a few hours to put the banks and check it. The difficulty was the lack of knowledge of the person. (Nurse 11)*

*Cognitive impairment, but not wandering and people who still have mobility preserved. When there is psychomotor agitation, attempts to lift from the wheelchair, slipping from the wheelchair or behavior due to severe cognitive impairment that could lead the guest to get hurt. While if it is a cognitive impairment with maintenance of mobility, with wandering we do not apply them, at most we put the Alzheimer bed. (Nurse 2)*

*He was a guest, who had just arrived, a maximum of two days. I know he had spent two nights getting up, they had already activated strategies, lowered the bed and tried in every way to avoid. But this lady, suffering from Alzheimer's disease, had also fallen and had been found on the ground and was struggling to stand on your legs. This lady in the past two days, however, both got up and went to the bathroom, moved ... I found myself in the evening with this lady who had fallen and had not done anything, struggling to stand on her legs because they probably hurt. [...] R: Was it the first restraint that was applied to the lady? I think so, because this lady with Alzheimer's came from home. It seems to me*



*that at home they put the chairs, they tried to block it in other ways. I looked at the cards if there was anything, the only thing I had read was that even at home they were desperate about this situation, and his constant attempts to escape. (Nurse 13)*

These interviews show that there are many factors that lead the practitioner to choose restraint, and for this reason is difficult to give a specific address how to use. The main reasons that lead to the application of restraint are: risks to personal safety, reduced structural and human resources, behavioral disorders, acute clinical events, hygiene and dignity, legal denunciation and justify its use for aid purposes. The latter approach generally implemented by professionals as a coping strategy. On the contrary, the reasons that lead to non-application are the clinical conditions, or the non-necessity of use.

### **Assessment of physical restraint**

The evaluation of the restraints and therefore the culture in applying them is very complex and it is possible to infer from the majority of the interviews a desire on the part of the nurse and more generally of the care team in trying to give references and explain a shared culture within of the team a culture that can be supported by guidelines or by protocols internal to residential structures:

*Now I tend, as far as I am concerned, to reduce them, to suspend them if they are not necessary. So the decision whether or not to put them is well weighed. I give an example, the suit is also considered containment, day or night. It is then placed after repeated episodes, when the guest gets dirty with the feces during the night, in short [...] we tend to weigh well, to remove it and even before putting. [...] It is then weighed and taken in collaboration with the physiotherapist and the various bands are passed...yes, the decision is weighed so much. The decision to put the containments is not so spontaneous. Every 3 months, an update schedule...at a bureaucratic level then the restraint if we see that it is the case to put or take away is evaluated every week. (Nurse 3)*

This approach emphasizes how in recent years there has been a change regarding the use of physical conventions in the elderly within residential contexts, a sort of evolution, a change of vision towards this practice. Always nurses think about risk factors related to this practice, before choosing these methods.

### **Guest's experiences by the point of nurse's view**

A relevant aspect that emerges from the interviews is that the healthcare professional, when he finds himself having to decide to apply or must evaluate a restraint, is not only based on aspects related to the risks of the same, but tries to get to the bottom, seeks to interpret the patient's experience and then start the evaluations:

*I am sorry because if I find myself in the conditions this guest is in, I think it is not easy. Because anyway I am convinced that in any case, they understand what we are doing, if a guest wants to run away and leave and you stop him and sit and put a strap, they understand him. Their experience is very negative. Sometimes their agitation is amplified with the application of a restraint, I believe it is due precisely to this. (Nurse 21)*

*Of course, also because then I carry it on me. I don't think anyone can like being tied to a firm chair. [...] If it were possible, I would have done something different. Unfortunately, the structure is that, you must stay in schedules, rules, and it is difficult. (Nurse 6)*

### **Experiences and reflections of nurses's**

The experiences of the healthcare professional as shown in the previous chapter are strongly related to the connections and influences that are created between the user experience and personal experience. Not being able to be influenced seems not to be possible, there are several factors that come into play independently or in association, thus leading to experiences full of emotions.

*Bad, I live badly before, I live badly after and I live badly during ... in the sense that applying a restraint is not something that theoretically waits for me and that I have to do anyway, I'm afraid because I don't know how the patient can behave. (Nurse 21)*

*It was nice to remove the containments. We tried and it went well. [...] Yes, because you see that the guest does not have it anymore. You see the guest happy that he doesn't have a belt, it annoys him ... when they don't have it anymore they are happy. (Nurse 14)*

In the following examples it is possible and seeing how the user lived is very complex and articulated; full of dilemmas and doubts:

*Well, initially struggling to put it on because I was afraid to shake it even more when putting it. But at some point it seemed like the best solution. (Nurse 38)*

*It is not something I absolutely love, because you deny freedom, but at the same time you save. If a femur falls and breaks, a shoulder is much more painful, but the restraints are*

*not a beautiful thing, if I carried it on me, I would go crazy [...] anyway I don't think anyone would like to be tied to a still chair. (Nurse 8)*

### **Alternative practices**

Often it happens to observe in the interview's history of containment application, however, analyzing from the specific situations emerges as the nurse has alternative practices useful for the containment to arrive in fact only after having implemented a series of actions that have proved in many cases ineffective. In the excerpt it is possible to observe actions aimed at preventing the use of the containment medium, strategies that in some cases are not sufficient, but the intention and desire on the part of the professional is to arrive at finding the best solution:

*We tried to reassure the resident with the presence, to move him to a central sitting room to actively see him, to make him stay in an armchair, all without a positive outcome; the operators of the night shift were thus forced to take it with them whatever activity they did, including the bed tour. I call the educator and try to reassure him by asking him why he is doing this. I also call the operator with whom he normally speaks more willingly, but the resident does not answer the questions, he raises the tone of his voice very much with comments of a very strong sexual nature and, taking my hand, he twists a finger. (Nurse 4)*

*Having the right staff allows initially to activate a 1:1 ratio, which is usually almost always feasible, then if you fail...I am reminded of complex cases that have been resolved with the use of the one-to-one relationship without using other methods. However, it is not always possible to always try to guarantee an attempt. (Nurse 10)*

### **Discussion**

The experience of the professionals involved in the study is characterized by different points of contact and similarity with respect to the knowledge to date in the literature on the subject. In reference to the focus of the research question, it emerges how around the decision-making process there are several factors that come into play and that influence the experience of nurses in a positive and negative way. The care work towards the users of the health residences has been challenging for the staff, also witnessed by a strong emotional distress and inner dilemma. By analyzing the study through conceptual categories and labels, it is possible to find that members belonging to the same organizational structure have different approaches to the practice of restraint. We are witnessing two types of professionals, those strongly focused on technicality and those who

act on the user with a holistic approach aimed not only at physical but also at emotional well-being. the experience of restraint proves negative feelings and thoughts in most of the interviewees, ranging from uncertainty to impotence and frustration. Uncertainty and unpredictability emerged as an inherent element in residential contexts in reference to the continuous clinical changes that take place within the subjects and at the contextual level, in fact the RSA are places that in the last years have been considerably overloaded with elements that in the past were not managed, and at the same time without an adequate redistribution of resources. Impotence is another experience strongly experienced by professionals who find themselves daily faced with structural and personal limitations and lack of supplies and supplies. The description given by the professionals outlines a context in continuous mutation and which requires professionals not only competent in the technical-operative field but intimately involved the collaboration relations with user and family. The relationship with the family of residents is frequent, in many interviews' nurses stress the importance of involving residents at various levels of the care process; defining them and considering them parts of the team. Contact with a family member appears to be a tool to maintain the relationship and try to retrieve information that allows the team to focus on the resident.

### **Conclusion**

Professionals are very different in skills, the importance of implementing training contexts emerges; a systematic review with meta-analysis will help to define more effective topics and methods; with the aim of evaluating simple educational interventions, which include theoretical frontal lessons, and multi-component interventions, with theoretical sessions and counseling and guidance sessions by an experienced professional. The decision-making process regarding the practice of physical restraint is complex and complex. Numerous actors are involved, teamwork is a fundamental aspect of this process to obtain the best patient outcomes. Basic and post-basic training must invest, and train professionals prepared for the management of complex situations in the geriatric field.

This study has allowed us to give a voice to professionals, better understanding the practices and policies that guide nursing practice. An important aspect that emerges from the interviews is the strong emotional and empathic involvement; aspect that needs future insights.