

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Presidente del corso di laurea Prof. Antonio Azara

La Contenzione
Revisione della letteratura, analisi degli
aspetti Etici, Giuridici e Deontologici.
Studio Trasversale sul suo utilizzo
nell'Età Pediatrica

Relatore:

Dott. Marco Merlin

Tesi di Laurea di:

Oriana Pintus

Anno Accademico 2015/2016

A mia figlia

*Continuerò a guardarti sempre in questo modo,
perché è l'unico in cui l'amore sa guardare.*

Indice

Introduzione

Capitolo 1: La contenzione

- 1.1 Cosa si intende per contenzione
- 1.2 Aspetti etici, giuridici e deontologici

Capitolo 2: Rassegna critica della letteratura disponibile

- 2.1 Definizione della contenzione fisica e diffusione epidemiologica nazionale ed internazionale
- 2.2 Fattori di rischio che influiscono sulla pratica contenitiva
- 2.3 I motivi della contenzione fisica
- 2.4 Principali complicanze della Contenzione, conseguenze fisiche e psichiche
- 2.5 Codice Deontologico dell'Infermiere
- 2.6 Le percezioni degli infermieri rispetto alla contenzione
- 2.7 La percezione dei pazienti sottoposti a contenzione
- 2.8 La percezione dei parenti
- 2.9 Programmi volti a limitare l'uso della contenzione

Capitolo 3: Contenzione e pazienti pediatrici

- 3.1 Il Bambino in ospedale
- 3.2 La contenzione nei pazienti pediatrici

Capitolo 4: Documenti e Protocolli

- 4.1 La Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale
- 4.2 Protocollo Multidisciplinare

Capitolo 5: Materiali e Metodi

- 5.1 Scopo dello Studio
- 5.2 Disegno dello studio
- 5.3 Campionamento
- 5.4 Attività di raccolta dati

Capitolo 6: Risultati della Ricerca

- 6.1 Descrizione del campione infermieristico
- 6.2 Analisi dei dati
- 6.3 Limiti dello studio

Conclusioni

Bibliografia e Sitografia

Introduzione

In campo sanitario l'uso della contenzione fisica è un tema prevalentemente trattato in relazione al trattamento dei pazienti geriatrici, dei pazienti affetti da disturbi psicologici o psichiatrici e alla gestione dei degenti ricoverati nelle unità di terapia intensiva.

La ricerca sull'utilizzo di tale pratica nei reparti pediatrici è molto limitata. Durante il mio percorso formativo ho frequentato, come tirocinante, un reparto ospedaliero pediatrico; in questo periodo ho potuto constatare problematiche inerenti l'uso della contenzione nei confronti dei più piccoli durante diverse procedure infermieristiche.

I bambini ospedalizzati vengono sottoposti a procedure spesso invasive e dolorose, quando questo accade il successo di queste manovre viene raggiunto tramite il ricorso alla contenzione fisica. Il bambino infatti, quando è sottoposto ad una procedura infermieristica, ad esempio un prelievo ematico, non pone il braccio come farebbe un adulto, ma, spaventato dall'ago, dall'ambiente a lui estraneo, da noi operatori "con il camice bianco" e dal dolore che spesso sa di dover provare, attua dei comportamenti comprensibili, ma comunque pericolosi, che non permettono di svolgere le procedure in modo sicuro.

Il bambino cerca di allontanarsi, piange, urla, si muove, scappa, si aggrappa ai genitori. Questo comportamento si evidenzia soprattutto sotto i 10 anni di età, mentre oltre il bambino diventa sempre più collaborante e tali situazioni si verificano più raramente.

Vengono prese in aiuto tecniche alternative, ovvero metodi di distrazione e negoziazione, oppure di gioco. Possono essere usati dei farmaci per ridurre il dolore che a volte rimangono sotto-dosati e quindi non funzionano, in questo caso un metodo per portare a termine la procedura può essere quello dell'utilizzo della contenzione fisica.

Tale metodo però, pone l'infermiere che lavora in contesti pediatrici a domandarsi quotidianamente quando e come la pratica della contenzione è accettabile per portare a termine una procedura clinica e se ciò avviene nel rispetto dei diritti del bambino, dei principi etici della pratica infermieristica ed effettivamente nel miglior interesse del paziente.

La presente tesi si è preposta, attraverso una revisione della letteratura, di analizzare gli aspetti etici, giuridici e deontologici riguardo l'utilizzo della contenzione fisica; attraverso uno studio trasversale si è inoltre preposta di analizzare l'epidemiologia della contenzione fisica in ambito Pediatrico nella Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, al fine di poter valutare le conoscenze e l'atteggiamento del personale infermieristico rispetto all'uso di questa pratica nei reparti volti alla cura dei più piccoli.

Sono stati reclutati 44 infermieri, ai quali è stato sottoposto un questionario composto da 19 quesiti, divisi in due parti: la prima riguardante i dati socio-anagrafici del personale, la seconda relativa alle conoscenze riguardo la contenzione fisica cercando di fornire una risposta ai seguenti quesiti:

- ✓ Qual è il livello di conoscenza degli infermieri sulla contenzione?
- ✓ Gli infermieri sono a conoscenza di valide alternative alla contenzione?
- ✓ L'uso della contenzione comporta spiacevoli reazioni emotive da parte del personale infermieristico?

Capitolo 1

La Contenzione

1.1 - Cosa si intende per contenzione

La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimico-fisico-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti (IPASVI).

Il "Royal College of Nursing" definisce la contenzione come una restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto. In tale definizione si evidenzia come la contenzione venga utilizzata per impedire a un soggetto cosciente di compiere azioni volontarie o di assumere liberamente una posizione. Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- Contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati alla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che ne riducono o controllano i movimenti;
- Contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti o sedativi;
- Contenzione ambientale, comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitarne o controllarne i movimenti;
- Contenzione psicologica, relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto che si sente rassicurato.

Per contenzione fisica è intesa qualsiasi apparecchiatura o dispositivo fissato o posto vicino al corpo che non può essere autonomamente rimosso dalla persona. È necessario distinguere i mezzi di contenzione veri e propri dai presidi precauzionali che non sono da considerare mezzi di contenzione, quali le spondine che proteggono metà letto. Tali mezzi precauzionali permettono in gran parte la mobilità degli arti e del tronco e tendono a impedire condizioni rischiose per l'ospite o eccessi di aggressività nei confronti del soggetto stesso o di terzi. È possibile classificare i mezzi di contenzione fisica nel seguente modo:

1. Mezzi di contenzione per il letto: la maggior parte delle strutture ospedaliere dispone ormai di letti "tecnici" provvisti di sponde a

scomparsa assemblate nella stessa struttura del letto, con capacità di movimento di salita e di discesa delle stesse attraverso binari, questo a tutela dell'ospite e del personale di assistenza. Le sponde laterali contribuiscono a favorire la mobilità del paziente e la sua stabilità quando questi è a letto o quando si sposta dal letto su una sedia, possono anche aiutare ad evitare accidentali cadute dal letto. Per contenzione si intende il tenere le sponde laterali alzate impedendo al paziente di entrare e uscire liberamente dal letto.

2. Contenimento del tronco in posizione supina a letto: applicata con cinture che assicurano il paziente al letto o alla barella.
3. Mezzi applicati all'utente in carrozzina/sedia: quando si parla di mezzi contenitivi da carrozzina o sedia possiamo considerare la classica cinghia pettorale di cui non è ottimale la stabilizzazione posturale, poiché si presentano frequenti migrazioni dalla sede di posizionamento ed è facile l'auto-liberazione dell'utente inoltre non garantiscono un ottimo controllo del corpo. Esistono tuttavia cinture di vari modelli ed utilizzi, efficienti sono i bretellaggi o corsetti morbidi di postura dotati o meno di collegamenti ad eventuali imbraghi o divaricatori, questi ultimi garantiscono senza dubbio una maggior stabilità del tronco e dunque un processo contenitivo più efficace e gentile nei confronti del soggetto.
4. Mezzi di contenzione per singoli segmenti corporei: questi mezzi sono principalmente rappresentati da polsiere, cavigliere e manopole di protezione collegabili a strutture fisse quali letti, reggi braccia per infusione venosa, vari splint di postura o tutori. Le motivazioni per la quale vengono adoperati questo tipo di dispositivi sono, nella maggior parte dei casi, la somministrazione di terapie per via endovenosa, di liquidi attraverso sondini naso-gastrici o sonde gastro-stomiche e la necessità di evitare anchilosi posizionali o combattere la spasticità neurologica.
5. Sistemi di postura obbligata: rappresentati prevalentemente dai cuscini anatomici, poltrone molto basse, carrozzine basculanti volti a favorire una corretta postura del corpo e ad evitare importanti complicanze dovute a una postura non fisiologica.

La contenzione è una pratica che ha avuto origine in ambito psichiatrico, in cui i mezzi coercitivi nei confronti dei pazienti con patologie mentali vennero utilizzati per secoli senza alcuna norma che ne regolasse esplicitamente l'uso. A partire dal Novecento tale pratica iniziò a essere messa in discussione. Già nel 1904 al XII Congresso della nostra Società Scientifica, tenutosi a Genova, il professore Ernesto Belmondo sostenne l'abolizione della contenzione fisica nei manicomi, sottolineando i rischi di un inconsapevole abuso di tale strumento e richiamando all'attenzione l'importanza nel dare ascolto all'esperienza dei pazienti sottoposti a questa pratica. Il congresso concluse in questo modo: *“Il Congresso, facendo plauso alla Relazione del Prof. Belmondo, disapprova la contenzione meccanica degli alienati, deplora che in molti Manicomi d'Italia, per necessità di ambiente o di personale di servizio, si faccia ancora uso dei mezzi di contenzione meccanica nella custodia degli alienati, e fa voti perché tutti i Soci si impegnino a provocare, con ogni loro energia, nelle Amministrazioni quei provvedimenti, che nei vari casi speciali sono necessari a toglierli; e che, col provvedere alla diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, coll'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una migliore disposizione nell'articolazione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attui anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di contenzione per gli alienati»*. Successivamente l'articolo 60 del Regio Decreto n. 615 del 16 Agosto 1909 regolava l'uso della contenzione: *«nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione [...] l'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private»*. Questo fu abolito con la riforma psichiatrica del 1978, perciò attualmente in Italia non è presente alcuna norma che implicitamente o esplicitamente autorizzi l'uso dei mezzi di contenzione. E' però evidente come già un secolo fa la contenzione meccanica fosse considerata una pratica da evitare, da far durare il meno possibile e già allora si evidenziò l'importanza nel creare condizioni assistenziali volte a minimizzarne l'uso.

A partire da gli anni 80 la contenzione del paziente è stata oggetto di discussione sia in termini di efficacia che sul piano etico. Nella realtà sanitaria odierna la contenzione rappresenta un evento possibile e non raro in diversi contesti: dal dipartimento di salute mentale ai reparti ospedalieri sino ad arrivare alle residenze assistenziali, siano esse pubbliche o private. Oggi il dibattito è acceso per definire quanto e quando sia opportuno ricorrere a tali mezzi, la contenzione infatti rappresenta una limitazione della libertà della persona, può comportare ripercussioni sul piano psicologico del paziente e dei suoi familiari e determinare una sequela di conseguenze fisiche al soggetto “contenuto”.

1.2 - Aspetti etici, giuridici e deontologici

Qualsiasi trattamento in ambito sanitario deve rispettare precisi obblighi morali e giudiziari. L'uso della contenzione deve tener conto delle implicazioni relative alla responsabilità nei confronti di chi la utilizza, nei confronti dell'ottemperanza e nel rispetto della Costituzione Italiana, del Codice Civile e Penale e del Codice Deontologico. È particolarmente difficile parlare di contenzione in quanto questa rappresenta una pratica che lede il primo fondamento di una società civile come la nostra, ovvero il diritto alla libertà individuale che, come riportato dalla Costituzione Italiana stessa, è un diritto inviolabile e l'Articolo 13 infatti recita *“[...] Non è ammessa forma alcuna di detenzione, [...] né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. [...] E' punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà [...]”*. Questa dichiarazione a sua volta è accompagnata e sostenuta dall'Articolo 32 *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo [...]. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

La contenzione fisica dell'assistito viene a configurarsi come atto coercitivo in contrasto con la libertà della persona, tuttavia è ammessa nei casi in cui questa si configuri come un provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura, ovvero allo scopo di tutelare la vita e la salute. Il Codice Penale stesso

prevede delle situazioni nelle quali la contenzione è giustificata: l'intervento per impedire un danno (Art.40), l'aver agito col consenso dell'avente diritto (Art. 50), l'«Esercizio di un diritto o adempimento a un dovere» (Art.51), l'Art 54 c.p. infine legittima lo «Stato di Necessità»: *«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 [...]»* racchiudendo tutte quelle situazioni di eccezionale gravità che non possono essere gestite in altro modo, e che mettono a repentaglio l'incolumità dell'assistito, di chi si prende cura di lui e di terzi. Qualora l'uso dei mezzi di contenzione dovesse risultare inappropriato il paziente potrebbe incorrere in ripercussioni sul piano psicologico e fisico, in questo caso i responsabili sono punibili per legge: *«Chiunque abusa di mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragioni di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente .»* (Art. 571 Codice Penale). Vi sono casi in cui, secondo il Codice Penale, la contenzione può sfociare in reato, si tratta di sequestro di persona (Art. 605), violenza privata (Art. 610), maltrattamenti (Art. 572), omicidio colposo (Art. 589), lesioni penali colpose (Art. 590) e abbandono di minore o incapace (Art. 591). Va rilevato che ai sensi della legge n. 42/1999, della legge n. 251/2000 e del D.M. della Salute del 2 Aprile 2001 le professioni sanitarie hanno acquisito autonomia nelle attività di cura proprie del loro ruolo e di conseguenza anche nelle responsabilità derivanti dalla propria condotta personale. L'Articolo 27 della Costituzione Italiana afferma infatti che la responsabilità penale è personale, dunque la responsabilità dell'applicazione e del monitoraggio dei mezzi di contenzione implica la valutazione della condotta di tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza (art.110 c.p.), richiede la documentazione dei compiti attribuiti ad ogni ruolo in un protocollo e la documentazione del loro corretto svolgimento in apposite schede. Quindi è raccomandata l'adozione di un protocollo multidisciplinare per la gestione della contenzione fisica nonostante questa sia sempre intesa come ultima ratio in caso di fallimento delle misure alternative per tutelare utenti e operatori.

Nella pratica clinica il ricorso alla contenzione è messo in discussione sia in termini di efficacia sia da un punto di vista etico; tutti i bisogni fondamentali dell'assistito difatti vengono compromessi, il bisogno di protezione e sicurezza, di alimentazione, di eliminazione e il bisogno di provvedere alla cura di sé. Gli infermieri in relazione al proprio ruolo hanno diversi doveri e responsabilità dettati non solo dal loro stato di cittadini ma anche dalla propria professione e dal proprio dovere di cura, espresso nel Codice Deontologico che si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica, fissando le norme dell'agire professionale e definendo i principi etici che stanno alla base della relazione tra infermiere e assistito. L'Articolo 3 del Codice Deontologico recita: *“La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”*, inoltre con l'Articolo 30 viene indicato che l'infermiere deve adoperarsi *“affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.”* L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere valutato con attenzione da parte dell'infermiere affinché questo non contravvenga ai principi etici della propria professione, questi sono: il principio di autonomia, che si riferisce all'impegno a coinvolgere il paziente nelle decisioni inerenti ogni aspetto dell'assistenza sanitaria; il principio di beneficenza, ossia intraprendere azioni positive volte ad aiutare gli altri, questo richiede che il miglior interesse del paziente rimanga sempre più importante dell'interesse per sé; il principio di non maleficenza, ovvero evitare un danno o un dolore; il principio di giustizia, che si riferisce al concetto di equità assistenziale; il principio di fedeltà che infine si riferisce all'accordo nel mantenere le promesse fatte, un impegno alla base della riluttanza ad abbandonare i pazienti. Riguardo la contenzione il primo tra questi principi a non essere rispettato è quello inerente l'autonomia decisionale in quanto la contenzione stessa è applicata al fine di controllare i movimenti intenzionali della persona, nonostante ciò l'uso di tali mezzi può comunque essere giustificato come volto all'interesse del soggetto, rispettando dunque il principio di beneficenza. Applicando la contenzione è inoltre difficile agire nel rispetto del principio di maleficenza in quanto adoperandola o meno è possibile nuocere al

paziente. È importante sottolineare la cruciale differenza tra la contenzione che viola i diritti e la dignità della persona e quella che invece è volta al miglior interesse dell'assistito, che non calpesta alcuna volontà espressa autonomamente e che protegge quest'ultimo da un ipotetico danno.

La prescrizione della contenzione è di competenza medica, l'Articolo 51 del Codice Deontologico del Medico afferma che in caso di trattamento sanitario obbligatorio il medico non richiede o pone in essere misure coattive salvo casi di effettiva necessità, nel rispetto della dignità della persona e nei limiti della legge. Il medico che prescrive la contenzione senza una valida documentazione che la motivi, senza che questa venga monitorata e curata, protraendone illecitamente la durata fino a causare addirittura la morte dell'assistito è responsabile dell'omicidio, secondo la sentenza n. 825/2012 depositata il 27/04/2013 del Tribunale di Vallo della Lucania. Nonostante la prescrizione sia di competenza medica, le motivazioni che portano alla scelta di tale applicazione derivano da osservazioni documentate per iscritto dal personale infermieristico, fisioterapico e di assistenza. Per far ricorso a un trattamento contenitivo di tipo fisico devono essere presenti le seguenti condizioni:

- Incapacità della persona di autodeterminarsi: di solito trattasi di pazienti anziani con gravi alterazioni psichiche o grave decadimento psicofisico.
- Presenza, secondo una valutazione circostanziata, di un danno grave, attuale e concreto alla persona.
- Non possibilità di adottare terapie o strumenti alternativi, il cui non utilizzo deve essere esaurientemente motivato.
- Il trattamento deve essere finalizzato a prevenire un danno grave alle persone e non alle cose e comunque non potrà mai essere attuato per rispondere alle necessità istituzionali.

Per quanto attiene la responsabilità in capo agli operatori sanitari e in particolare al medico e all'infermiere, trattandosi di "evento straordinario e motivato", è necessario relazionarsi comunque con il paziente nel tentativo di ottenere il consenso al trattamento da parte della persona (consenso informato). In ogni caso è fatto obbligo all'operatore sanitario (medico o infermiere) di:

1. Prescrizione medica: l'indicazione della contenzione è un atto medico prescrittivo che deve valutare anche le eventuali controindicazioni e gli effetti collaterali. In particolare il processo decisionale deve chiaramente indicare l'impossibilità di adottare strumenti alternativi e l'esito negativo che tali soluzioni produrrebbero sul comportamento del paziente. In situazioni di urgenza-emergenza, in assenza del medico, l'infermiere dovrà immediatamente contattare il medico curante o medico di guardia o medico reperibile e in caso di necessità (stato di necessità) potrà decidere di applicare la contenzione (documentando sul diario infermieristico la motivazione e le modalità di effettuazione), che andrà valutata dal medico nel più breve tempo possibile per prescriverne formalmente l'utilizzo.
2. Registrazione in cartella riportante motivazione circostanziata e durata del trattamento: la contenzione deve essere limitata nel tempo, la prescrizione deve indicare il termine del trattamento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. È possibile prolungare l'uso della contenzione solo dopo ulteriore verifica delle condizioni del soggetto da parte dell'equipe e la contenzione non deve essere imposta per più di 12-24 ore consecutive a meno che non lo richiedano le condizioni del soggetto. Deve inoltre essere riportato il tipo di contenzione, di cui è necessario conoscere le principali caratteristiche e la corretta tecnica di applicazione che deve essere riportata nelle procedure aziendali.
3. Sorveglianza: durante il periodo di contenzione il paziente deve essere controllato ogni 30 minuti e la decisione del ricorso alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata. Durante il periodo di contenzione si deve garantire al paziente la possibilità di movimento per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte, la valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente correlabili alla contenzione, quali ad esempio ulcere da decubito, deve essere effettuata ogni 3-4 ore. La sorveglianza deve

comprendere anche il monitoraggio dei parametri vitali, dell'orientamento spazio-temporale e del corretto posizionamento dei presidi contenitivi.

4. **Informazione:** prima di procedere alla contenzione è necessario cercare di acquisire un valido consenso dell'avente diritto, nel caso questo non fosse possibile è necessario informare anche i familiari/caregiver e gli eventuali fiduciari proponendo un piano di intervento personalizzato.

Sia il paziente che i familiari devono essere coinvolti nel processo decisionale e a tal fine è necessario che il medico e/o l'infermiere illustrino loro le modalità di utilizzo dei mezzi di contenzione e di monitoraggio. Per quanto concerne il caregiver, è necessario che l'informazione riguardi non solo le modalità della contenzione ma anche la prevenzione e gli effetti collaterali di questa, è inoltre importante la formazione professionale del caregiver affinché questo possa adoperarsi ad incentivare il prima possibile la rimozione dei mezzi di contenzione, il recupero e la riabilitazione funzionale dell'assistito e la cura degli aspetti emotivi dello stesso per ridurre gli stati di confusione e agitazione.

È evidente come in Italia non esista una norma che tuteli le persone contenute, ne tanto meno esista una norma che regoli l'uso dei mezzi di contenzione. Il processo decisionale che porta l'equipe professionale alla scelta di tale pratica deve soppesare le conseguenze positive e negative che ne derivano, agendo sempre nell'interesse primo del paziente.

Capitolo 2

Rassegna critica della letteratura disponibile

2.1 Definizione della contenzione fisica e diffusione epidemiologica internazionale e nazionale

Nella maggior parte della letteratura internazionale si considera contenzione fisica “ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non possa essere facilmente rimosso e che limiti la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo”, ovvero “un intenzionale blocco del movimento volontario o del comportamento di una persona”. Ciò significa più precisamente, “impedire ad una persona di fare qualcosa che aveva voglia di fare”. Nonostante la crescente evidenza di conseguenze negative, l’uso della contenzione fisica nei reparti geriatrici e nei reparti per acuti è una pratica comune in molti Paesi. La prevalenza varia dal 4% al 85% nelle strutture residenziali e dall’8% al 68% in quelle ospedaliere.

Uno studio Canadese, effettuato su un campione di 14.500 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), testimonia i seguenti tassi di prevalenza dell’uso della contenzione fisica: Svizzera 6%, Stati Uniti 9%, Hong Kong 20%, Finlandia 28%, Canada oltre il 31%. Un altro studio, condotto in Giappone, dimostra un tasso medio di contenzione fisica del 25,5%, dove complessivamente l’81% dei pazienti erano contenuti per più di un mese. I metodi di contenimento utilizzati più diffusi erano le spondine per il letto, i giubbotti Posey e i guanti. Uno studio condotto in Germania, in 4 ospedali, in 61 reparti di degenza, su 1.276 pazienti con un età media di anni 65, ha rilevato una prevalenza dell’uso di almeno una contenzione fisica con una percentuale dell’11,8%. Le misure più frequenti di contenzione erano, nell’8% dei casi, le spondine per il letto.

Secondo uno studio realizzato dal Joanna Briggs Institute è stato rilevato che veniva sottoposto a contenzione fisica dal 3,4% al 21% (in media il 10%) dei soggetti ricoverati nei reparti per acuti. La durata media della contenzione variava da 2,7 a 4,5 giorni. In una struttura residenziale la percentuale di soggetti sottoposti a contenzione variava invece dal 12% al 47% (in media 27%). Uno studio ha riportato che la durata media della contenzione per gli ospiti delle

strutture residenziali era di 86,5 giorni. La durata, valutata a un anno di follow up, variava da 1 a 350 giorni e il 32% dei soggetti era sottoposto a contenzione per almeno 20 giorni ogni mese. Questi risultati hanno messo in luce che un'alta percentuale di soggetti era sottoposta a contenzione (sia nei reparti per acuti sia nelle strutture residenziali) e che questa pratica era più frequente nelle strutture residenziali. I dispositivi di contenzione fisica usati nei reparti per acuti erano molto diversi da quelli usati nelle strutture residenziali. I 3 tipi di dispositivi più usati nei reparti per acuti erano quelli da applicare ai polsi, alla vita e al torace. Nelle strutture residenziali invece erano quelli da applicare alla vita e al torace (una sorta di corsetto). Queste differenze sono emerse in tutti gli studi. Non c'è accordo su come dovrebbe essere usata la contenzione e mancano prove per stabilire una pratica standard.

In Italia il fenomeno della contenzione fisica è ancora poco studiato dal punto di vista epidemiologico; vi è una notevole diversità nel ricorso alla contenzione tra le strutture ospedaliere, le RSA e il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura. Una ricerca multicentrica di prevalenza della contenzione fisica condotta nel 2002 negli ospedali e RSA dal Collegio IPASVI di Aosta, Brescia, Milano, Lodi, Monza e Brianza, ha dimostrato che 445 degenti nelle diverse unità ospedaliere, pari al 15,8% era sottoposto alla contenzione fisica: Milano 211, (16,1%), Lodi 25, (35,7%), Monza 40, (9,6%), Brescia 166, (19,1%) e Aosta 3, (2,1%).

Il mezzo di contenzione più utilizzato erano le spondine per il letto e le polsiere. L'età media dei degenti contenuti era elevata in tutti i tipi di unità operativa, 80 anni. Nella RSA, gli ospiti contenuti alla data di rilevazione erano 4.599, pari al 68,7% del totale, con un'età media di anni 86: Milano 2.674, (67,3%), Lodi 420, (77,6%), Monza 150, (82,4%), Brescia 897, (73,8%) e Aosta 458, (58,6%). I mezzi di contenzione più utilizzati erano le spondine per il letto, cinture pelviche e addominali e tavolini per sedie a rotelle.

Dalla ricerca della letteratura disponibile sono emersi pochi studi che hanno analizzato, attraverso la realizzazione di studi clinici, l'uso della pratica contenitiva in pediatria, al fine di portare a termine una procedura clinica da parte di infermieri o di altri professionisti sanitari. Dallo studio osservazionale trasversale di Demir (2007), realizzato su un campione di 121 infermieri, reclutati

da diciassette unità pediatriche di medicina, di chirurgia e di terapia intensiva, appartenenti a quattro diversi ospedali di una città turca, si è potuto evidenziare che gli infermieri utilizzano la contenzione fisica nei bambini in diversi modi; il 96,8% utilizza polsiere, l'81% utilizza cavigliere, mentre la contenzione totale è utilizzata dal 17,4% degli infermieri. Tra gli infermieri intervistati, il 96,7% ha risposto di applicare la contenzione senza prescrizione medica, né scritta né orale, e tutti hanno ammesso di non richiedere alcun tipo di consenso al bambino e/o al genitore prima di applicarla. Inoltre il 71% degli infermieri sottoposti al sondaggio non ritengono necessaria la prescrizione del medico poiché dichiarano di essere in possesso delle capacità per poter decidere in modo indipendente. Per quanto riguarda il consenso, questo non viene mai richiesto al bambino, e tanto meno ai genitori perché non ritenuto necessario. In Australia invece, è stato compiuto uno studio osservazionale su un campione di 124 bambini, di età compresa tra 6 e 42 mesi, sottoposti ciascuno ad una delle quattro procedure analizzate. Dallo studio è emerso che il 71% dei bambini è stato sottoposto alla contenzione fisica durante la procedura: tra queste, il posizionamento del sondino naso-gastrico e l'inserzione di un catetere venoso periferico, hanno richiesto l'utilizzo della contenzione nel 100% dei casi (Crellin 2011). La misurazione della saturazione di ossigeno del sangue e la somministrazione di farmaci tramite via inalatoria invece, hanno richiesto l'utilizzo della contenzione rispettivamente nel 18% e nel 62% dei bambini. Un'ulteriore indagine fattoriale eseguita da Brenner (2014), su di un campione di 105 infermieri, ha richiesto di indicare la probabilità di utilizzare la contenzione fisica nel bambino per portare a termine una procedura, in una scala da 1 a 10; il 61% di questi infermieri ha indicato una probabilità uguale e/o superiore a 5,5 nella scala; tra le procedure proposte, l'inserzione di un catetere venoso periferico è quella che ha ottenuto una probabilità più elevata. È emerso inoltre che l'utilizzo delle strategie alternative alla contenzione, quali tecniche di distrazione e gioco ad esempio, non sono sempre rispettate; nello studio di Demir (2007) è stato riportato che il 58,7% degli infermieri utilizza le tecniche di distrazione prima di applicare la contenzione. Lo stesso studio infine ha riportato anche le complicanze più frequenti che si presentano in seguito alla contenzione, identificando la contrattura a livello delle

articolazioni (34,8%) e la cianosi degli arti (26,7%) come le complicanze più comuni.

2.2 - Fattori di rischio che influiscono sulla pratica contenitiva

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

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

Fattori ambientali sono:

- Insufficiente illuminazione delle stanze;
- Pavimento deteriorato o scivoloso;
- Presenza di ostacoli nei percorsi di transito;
- Superficie delle stanze da letto non adeguata;
- Presenza di gradini troppo alti.

Fattori organizzativi, comprendono:

- L'assenza di linee guida e di corsi di aggiornamento per il personale sanitario sul corretto utilizzo della contenzione fisica;
- Non utilizzo di tecniche alternative alla contenzione;
- Assenza di registri per la contenzione.

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

2.3 - I motivi della contenzione fisica

Le cause principali del ricorso alla contenzione risultati dai dati riportati in letteratura riguardano la tutela verso il paziente, le principali sono:

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

Le cadute sono un problema significativo per gli anziani fragili. Quando un paziente/ospite è valutato a rischio di cadute, il personale sanitario è favorevole all'utilizzo della contenzione fisica al fine di garantire la sicurezza della persona. La contenzione fisica veniva usata anche per consentire lo svolgimento di attività (per esempio per poter finire i lavori programmati), mantenere un ambiente sociale confortevole (per esempio fermando i soggetti che importunano gli altri) e per facilitare il trattamento (per esempio per evitare la manomissione di dispositivi medici o la rimozione di medicazioni o cateteri). Le contenzioni fisiche sono ampiamente utilizzate nonostante alcuni studi dimostrino che il ricorso a questi mezzi, come spondine per il letto, possano aumentare il rischio di cadute, comportando, talvolta, anche gravi lesioni alla persona. Questo spesso si verifica quando il paziente si sforza per liberarsi dalla contenzione e, agitandosi, si intrappola tra sponda del letto e materasso, oppure quando scavalcando la sponda del letto cade a terra.

In ambito pediatrico le motivazioni che portano l'equipe infermieristica ad utilizzare la contenzione durante le procedure cliniche possono essere suddivise in due gruppi: il primo comprende motivazioni volte a preservare la sicurezza dei pazienti, prima su tutte la sicurezza fisica del bambino, ovvero il prevenire ferite e lesioni da una sua possibile interferenza con il trattamento che si sta eseguendo, questa è la ragione principale che viene riportata in letteratura per giustificare l'alta percentuale di bambini sottoposti a contenzione. Un'ulteriore motivazione è la carenza di personale, (Demir 2007). Il secondo gruppo di motivazioni comprende le caratteristiche del bambino in riferimento alla sua età, al suo livello

di sviluppo e di apprendimento. Come attesta la letteratura, i bambini più piccoli sono quelli più frequentemente sottoposti a contenzione fisica (Bray et al. 2015). A sostegno di ciò, nello studio di Crellin (2011), un campione di 124 bambini è stato suddiviso in tre gruppi di diverse fasce d'età. Al primo gruppo facevano parte i bambini di 6-18 mesi di cui l'85% risulta essere stato sottoposto almeno una volta a contenzione, nel secondo gruppo sono stati racchiusi i bambini di 18-30 mesi di cui il 68% è stato sottoposto a contenzione e infine nel terzo gruppo, composto da bambini di 30-32 mesi, il 57% risulta essere stato sottoposto a contenzione. Questi dati ci permettono di evidenziare un calo nell'utilizzo della pratica contenitiva con l'aumento progressivo dell'età.

2.4 - Principali complicanze della contenzione

Conseguenze fisiche

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

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

Questi rischi non sono sempre direttamente attribuiti alla contenzione fisica in sé, ma spesso sono associati alla condizione fisica e mentale della persona anziana. Una persona anziana con ridotta capacità fisica e/o mentale sarà più vulnerabile rispetto una persona sana. È stato anche osservato che i metodi contenitivi utilizzati, spesso, non sono efficaci per prevenire le cadute o le lesioni gravi, anzi

aumentano l'ansia e il disagio del soggetto, con conseguente elevato rischio d'infortuni e anche di morte.

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

Conseguenze psichiche

L'uso della contenzione fisica per gli anziani in RSA e in strutture ospedaliere è vissuta in modo particolare sia da loro stessi che dai loro familiari. Gli anziani riferiscono sentimenti contrastanti circa la loro esperienza riguardo la contenzione; per alcuni, i dispositivi come le spondine per il letto e tavolino per la carrozzina hanno un significato positivo. Essi possono dare una sensazione di sicurezza e stabilità: "mi sento più sicuro con spondine per il letto". La dipendenza non è sempre vissuta come qualcosa di negativo: "non mi sento particolarmente limitato. In realtà non ci penso tanto. Se voglio stare in piedi mi aiutano, ma ho bisogno dei miei cuscini altrimenti il braccio scivola via. Mi sembra una buona idea". In generale, però, la contenzione fisica non è vissuta come qualcosa di positivo e per molti anziani l'uso di questo metodo ha più un carattere traumatico, piuttosto che terapeutico, generando nelle persone sentimenti di vergogna, perdita di dignità e d'identità, rispetto di sé, ansia e aggressività, isolamento sociale e delusione. Molti anziani esprimono sentimenti di reclusione come: "mi sento come un uccello in gabbia", e la restrizione della libertà di movimento: "non riesco nemmeno a unire le mie mani". Si preoccupano del rischio di lesioni nei loro tentativi di liberarsi dalla contenzione, mentre altri esprimono sentimenti di depressione e apatia.

Conseguenze indirette

L'uso dei dispositivi di contenzione sembra associato anche a un certo numero di effetti negativi indiretti, anche se non è sempre facile dimostrarne il legame. E' importante avere cautela nell'interpretare queste informazioni. Gli studi hanno suggerito che i pazienti sottoposti a contenzione hanno maggiori probabilità, rispetto ai soggetti liberi, di cadere, prolungare la degenza in ospedale, incorrere in un'infezione nosocomiale e morire in ospedale e minori probabilità di sopravvivere e di essere dimessi. L'uso di dispositivi di contenzione negli anziani in casa di riposo è stato associato a numerosi effetti avversi come un peggioramento del comportamento sociale, delle capacità cognitive e della mobilità oltre a un aumento del disorientamento, alla formazione di lesioni da decubito e di incontinenza urinaria e/o fecale.

2.5 - Codice Deontologico dell'Infermiere

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

2.6 - Le percezioni degli infermieri rispetto alla contenzione

Secondo uno studio spagnolo condotto nel 2014, la maggior parte dei professionisti intervistati, considera l'uso della contenzione fisica una strategia importante per prevenire le cadute e le interferenze con i dispositivi medici. Dai dati raccolti, emerge che non vi è alcuna relazione tra percezione personale e

caratteristiche socio-demografiche, formazione o consultazione della letteratura sulla contenzione. Tuttavia, in generale, i professionisti avevano basse conoscenze sull'uso della contenzione e questo può essere un motivo per il loro atteggiamento positivo verso la pratica contenitiva.

In un altro studio, condotto a Singapore, si è notato che il personale infermieristico era a conoscenza del motivo per il quale ogni paziente è stato contenuto. Secondo gli infermieri, la contenzione fisica è stata applicata per prevenire le cadute e la dislocazione dei tubi di alimentazione. Essi erano a conoscenza di alcune complicazioni dovute alla contenzione fisica (lesioni, agitazione), tuttavia, non erano a conoscenza di altri rischi correlati alla contenzione come il decondizionamento, l'incontinenza e il fecaloma. Inoltre, gli infermieri hanno riferito reazioni emotive complesse rispetto alla contenzione. La maggior parte provavano emozioni come tristezza, senso di colpa, conflitti tra l'applicazione della contenzione fisica e la violazione dei diritti della persona contenuta; altri invece, vivevano la contenzione come una routine affermando di non provare alcuna emozione.

Da uno studio condotto in Cina, emerge che gli infermieri hanno riferito che nella loro pratica infermieristica la contenzione fisica era normalmente usata nei riguardi di pazienti incoscienti, inquieti, agitati o dopo interventi chirurgici, nonché su pazienti non collaboranti o ad alto rischio di cadute. Il personale infermieristico ha dichiarato che la contenzione fisica è una misura importante per i pazienti, in quanto impedisce la rimozione dei dispositivi medici, riducendo la durata della degenza ospedaliera e accelerando il recupero delle condizioni cliniche della persona. Per gli infermieri, il ricorso alla contenzione diminuisce il carico di lavoro quando vi sono carenze di personale. Alla domanda sulle questioni etiche e le interferenze con i diritti umani dei pazienti, la maggior parte degli infermieri ha risposto di aver bisogno di prendere in considerazione la sicurezza del paziente come prima priorità, piuttosto che eticità, diritti umani e dignità della persona. Secondo uno studio condotto in Hong-Kong, in casa di cura, i livelli di conoscenza riguardo l'uso dei sistemi di contenzione erano inadeguati. La maggior parte degli intervistati non è riuscita a riconoscere le potenziali complicanze fisiche e psicologiche associate a questa pratica. Molti membri del

personale infermieristico erano convinti che le misure contenitive potessero portare a una riduzione del numero di cadute tra gli ospiti contenuti, mostrando poca consapevolezza riguardo al ricorso di metodi alternativi alla contenzione. La decisione di utilizzare i dispositivi contenitivi non è facile, e talvolta, il personale sanitario è posto davanti a un dilemma. Alcuni intervistati hanno espresso sentimenti contrastanti circa l'uso dei sistemi di contenzione e sui conflitti etici relativi al suo utilizzo. Infatti, la stragrande maggioranza degli intervistati, ha dichiarato che se fosse il paziente, avrebbe voluto avere il diritto a rifiutare di essere contenuto. Questa risposta suggerisce che gli intervistati potrebbero avere incoscientemente pensieri negativi circa l'uso di sistemi della contenzione. Un membro della famiglia della persona anziana potrebbe prendere anche una decisione sul ricorso alla contenzione fisica. Tuttavia, le loro decisioni relative alla materia sono qualcosa di discutibile, in quanto la famiglia non era ben informata dagli infermieri su questioni quali la conservazione dei livelli di attività fisica e di mantenimento dell'indipendenza del paziente. In questo studio, gli infermieri hanno riferito anche di aver discusso sull'uso della contenzione fisica con un familiare del paziente ma solo in rare occasioni e, il 56% di loro, ha dichiarato di non informare mai i familiari e il paziente sul motivo di applicazione della contenzione. Questa prassi dimostra la necessità di aumentare la consapevolezza degli infermieri sui diritti dei pazienti e le questioni etiche legate all'uso dei sistemi contenitivi per evitare accuse di aggressione.

2.7 - La percezione dei pazienti sottoposti a contenzione

Molti racconti riportati in letteratura hanno messo in luce l'impatto negativo della contenzione fisica definito come senso di limitazione e disagio. Le limitazioni sono state correlate alla mancanza di libertà e di controllo su ciò che sta accadendo durante il ricovero e all'impedimento dei movimenti. Una persona ha descritto questa esperienza dicendo "sono in prigione, sono bloccato". Molti collegano questa situazione penosa a quella degli animali "mi sento come un uccello in gabbia..." oppure "... sono bardato come un somaro". La restrizione dei movimenti è stata descritta da un paziente con queste parole: "non posso neanche unire le mie mani". Il disagio è dovuto sia al fatto di essere sottoposti a

contenzione sia al fastidio fisico dell'immobilità. Riguardo al primo aspetto una persona ha detto: "E' una cosa per i matti io non lo sono mai stato". Il disagio fisico è dovuto sia al dolore causato dai dispositivi di contenzione sia al fatto di non essere in grado di fare le azioni più comuni come per esempio andare in bagno.

Non sono presenti nella letteratura studi che hanno riportato le esperienze vissute e raccontate da parte dei bambini sottoposti a contenzione durante lo svolgersi di una procedura clinica. Gli esigui dati reperiti riportano le esperienze dei bambini secondo un punto di vista dei genitori e/o dei professionisti sanitari.

Le reazioni dei bambini riportate, nei confronti della contenzione, sono negative: sentimenti di rabbia, imbarazzo, umiliazione, perdita di controllo e sensazione di essere puniti (Demir 2007).

2.8 - La percezione dei parenti

Anche i parenti descrivono la contenzione come un'esperienza negativa e ne parlano con rabbia e disagio. Non sopportano che un loro parente sia sottoposto a contenzione e questa rabbia traspare da alcune affermazioni: "... mi fa impazzire" oppure "ho tolto quella cosa e l'ho scaraventata via". Una persona ha detto: "lei non aveva fatto niente ed è stata legata". Alcuni parenti sono infastiditi anche dai modi degli infermieri: "... sono entrati hanno applicato i dispositivi di contenzione e non hanno detto una parola". Alcuni racconti sottolineano il disagio che a volte è legato al senso di colpa, per esempio uno ha detto: "Ho pianto e mi sono sentito colpevole". Altri hanno visto la contenzione come un intervento degradante, per esempio: "Morirei piuttosto che farmi fare una cosa simile". Le persone che hanno visto i loro parenti sottoposti a contenzione hanno capito che c'erano poche speranze di recupero. Per esempio: "Vedere la contenzione mi ha reso tutto molto più chiaro. Capisco che non faremo mai le cose che avevamo progettato".

Dalla ricerca letteraria in ambito pediatrico è evidente come i genitori siano quasi sempre presenti durante le procedure cliniche e come contribuiscono loro stessi in prima persona durante la maggior parte alla pratica nella contenzione (Crellin 2011). Diversi sono i risultati trovati nello studio di Demir (2007), in cui la

contenzione è stata applicata più frequentemente attraverso dispositivi appositi. Tale differenza nei risultati può essere spiegata perché, negli ospedali in cui è stato condotto lo studio di Demir, ai genitori dei bambini non è permesso essere presenti se non solo durante specifici orari di visita, inoltre l'impossibilità della costante presenza dei genitori è stata identificata come un fattore che determina un incremento al ricorso della pratica contenitiva nei confronti dei bambini in stato di degenza.

2.9 - Programmi volti a limitare l'uso della contenzione

L'intera letteratura concorda nell'affermare che la pratica contenitiva rappresenti ancora oggi una metodica routinaria durante lo svolgersi delle procedure cliniche nei confronti dei bambini. Si sottolinea un'evidente assenza di linee guida e protocolli relativi a questo argomento, per ciò alcuni autori hanno fornito delle guide volte ad aiutare il personale infermieristico nel processo decisionale che porta ad optare per l'applicazione della contenzione o meno. È importante considerare sempre il grado di apprendimento del bambino in relazione alla sua età, alla sua maturità ed esperienza relativa alle procedure cliniche, al percorso di ospedalizzazione, alle tecniche alternative alla contenzione, alla preparazione che il bambino ha ricevuto riguardo la procedura, al tempo necessario per la preparazione ed esecuzione della stessa e le responsabilità legate al ricorso alla contenzione. Una volta ritenuto necessario ricorrere alla contenzione è importante considerare le competenze dell'operatore che andrà ad applicarla, i protocolli e le linee guida eventualmente disponibili, la scelta del metodo da utilizzare affinché questo sia il più appropriato ed accettabile, il consenso da parte dei genitori e dello stesso bambino quando possibile, ed infine la prescrizione medica e la registrazione in cartella.

La Psicologa Lambrenos e l'Infermiera McArthur (2003), hanno pubblicato un articolo nel quale hanno condiviso una guida sviluppata ed adottata da un ospedale britannico: questo documento consiste in una forma narrativa che definisce i termini che descrivono la pratica della contenzione fisica e le responsabilità che derivano dall'utilizzarla, le linee guida, sotto forma di

diagramma di flusso, si sono rivelate utili per guidare ed aiutare il personale nel processo di decisione al trattamento contenitivo, e inoltre è riportato un modulo per l'informazione dei genitori e per il rilascio da parte di questi del consenso.

Nella guida, viene adottato il termine “*clinical holding*”, definito come il posizionamento del bambino in modo tale che una determinata procedura clinica possa essere effettuata in modo sicuro e controllato, il consenso all'eventuale utilizzo della contenzione viene ottenuto prima che la procedura abbia inizio e vi è previsione di situazioni di pericolo per la vita. La distribuzione della guida, a tutti i reparti dell'ospedale in cui la contenzione del bambino si era resa spesso necessaria, è stata accolta dai professionisti sanitari in modo positivo come riportato dalle autrici stesse.

Capitolo 3

Contenzione e Pazienti Pediatrici

3.1 - Il bambino in Ospedale

Oggi è indiscussa la consapevolezza sul fatto che l'infanzia rappresenti l'età determinante per la formazione della personalità adulta, per questo al bambino vengono riconosciute necessità peculiari di tipo affettivo e psicologico. Il momento del ricovero per il bambino è molto delicato: l'ambiente sconosciuto, la perdita dei quotidiani punti di riferimento, la preoccupazione per la propria salute, influiscono sull'equilibrio del bambino e dei suoi genitori.

In un passato non troppo lontano il bambino ospedalizzato era costretto ad affrontare la malattia e la degenza in totale solitudine ed immobilizzazione coattiva, questo comportava una serie di importanti mutamenti dell'umore, cambiamenti nei rapporti con le figure a lui più vicine ovvero i genitori, i fratelli, gli insegnanti, i nonni e gli amici. Venne osservato che questa condizione spesso portava alla comparsa di conseguenze importanti come disturbi alimentari e del sonno, nonché comparsa di apatia, enuresi, regressione oltre che a un'accelerazione patologica nella maturazione comportamentale. Solo nel 1958 per la prima volta, in un famoso saggio, l'opinione pubblica venne resa consapevole che l'ospedalizzazione per un bambino è sempre un trauma (J. Robertson, *Bambini in Ospedale*, Feltrinelli, I ed it. 1973). Venne così avviato un vero e proprio processo di sensibilizzazione contro la totale incuranza da parte delle istituzioni, sia politiche che scientifiche, nei confronti delle esigenze dei minori in ospedale. Robertson dimostrò, attraverso prove sperimentali, che l'allontanamento dei piccoli pazienti dai propri genitori, durante il corso dell'intera degenza, provocava gravi sofferenze mentali. In quegli anni tale discussione non fu scontata, considerato che persino la pediatria, sulla base della stessa definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, veniva considerata semplicemente una branca specialistica della medicina generale. Nel 1959 la Commissione Ministeriale Inglese confermò le argomentazioni presentate da Robertson. In Italia si dovette attendere gli anni settanta e ottanta per vedere i primi ospedali aprire le porte dei reparti ai genitori rendendo possibile la presenza

di uno di questi nell'arco delle ventiquattro ore. Il bambino veniva considerato un piccolo adulto, con la conseguenza che i problemi psicologici dell'ospedalizzazione riscontrati erano i medesimi di quelli propri degli adulti, per queste ragioni non si sentiva l'esigenza di elaborare un diritto speciale dei bambini in ospedale. La sensibilizzazione dettata dalle osservazioni di Robertson ebbe immediato effetto, venne preso in considerazione come il fanciullo presentasse una sensibilità differente rispetto quella adulta e che il ricovero comportasse un'ulteriore sofferenza psicologica, per questo sul piano giuridico emerse la necessità di un diritto speciale nei confronti di questi piccoli pazienti. Venne approfondito il concetto di protezione speciale, e in materia sanitaria fu previsto il diritto a ricevere cure mediche adeguate, senza però una vera e propria differenziazione con interventi sanitari rivolti agli adulti. Finalmente nel 1986 venne abbozzata una Carta Europea dei Diritti dei Bambini, proposta dalla European Association for Children in Hospital. Questo documento, nonostante fosse di grande rilievo, rimase sprovvisto di una vera e propria veste giuridica, pur essendo oggetto nello stesso anno di una raccomandazione del Parlamento Europeo. Sulla base proprio di quest'ultima, nel 1988, dodici associazioni impegnate nel volontariato ospedaliero si incontrarono a Leida, nei Paesi Bassi, su iniziativa dell'associazione "King en Ziekenhuis" (Bambino e Ospedale), e fu redatta la "Carta di Leida", universalmente conosciuta come "Carta di Each", che riassume in dieci punti i diritti del bambino in ospedale. Dopo venti anni dalla stesura di questa la Fondazione ABIO (Associazione Bambino in Ospedale) con la collaborazione e il sostegno della Società Italiana di Pediatria, ha inteso riprendere i punti della suddetta adattandoli alla situazione ospedaliera italiana. Il bambino che ha necessità di cure va quindi considerato nella sua globalità e non solo in relazione alla sua patologia, un ambiente ospedaliero rispettoso delle esigenze psicosociali del bambino riduce il trauma del ricovero, in quanto un ospedale che cura il bambino dal lato organico ma lo trascura e lo ammalia dal lato psichico fallisce nel suo compito di cura dell'individuo e si preoccupa solo di curare la malattia. Fondamentale è il ruolo dell'infermiere pediatrico che partecipa all'identificazione dei bisogni di salute fisica e psichica del minore e della sua famiglia, identifica i bisogni di assistenza infermieristica pediatrica, pianifica,

conduce e formula i relativi obiettivi per un intervento assistenziale nel rispetto dei piccoli. Inoltre è importante che l'infermiere attui interventi volti all'educazione sanitaria nell'ambito familiare, all'assistenza ambulatoriale e domiciliare dei bambini, in quanto per prestare cure a un bambino è indispensabile saper comunicare, ascoltare e porsi in relazione. Viene a configurarsi una relazione assistenziale complessa, che ha l'obiettivo di umanizzare l'assistenza vista nel senso più complesso del "curare" e del "prendersi cura", infine l'infermiere deve sempre considerare l'evidente implicazione del ruolo dei genitori e delle figure di riferimento socio-educativo sullo sviluppo del bambino che, infatti, è un individuo fisiologicamente dipendente da altri, ma che costituisce una vera e propria unità con i genitori.

3.2 - La contenzione nei reparti pediatrici

In campo sanitario l'uso della contenzione fisica è un tema prevalentemente trattato in relazione alla cura dei pazienti geriatrici, dei pazienti affetti da disturbi psicologici o psichiatrici o alla gestione dei degenti ricoverati nelle unità di terapia intensiva. La ricerca sull'utilizzo di tale pratica nei reparti pediatrici è molto limitata. Frequentemente la contenzione fisica nei confronti dei bambini è usata nei reparti di pediatria e di terapia intensiva per l'esecuzione di procedure invasive e/o il posizionamento di dispositivi, al fine di ridurre il rischio di interferenze al trattamento. Troppo spesso si ricorre a questa pratica senza sufficienti spiegazioni su ciò che accadrà e senza una appropriata copertura analgesica; la mancata gestione del dolore e dell'ansia generano rifiuto, pianto, angoscia, stress, non collaborazione da parte del bambino oltre che un importante stato d'angoscia dei genitori. Chiunque, sia bambini che adulti, davanti all'ignoto ha paura, è importante spiegare cosa aspettarsi, se i timori del bambino non sono realistici una buona delucidazione può aiutare a ridurre l'ansia e a vivere in modo più positivo questa esperienza. Ciascun individuo risponde a uno stimolo nocivo con un insieme di credenze, attitudini e capacità di coping. Per coping si intende l'insieme dei meccanismi psicologici adattativi messi in atto da un individuo per fronteggiare le situazioni potenzialmente stressanti o pericolose per il normale funzionamento psichico e il normale stato di benessere psicofisico, a seconda

dell'esito, positivo o negativo, il coping può essere considerato funzionale (adattamento) o disfunzionale (aumento dello stress), è fondamentale dunque promuovere un clima relazionale positivo tra bambino e personale sanitario. Le precedenti esperienze possono infatti influenzare le future risposte del piccolo paziente. I bambini con una storia di elevato stress durante le precedenti procedure, dimostrano un aumento dei comportamenti oppositivi nel corso di una procedura successiva. Diverse sono le variabili capaci di influenzare le risposte comportamentali del minore, prime su tutte devono essere considerate le variabili individuali, che non possono essere modificate e che comprendono l'età, lo sviluppo cognitivo, il sesso, il temperamento e come già detto le precedenti esperienze mediche. L'età dimostra come i bambini più piccoli, in modo particolare coloro che rientrano nella fascia al di sotto degli otto anni, a parità di stimolo nocivo, percepiscano il dolore con maggior intensità, e rispondano a questo esibendo comportamenti più oppositivi; questo è dovuto al fatto che in tenera età non si ha ancora acquisito un'autoregolazione emotiva che permetta loro un controllo durante le situazioni stressanti. Lo sviluppo cognitivo invece influisce sulla comprensione e reazione di fronte a una determinata situazione sia essa dolorosa o stressante (Duff, 2003). I bambini con età compresa tra i tre e i cinque anni sono in grado di comprendere lo scopo della procedura ma questo può essere frainteso e associato ad una forma punitiva per cattive azioni o pensieri commessi. Nel periodo scolare (dai sei ai dodici anni) il bambino inizia a sviluppare un senso di causa ed effetto che gli permette di capire che la procedura a cui viene sottoposto è volta a suo favore, affinché possa sentirsi meglio. In fase prescolare avanzata viene assunta maggior coscienza del dolore, e il paziente è capace di fornire indicazioni circa il dolore sperimentato, migliorando la comprensione nei confronti delle procedure e riducendo l'ansia e la paura nei confronti di questa e del personale sanitario. Per temperamento si intende la disposizione affettiva fondamentale e caratteristica, ovvero lo stile comportamentale che è innato in ognuno di noi. I bambini con un temperamento difficilmente adattabile a nuove situazioni dimostrano reazioni di stress superiori rispetto a coloro che hanno un temperamento adattabile (Duff, 2003; Mc Carthy & Kleiber, 2006). Un'altra fondamentale variabile che influenza la reazione e la

collaborazione del bambino durante una qualsiasi procedura infermieristica è l'interazione che si viene a creare tra genitori, professionisti sanitari e bambino. L'atteggiamento del bambino è spesso il riflesso di quello dei genitori, che riversano su di lui le proprie naturali paure e insicurezze non aiutandolo nel contenimento e nella comprensione della pratica, e spingendolo a ricercare aiuto e protezione da chi gli ha dato la vita. Non possono essere poi trascurati i fattori procedurali che possono influenzare la risposta al dolore del bambino, vengono tra questi considerati l'utilizzo di metodi farmacologici e la qualità dell'informazione riferita dal professionista sanitario prima e durante la procedura. Gli interventi farmacologici comprendono i farmaci per la sedazione o il rilassamento del bambino, le pomate anestetiche locali e gli spray a base di etile cloruro. Il ricorso all'uso locale di anestetici quali lidocaina in crema, cerotto o polvere può essere considerato in relazione alla durata della procedura. Gli operatori sanitari tendono spesso a essere restii nel dare informazioni dettagliate ai bambini perché si ha la convinzione che essi non siano in grado di capire o utilizzare le informazioni ricevute. Tuttavia spiegare al piccolo, con un linguaggio appropriato, l'intera procedura, la sensazione che si andrà a provare, i tempi necessari, potrebbe garantire un miglior coping e una maggior collaborazione da parte del paziente. Dobbiamo tenere a mente infatti che il bambino è competente, ovvero è collaborativo, socievole, pronto a comunicare, ha bisogno che la sua competenza venga riconosciuta e sostenuta, ha bisogno di essere trattato come soggetto e non come oggetto della relazione. Oltre alle note procedure convenzionali, esistono diverse metodiche volte alla distrazione e intrattenimento che possono essere utilizzate nei confronti dei bambini per non dover ricorrere a una manovra contenitiva durante una procedura dolorosa: la posizione comoda del bambino, respirazione controllata, distrazione e incoraggiamento del piccolo paziente e dei genitori, simulazione di messa in scena di una storia attraverso burattini, libri illustrati e interattivi, bolle di sapone e, in particolare, la tecnica con audiovisivi che influenza maggiormente la componente emozionale e/o cognitiva del dolore. Tuttavia queste tecniche alternative alla contenzione sono sempre meno utilizzate, questo può essere spiegato, in accordo con Tomlison (2004), dalla elevata quantità di tempo richiesta da tali strategie, e dal ridotto numero del personale. I bambini

piccoli non hanno un buon autocontrollo e non sono capaci di eseguire comandi precisi come invece fanno i bambini più grandi, per questo purtroppo durante diverse procedure che richiedono un movimento molto limitato o nessun movimento, per garantire una certa precisione, è necessario che il piccolo paziente venga contenuto.

Quando l'utilizzo della pratica contenitiva coinvolge i bambini, il dibattito etico tra responsabilità e beneficio tende a essere ancora più problematico. L'intera pratica deve sempre avvenire nel rispetto dei principi etici della professione infermieristica, nel rispetto dei pazienti in quanto persone, nel rispetto della loro fragilità e dei diritti relativi al loro essere appunto bambini. Optare per l'uso di manovre contenitive al fine di portare a termine una procedura, quando altri metodi alternativi prima provati si sono dimostrati inefficaci, può essere giustificato come un'agire nel miglior interesse del piccolo, ma è importante non dimenticare i potenziali effetti negativi che possono svilupparsi, comprendendo sia ipotetici danni fisici che psicologici. La Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (*Convention on the Rights of the Child*), approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre del 1989, ha enunciato i diritti fondamentali che devono essere riconosciuti e garantiti a tutti i bambini e a tutte le bambine del mondo, e uno dei quattro principi maggiormente sottolineati è l'ascolto delle opinioni del minore (Art.12), che prevede il diritto dei bambini ad essere ascoltati in tutti i processi decisionali che li riguardano, tenendo conto della loro età e del loro grado di maturità (Unicef). Ciò significa che è dovere da parte dell'infermiere, e di tutti i professionisti sanitari, tenere in considerazione la capacità di partecipazione e decisione del bambino riguardo la procedura a cui deve essere sottoposto, permettendo, ad esempio, al piccolo di scegliere quale braccio presentare per l'inserzione di un catetere venoso periferico oppure quale tipo di medicazione applicare; questi rappresentano solo alcuni esempi che il personale sanitario può mettere in atto per coinvolgere quanto più possibile i bambini nel proprio processo di cura e assistenza, questo aspetto è racchiuso anche nell'articolo nove della Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale: "I bambini hanno il diritto ad essere informati insieme ai genitori riguardo la diagnosi ed adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle

terapie”. Bisogna tener presente che ogni bambino è diverso, ha una propria personalità, un proprio carattere, un proprio trascorso e dunque alcune strategie di intervento possono risultare efficaci con alcuni di loro mentre con altri no, per questo è fondamentale che ogni caso venga considerato nel suo specifico e nella sua unicità e che il personale infermieristico, in collaborazione con le altre figure sanitarie e con i genitori, valuti e progetti accuratamente l’approccio e la gestione di ogni intervento. “La *Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale*” sintetizza in dieci punti ciò che dovrebbe essere garantito ad un bambino nel corso del suo processo di cura e di ospedalizzazione. Questo documento riprende la Convenzione Internazionale sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (*European Association for Children in Hospital*) del 1988. In seguito, un gruppo di lavoro coordinato da Fondazione ABIO Italia e che coinvolge PROGEA, Joint Commission International e SIP, ha elaborato a partire dai dieci punti della Carta degli standard concreti e misurabili, allo scopo di definire livelli di qualità che i reparti di pediatria devono rispettare nell’erogazione dei servizi di diagnosi e di cura. Il risultato è stato il Manuale per la certificazione della Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale, lo strumento di base di un percorso di analisi e di valutazione della qualità dei servizi di cura offerti dai reparti di pediatria che porta alla certificazione di ospedale “All’altezza dei bambini”. Il documento sopra citato non tratta in modo esplicito il tema della contenzione, ma indica che il bambino ha il diritto ad avere la miglior qualità delle cure (Art.1), deve essere trattato con tatto, comprensione, nel rispetto della sua intimità in ogni momento (Art.8) e che deve poter beneficiare di tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico (Art.10).

Come riportato in un articolo del Nurse24, è innegabile come per troppo tempo le reazioni dei bambini ospedalizzati siano state considerate nient’altro che capricci, e sicuramente in alcuni casi lo sono, ma ignorarle ostinatamente non è il miglior modo per affrontare e superare adeguatamente un momento tanto difficile. Nel 2010 a Dublino, si è tenuta una conferenza da parte dei membri dell’*European Association for Children in Hospital* allo scopo di trovare una soluzione finale al problema della contenzione nei bambini, dalla quale ne è risultato che: “*la contenzione dovrebbe essere evitata in tutte le procedure cliniche, a meno che*

non vi siano alternative in una situazione di minaccia per la vita del bambino” (EACH); nel Novembre 2016 l’IPASVI ha emanato cinque raccomandazioni nell’ambito pediatrico infermieristico, una della quali riguarda proprio l’uso della contenzione fisica che deve essere utilizzata come ultima scelta durante le procedure dolorose del bambino. Per concludere vengono qui riportati i principi (Casciarri 2007; Royal College of Nursing 2010) da tener in considerazione quando si decide di utilizzare mezzi di contenzione nei confronti dei bambini durante lo svolgersi di una procedura o un trattamento:

- La contenzione deve essere utilizzata come *ultima risorsa*, quando le alternative e gli interventi farmacologici o non farmacologici, non si siano rivelati efficaci.
- La decisione di ricorrere alla contenzione deve essere discussa e presa in collaborazione con i genitori del bambino e il bambino stesso; il primo atto richiesto infatti, per l’utilizzo della contenzione, è l’acquisizione del *consenso*. Il paziente, o chi lo rappresenta, deve essere coinvolto nel processo decisionale e deve comprendere i rischi e i benefici di tale pratica. Il bambino non è sempre in grado di esprimere validamente il proprio consenso, e in queste situazioni è importante fargli percepire che la contenzione non è applicata come un atto punitivo, ma come un ausilio al trattamento.
- Qualora la contenzione sia ritenuta necessaria, deve essere utilizzata la *modalità appropriata* di contenzione e l’eventuale applicazione di dispositivi di contenzione deve rispettare scrupolosamente le indicazioni dei fornitori.
- La contenzione deve essere utilizzata solamente da *personale competente* e preparato nelle diverse modalità di contenzione, in relazione al loro corretto utilizzo ed ai pericoli o alle complicanze ad esse correlate. Deve essere inoltre mantenuta un’adeguata osservazione del bambino durante il periodo in cui egli è sottoposto a contenzione.
- L’utilizzo della contenzione deve essere *registrato in cartella clinica*, riportando il perché la pratica si sia resa necessaria, quale modalità di contenzione è stata utilizzata e chi la ha applicata.

- L'opportunità di discutere quanto accaduto, deve essere garantita ai genitori, mentre conforto e sostegno devono essere assicurati al bambino.

Capitolo 4

Documenti e Protocolli

4.1 - La Carta dei Diritti dei Bambini e degli Adolescenti in Ospedale

La Carta dei Diritti del Bambino e degli Adolescenti in Ospedale evidenzia l'importanza di passare dal curare le malattie al prendersi cura dei bambini e degli adolescenti malati: per questo sono importanti un ambiente il più possibile a misura di bambino, l'opportunità di garantire il gioco anche durante il ricovero, la necessità della presenza dei genitori, il diritto alle cure migliori e al ricovero all'interno di reparti pediatrici. Viene qui riportato il testo del documento:

- 1) I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere sempre la migliore qualità delle cure. Possibilmente a domicilio o in ambulatorio e, qualora non esistessero alternative valide, in ospedale. A tale fine deve essere garantita loro una assistenza globale attraverso la costruzione di una rete organizzativa che integri ospedale e servizi territoriali, con il coinvolgimento dei pediatri di famiglia.
- 2) I bambini e gli adolescenti hanno il diritto di avere accanto a loro in ogni momento (giorno, notte, esecuzione di esami, anestesia, risveglio, terapia intensiva) i genitori o un loro sostituto adeguato al compito e a loro gradito (nonni, fratelli, persona amica, volontari...), senza alcuna limitazione di tempo o di orario.
- 3) L'ospedale deve offrire facilitazioni (letto, bagno, spazio per effetti personali, pasti a prezzo convenzionato) ai genitori dei bambini e adolescenti ricoverati e deve aiutarli e incoraggiarli - se ciò è compatibile con le loro esigenze familiari - a restare in ospedale. Inoltre, perché possano adeguatamente prendersi cura del loro figlio, i genitori devono essere informati sulla diagnosi, sull'organizzazione del reparto e sui percorsi terapeutici in atto.
- 4) I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad essere ricoverati in reparti pediatrici - e mai in reparti per adulti - possibilmente aggregati per fasce d'età omogenee affinché si possano tenere in debita considerazione le

differenti esigenze di un bambino o di un adolescente. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori, compatibilmente con il rispetto delle esigenze degli altri bambini e adolescenti ricoverati e alle necessità assistenziali del bambino o adolescente stesso.

- 5) Ai bambini e agli adolescenti deve essere assicurata la continuità dell'assistenza pediatrica da parte dell'equipe multidisciplinare ospedaliera 24 ore su 24 sia nei reparti di degenza sia in pronto soccorso.
- 6) I bambini e gli adolescenti hanno diritto ad avere a loro disposizione figure specializzate (pediatri, infermieri pediatrici, psicologi, mediatori culturali, assistenti sociali, volontari) in grado di creare una rete assistenziale che risponda alle necessità fisiche, emotive e psichiche loro e della loro famiglia.
- 7) I bambini e gli adolescenti devono avere quotidianamente possibilità di gioco, ricreazione e studio - adatte alla loro età, sesso, cultura e condizioni di salute - in ambiente adeguatamente strutturato ed arredato e devono essere assistiti da personale specificatamente formato per accoglierli e prendersi cura di loro.
- 8) I bambini e gli adolescenti devono essere trattati con tatto e comprensione e la loro intimità deve essere rispettata in ogni momento. A bambini e adolescenti devono essere garantiti il diritto alla privacy e la protezione dall'esposizione fisica e da situazioni umilianti, in relazione all'età, alla cultura e al credo religioso loro e della loro famiglia.
- 9) I bambini e gli adolescenti - e i loro genitori - hanno diritto ad essere informati riguardo la diagnosi e adeguatamente coinvolti nelle decisioni relative alle terapie. Le informazioni ai bambini e agli adolescenti, specie quando riguardano indagini diagnostiche invasive, devono essere date quando possibile in presenza di un genitore e in modo adeguato alla loro età, capacità di comprensione e sensibilità manifestata.
- 10) Nell'attività diagnostica e terapeutica che si rende necessaria, devono essere sempre adottate tutte le pratiche finalizzate a minimizzare il dolore e lo stress psicofisico dei bambini e degli adolescenti e la sofferenza della loro famiglia.

Approvata dal CdA di Fondazione ABIO Italia il 2 agosto 2007;
Approvata dal Consiglio Direttivo SIP il 27 luglio 2007.

Il documento riprende la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza del 1989 e si ispira alla Carta di EACH (European Association of Children in Hospital) del 1988 qui riportata:

- 1) Il bambino deve essere ricoverato in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere prestata altrettanto bene a casa o in trattamento ambulatoriale.
- 2) Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto.
- 3) L'ospedale deve offrire facilitazioni a tutti i genitori che devono essere aiutati e incoraggiati a restare. I genitori non devono incorrere in spese aggiuntive o subire perdita o riduzione di salario. Per partecipare attivamente all'assistenza del loro bambino i genitori devono essere informati sull'organizzazione del reparto e incoraggiati a parteciparvi attivamente.
- 4) Il bambino e i genitori hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età e alla loro capacità di comprensione. Occorre fare quanto possibile per mitigare il loro stress fisico ed emotivo.
- 5) Il bambino e i suoi genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni bambino deve essere protetto da indagini e terapie mediche non necessarie.
- 6) Il bambino deve essere assistito insieme ad altri bambini con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti per adulti. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori.

- 7) Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, ed essere ricoverato in un ambiente strutturato arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.
- 8) Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.
- 9) Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera.
- 10) Il bambino deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.

4.2 - Protocollo Multidisciplinare

Parametri del protocollo

Gli interventi restrittivi devono essere usati quando efficaci o quando le procedure non contenitive non hanno prodotto le modifiche comportamentali sperate. Il tipo d'intervento restrittivo dovrebbe essere determinato dopo:

- Valutazione del paziente, modifiche ambientali o situazionali;
- Identificati i fattori predisponenti e se possibile eliminati;
- La consultazione con altri professionisti (medico) se necessario;
- Sia stata ottenuta la prescrizione medica all'intervento contenitivo.

Le controindicazioni all'uso della contenzione devono essere valutate caso per caso prima di attuare interventi restrittivi.

1. Gli interventi restrittivi devono essere spiegati e discussi in modo da essere compresi dal paziente, dalla sua famiglia o dai suoi congiunti.
2. Il paziente deve essere costantemente controllato e devono essere soddisfatti i suoi bisogni.

3. In situazioni d'emergenza, per proteggere il paziente o gli operatori da lesioni, le misure di contenzione possono essere attuate ma l'ordine medico deve essere ottenuto entro breve.
4. Ordini telefonici o verbali devono essere controfirmati dal medico entro 24 ore da quando l'ordine è stato dato.
5. Per prolungare la contenzione deve essere ottenuto il consenso scritto entro 24 ore dall'inizio della stessa.
6. L'uso di misure meno restrittive dovrebbe essere tentato periodicamente ed i suoi effetti documentati.
7. I membri dello staff dovrebbero essere addestrati per l'implementazione ed il monitoraggio degli interventi restrittivi raccomandati.

Protocollo Multidisciplinare

Se il comportamento del paziente lo rende pericoloso per se stesso o per gli altri, l'infermiere responsabile può decidere di implementare il protocollo per l'uso della contenzione. L'educazione dello staff o la presenza di un infermiere esperto nell'uso della contenzione è utile per ridurre l'applicazione. E' importante che l'infermiere responsabile coinvolga, nel pianificare la contenzione, i colleghi ed il medico, in modo che egli possa approvare la contenzione o modificare la terapia.

Protocollo per la contenzione fisica

PROCEDURA	PUNTI CHIAVE
<p>1. Una valutazione deve essere svolta per capire se esistono fattori che inducono lo stato d'agitazione quali fattori ambientali, temporali, dolore ecc.</p>	<p>Il risultato della valutazione deve essere riportato nella documentazione infermieristica. La diagnosi infermieristica come "alto rischio di lesione" o "potenziale rischio d'aggressività" deve essere riportata nel piano assistenziale.</p>
<p>2. Tentativi devono essere fatti per modificare o eliminare i fattori di rischio.</p>	<p>La consultazione con esperti dovrebbe essere compiuta se necessario. La documentazione infermieristica dovrebbe riportare tutte le misure adottate e risultate efficaci.</p>
<p>3. Se i comportamenti pericolosi o lesivi del paziente continuano nonostante i tentativi di eliminare i fattori scatenanti è necessario ricorrere alla contenzione fisica.</p>	<p>La documentazione infermieristica deve riportare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - che l'intervento è clinicamente giustificato; - che altri interventi meno restrittivi sono stati tentati prima; - che le condizioni del paziente sono state prese in considerazione; - che è stato ottenuto l'ordine medico per attuare la contenzione.
<p>4. Il paziente o chi lo rappresenta devono essere coinvolti nel processo decisionale quando ritenuto appropriato e non in emergenza. Educare la famiglia del paziente circa l'uso della contenzione.</p>	<p>I rischi ed i benefici, incluso il diritto di preservare la dignità e al costo di possibili rischi alla sicurezza del paziente devono essere spiegati in modo comprensibile. Il consenso all'uso della contenzione fisica deve essere ottenuto dal paziente o dal suo familiare di riferimento</p>

<p>5.E' necessaria la prescrizione medica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ordine deve essere limitato nel tempo (se il paziente durante questo periodo si tranquillizza la contenzione deve essere rimossa); - L'ordine deve essere scritto per un episodio specifico e non prescritto per un futuro indeterminato; chi attua e chi rimuove la contenzione deve conoscere questa regola; - Deve essere specificato il tempo d'inizio e di fine della contenzione; <p>il medico deve indicare il tipo, il motivo, e il tempo d'utilizzo della contenzione stessa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La massima durata della contenzione deve essere di 24 ore 	<p>La Commissione Congiunta per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (JCAHO) ha definito che il tempo massimo di un ordine medico scritto per l'uso della contenzione o per l'isolamento può andare da un tempo di quattro ore fino al massimo di 24.</p>
<p>6. Se durante il primo periodo dopo la contenzione, il paziente si presenta ancora aggressivo o pericoloso, la restrizione può essere riapplicata senza nuovo ordine medico</p>	<p>In cartella il medico deve avere chiaramente descritto che il comportamento è parte dello stesso episodio che provocò i primi provvedimenti;</p> <p>La durata totale della contenzione senza ulteriore prescrizione non deve eccedere le 24 ore.</p>
<p>7. Un nuovo ordine medico è necessario se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vi è un comportamento diverso; - Se la contenzione è necessaria per un periodo di tempo superiore al limite; - Ogni 24 ore. 	
<p>8. Mentre la contenzione fisica è in uso il paziente deve essere controllato ogni 30 minuti.</p>	<p>Il controllo non è limitato all'osservazione, ma comprende il monitoraggio delle condizioni cliniche, dell'orientamento, del corretto posizionamento dei presidi contenitivi, della motilità, sensibilità delle estremità legate.</p> <p>Le osservazioni devono essere riportate nella documentazione infermieristica.</p>

<p>9. Il paziente sarà rilasciato dalla contenzione ogni due ore, per poi essere riapplicata, sempre se ne sussistono le motivazioni iniziali.</p>	<p>La necessità di liberare il paziente è per consentirgli di bere, mangiare, andare in bagno o altre attività di vita quotidiana; Durante questo periodo le attività che compie devono essere documentate.</p>
<p>10. Se il paziente ha avuto bisogno di 24 ore di contenzione continua o ci sono stati più di quattro episodi di agitazione in una settimana è necessario rivalutare gli interventi contenitivi.</p>	<p>Possibili alternative da considerare sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiare gli interventi di contenzione; - Cambiare le dosi dei farmaci; - Usare diversi interventi comportamentali.

Interventi specifici per la riduzione dell'uso della contenzione

Assicurarsi che tutto il personale abbia avuto un corso di aggiornamento sulla contenzione, in particolare che siano state diffuse le metodiche alternative alla contenzione.

In tutti i modi possibili, trattare e/o eliminare le cause o la necessità all'uso della contenzione, assicurarsi di aver capito e pienamente valutato la storia del paziente al fine di determinare il perché la contenzione sia già stata usata.

Attuare in alternativa i seguenti interventi:

- Compagnia e sorveglianza:

Fare in modo che il paziente non stia da solo, possono stare con lui il personale, i familiari, i volontari, gli amici; Ciò è soprattutto importante durante le ore notturne.

- Cambiare e/o modificare fastidiosi trattamenti:

Alimentazione per via orale invece che per via parenterale o tramite SNG;

Rimozione di cateteri e drenaggi.

- Modifiche ambientali:

Aumentare la luce;

Mettere il paziente vicino alla guardiola;

Non mettere le sponde;

Creare un ambiente tranquillo;

Dare vicino il campanello;

Rispondere subito al campanello;

Avere presidi speciali (letti più bassi, poltrone ecc).

- Usare la reality-orienting therapy (ROT) o altri interventi psicosociali:

Coinvolgere il paziente nella conversazione;

Avere dei riferimenti disponibili (calendario, televisione, radio, orologio);

Uso del tocco terapeutico;

Utilizzare attività d'ascolto.

- Diversivi e attività mentali:

Tv, radio, musica, attività ricreative, esercizi fisici, esercizi di ADL.

Se è necessario applicare la contenzione assicurarsi di applicarla correttamente

Capitolo 5

Materiali & Metodi

5.1 - Scopo dello Studio

Il presente elaborato di tesi si è preposto di analizzare l'epidemiologia della contenzione fisica in ambito pediatrico nella Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, nonché di valutare le conoscenze del personale infermieristico operante nelle unità operative di Pediatria, Pediatria Infettivi e Neuropsichiatria Infantile, nei confronti di tale pratica.

In particolare, si è cercato di fornire una risposta ai seguenti quesiti:

- ✓ Qual è il livello di conoscenza degli infermieri sulla contenzione?
- ✓ Gli infermieri sono a conoscenza di valide alternative alla contenzione?
- ✓ L'uso della contenzione comporta spiacevoli reazioni emotive da parte del personale infermieristico?

5.2 - Disegno dello studio

Studio di tipo trasversale condotto nelle unità Operative di Pediatria, Pediatria Infettivi e Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

5.3 - Campionamento

L'indagine è stata compiuta rispettivamente nel periodo compreso tra il 15 e il 30 Marzo 2017.

Sono stati inclusi nello studio tutti gli infermieri operanti nelle Unità Operative di Pediatria, Pediatria Infettivi e Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari, coinvolti direttamente nella cura dei degenti e nell'utilizzo dei mezzi di contenzione

5.4 - Attività di raccolta dati

I dati sono stati reperiti somministrando al personale infermieristico un questionario strutturato, per determinare la conoscenza e il vissuto emotivo degli infermieri riguardo l'uso della contenzione fisica.

Questo è costituito da due parti:

- La prima parte riguarda le caratteristiche demografiche degli infermieri, come età, sesso, il percorso formativo e anni di esperienza in ambito pediatrico.
- La seconda parte è composta da quindici domande relative alle conoscenze degli infermieri circa l'uso della contenzione fisica, e un'ultima domanda relativa ai sentimenti che questa procedura suscita.

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

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

Capitolo 6

Risultati della Ricerca

6.1 - Descrizione del Campione Infermieristico

I dati raccolti sono stati elaborati attraverso l'utilizzo di Microsoft Excel per l'analisi statistica descrittiva.

Dei 44 infermieri reclutati, ne hanno partecipato allo studio 37, dei quali 12 sono in servizio presso l'unità operativa di Neuropsichiatria Infantile, e 25 presso le unità operative di Pediatria e Pediatria Infettivi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Sassari.

Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche

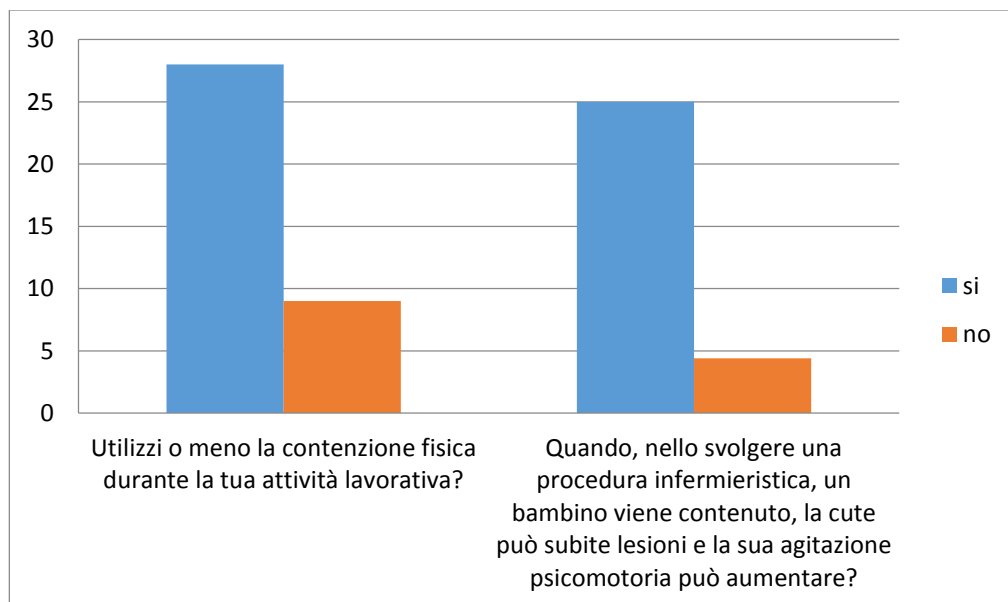
Variabili		Numero	Percentuale
Età (anni)	25-35	5	13%
	35-45	21	57%
	>50	11	30%
Sesso	Maschile	3	8%
	Femminile	34	92%
Titolo di Studio	Diploma	23	62%
	Laurea Triennale	11	30%
	Master	2	5%
	Laurea Specialistica	1	3%
	Dottorato di Ricerca	0	0%
Anni di Esperienza lavorativa in ambito Pediatrico	<5	8	22%
	5-10	11	30%
	10-20	8	22%
	>20	10	26%

Dai dati ottenuti riguardanti le caratteristiche socio-demografiche del campione di infermieri, come riportato in Tabella 1, la maggior parte di questi, ovvero il 57%, rientra nella fascia di età compresa tra i 35 e i 45 anni, e il 92% dei partecipanti allo studio è di sesso femminile. Per quanto riguarda la formazione professionale, il 62% del campione dichiara di essere in possesso del diploma, un 30% ha conseguito la laurea triennale, il 5% ha frequentato un master e il solo 3% ha conseguito una laurea specialistica.

6.2 - Analisi dei dati

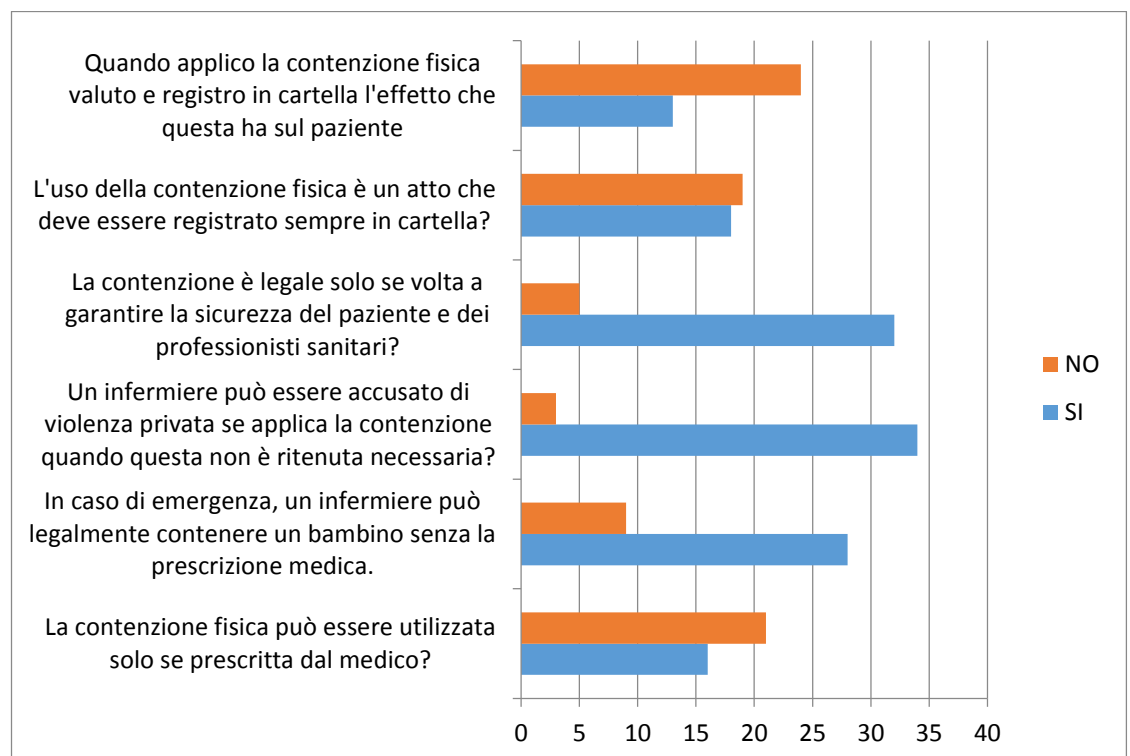
I dati relativi le 16 domande, a cui il campione ha risposto in modo affermativo o negativo, ci permettono di evidenziare (come riportato nel Grafico 1) come il 90% di loro confermi di utilizzare la contenzione fisica durante la propria attività lavorativa, e l'89% dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'uso di tale pratica, nei confronti di un bambino, può determinare la comparsa di lesioni cutanee e un aumento dell'agitazione psicomotoria dello stesso.

Grafico 1



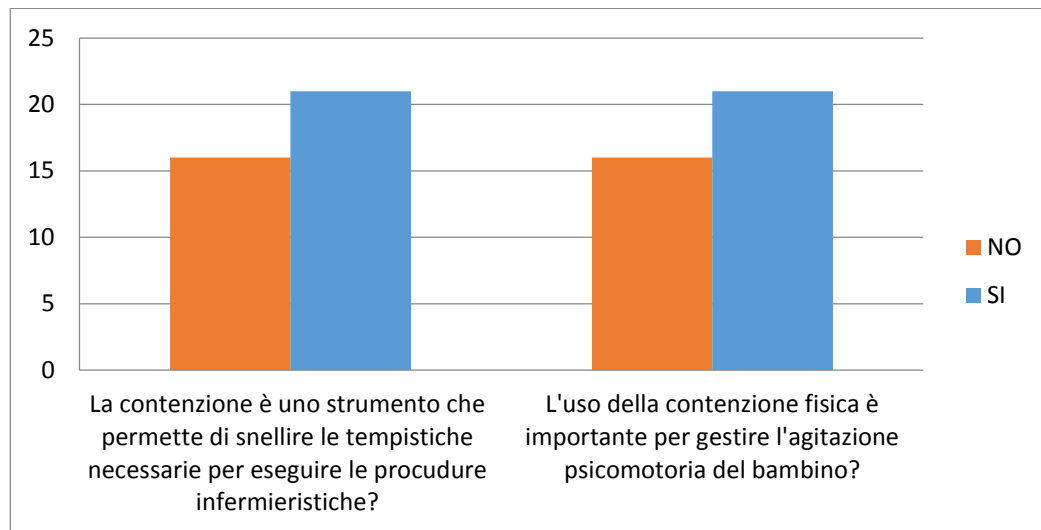
Da un punto di vista legale, (rappresentato nel Grafico 2), il 57% degli intervistati alla domanda “La contenzione fisica può essere utilizzata solo se prescritta dal medico” risponde erroneamente NO, il 76% afferma che in caso di emergenza un infermiere può legalmente contenere un bambino senza la prescrizione medica. Nonostante questo il 92% degli infermieri dichiara di essere consapevole di poter essere accusato di violenza privata se dovesse applicare la contenzione quando questa non necessaria e un ulteriore 86% afferma che la contenzione fisica è legale solo se volta a garantire la sicurezza del paziente e dei professionisti sanitari. Per quanto riguarda la conoscenza degli infermieri riguardo la registrazione dell’atto contenitivo nella cartella integrata, il 51% di essi risponde NO alla comanda “L’uso della contenzione fisica è un atto che deve essere registrato sempre in cartella?”, e il 65%, inoltre dichiara di non valutare e registrare in cartella l’effetto che la procedura contenitiva ha nei confronti del paziente.

Grafico 2



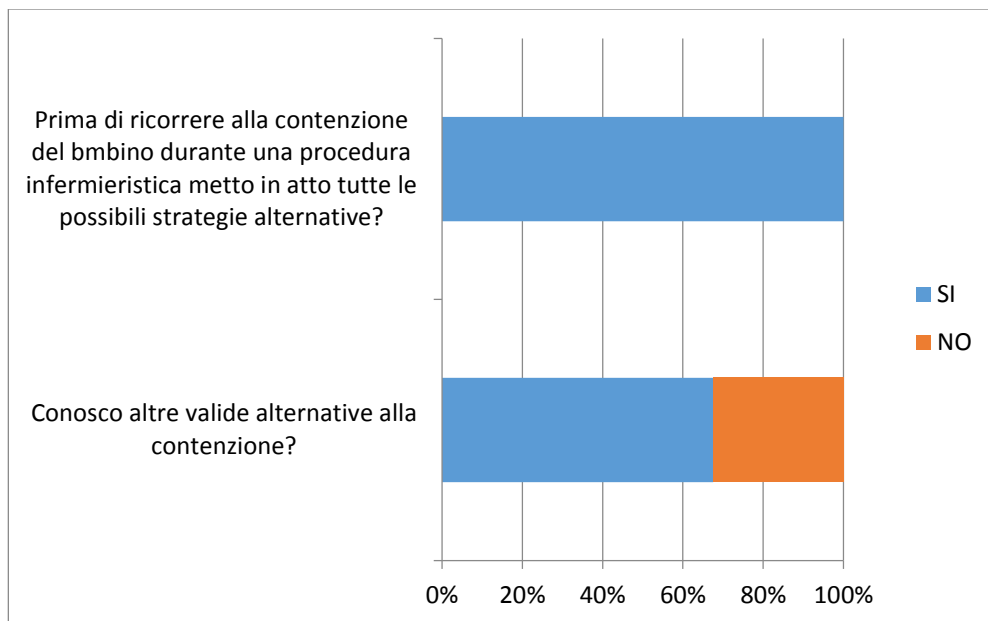
Nel Grafico 3, è rappresentato come il 57% del campione affermi che la contenzione è uno strumento che permette di snellire le tempistiche necessarie per l'esecuzione di una procedura infermieristica e una stessa percentuale considera importante l'uso della contenzione fisica nella gestione dell'agitazione psicomotoria del bambino.

Grafico 3



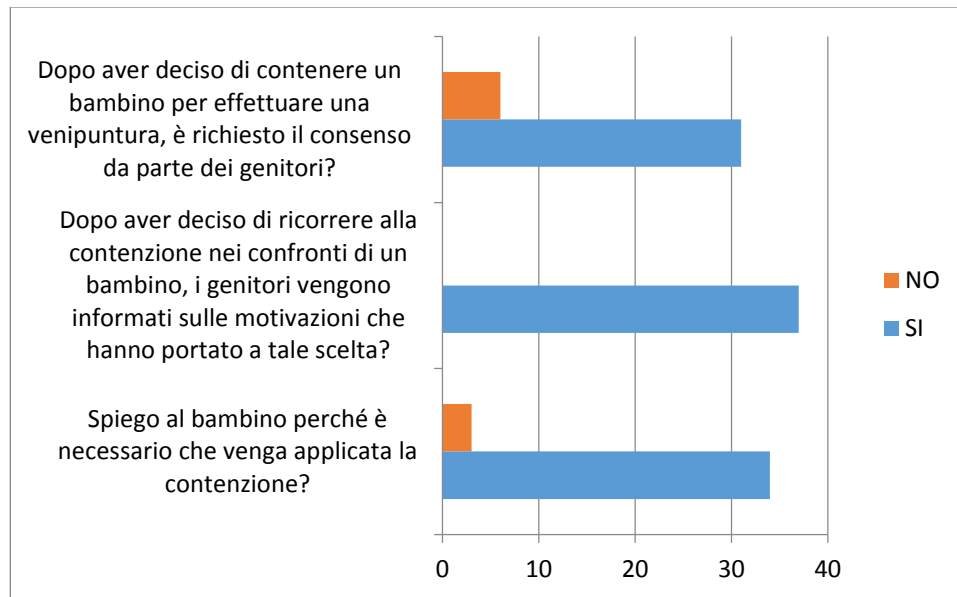
Il personale infermieristico sottoposto all'indagine non è chiaramente a conoscenza delle valide metodologie che possono essere utilizzate in alternativa alla contenzione, come dichiarato dal 32% di loro, nonostante ciò alla domanda "Prima di ricorrere alla contenzione del bambino durante una procedura infermieristica metto in atto tutte le possibili strategie alternative?", come evidenziato nello stesso Grafico 4, il totale dei partecipanti risponde in modo affermativo.

Grafico 4



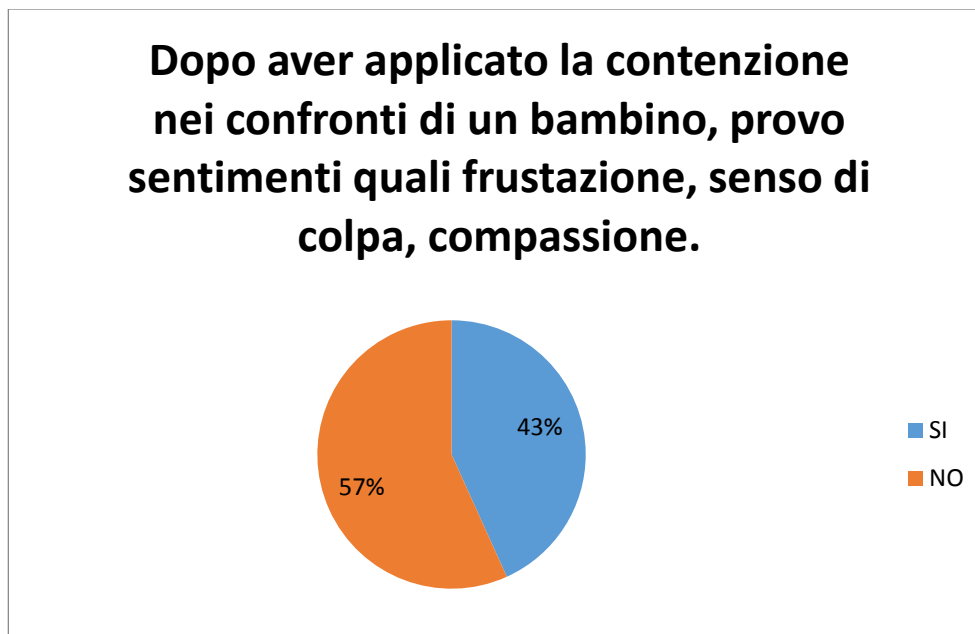
Il totale degli infermieri ha dichiarato di informare i genitori sulle motivazioni che comportano la scelta del ricorso alla pratica contenitiva, è l'84% dichiara di richiedere il consenso a questi, mentre il restante 16% dichiara di non richiedere il consenso ai genitori circa l'utilizzo dei mezzi di contenzione per effettuare una venipuntura nei confronti del bambino. Quando viene applicata la contenzione il bambino viene informato dal 92% del personale sulle motivazioni che determinano tale pratica.

Grafico 5



È stato infine chiesto al personale infermieristico se utilizzare mezzi contenitivi nei confronti di un bambino suscitasse sentimenti quali frustrazione, senso di colpa e compassione. Questo tipo di conflitti interni provati nei confronti di un bambino sottoposto a metodiche contenitive si osservano nel 43% del campione di infermieri sottoposti al sondaggio, mentre il restante 57% nega di provare tali sentimenti, questi dati sono riportati nel Grafico 6.

Grafico 6



6.3 Limiti dello Studio

I limiti dello studio sono principalmente correlati al breve intervallo di tempo in cui questo è stato condotto, e al limitato tempo che il personale infermieristico ha potuto dedicargli, per cui non si sono potuti analizzare fattori quali:

- Verificare l'uso e le modalità di applicazione (corretta o meno) delle tecniche alternative alla contenzione;
- Fascia d'età nei confronti dei quali è maggiormente utilizzata la pratica contenitiva;
- Principali motivazioni che determinano la scelta di tale pratica;
- Principali procedure che richiedono l'uso della contenzione nei confronti del bambino affinché la stessa possa essere svolta.

Conclusioni

Lo studio realizzato ha potuto mettere in evidenza come l'utilizzo della contenzione fisica durante le procedure infermieristiche, in ambito pediatrico, sia ancora oggi molto diffusa, in quanto il 90% degli infermieri intervistati dichiara di utilizzare questa pratica nello svolgere la propria attività lavorativa, nonostante questo l'89% del campione è anche a conoscenza del fatto che l'uso della contenzione possa comportare lesioni cutanee e un aumento dell'agitazione psicomotoria nel bambino. Sono state inoltre portate alla luce le competenze del personale infermieristico circa la contenzione fisica. I maggiori limiti conoscitivi riguardano la necessità della prescrizione medica, in quanto il 57% del campione non è a conoscenza del fatto che questa sia assolutamente necessaria. La conoscenza di valide alternative a tale pratica è ignorata dal 32% di questi. Importanti limiti riguardano anche le conoscenze che il personale possiede riguardo la registrazione di questa attività in cartella, il 51% degli infermieri ha infatti dichiarato che la pratica contenitiva non deve essere registrata e documentata e il 65% non valuta e registra gli effetti che tale pratica comporta nei confronti dei piccoli pazienti a essa sottoposti.

È possibile però rilevare come il bambino sia reso partecipe durante le procedure infermieristiche, il 92% del personale infatti coinvolge e spiega loro le motivazioni che determinano il ricorso alla contenzione; gli stessi genitori, come dichiarato dal personale infermieristico durante le varie interviste, sono sempre presenti e collaborano durante le procedure cliniche.

La maggior parte del personale, l'84%, dopo aver deciso di contenere un bambino, ad esempio durante una venipuntura, richiede il consenso da parte di essi.

L'infermiere è il professionista sanitario che orienta la propria attività verso la salute del paziente, pertanto è importante che questo collabori con i colleghi, il personale medico e ausiliario, i genitori e il protagonista stesso, ovvero il bambino, durante l'intero processo di cura.

Questo studio potrebbe essere una base di partenza per migliorare le conoscenze e le competenze del personale infermieristico nei confronti di un tema tanto importante e delicato quale la contenzione fisica.

La maggior parte del personale sottoposto al sondaggio (62%), inoltre dichiara di essere in possesso del solo diploma di scuola superiore, per questo potrebbe risultare costruttivo l'avvio di percorsi formativi omogenei rispetto la contenzione, auspicando ad un aggiornamento continuo specifico del personale infermieristico pediatrico riguardo il presente tema troppo spesso ignorato e censurato. Potrebbe essere utile inoltre elaborare e diffondere nei reparti dedicati alla cura dei più piccoli delle documentazioni, sostenute da evidenze scientifiche circa il loro grado di efficacia ed efficienza nel quale siano riassunti e illustrati interventi volti alla riduzione della contenzione durante le procedure infermieristiche nei confronti dei pazienti pediatrici.

Bibliografia

Tomlinson D. (2004) Physical restraint during procedures: issues and implications for practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5): 258-263.

Brenner M., Drennan J., Treacy M., Fealy G., (2014) An exploration of the practice of restricting a child's movement in hospital: a factorial survey. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 1189-1198

Lambrenos K., McArthur E. (2003) Introducing a clinical holding policy. *Paediatric Nursing*, 15(4): 30-33.

Sitografia

IPASVI, *La contenzione*, disponibile su: <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-contenzione-id7.htm>

<Http://www.ipasvi.it/print/click-salute/7.htm>

<Http://www.evidencebasednursing.it/master/revisioni/contenzione/disorientamento>

Http://www.sisip.it/rivista/IDB_1_bambinodiceno.pdf

<Http://www.governo.it/costituzione-italiana/principi-fondamentali/2839>

<Https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>

IPASVI Il Codice Deontologico dell'Infermiere disponibile su: Http://www.ipasvi.it/archivio_news/attualita/1965/Codice%20Deontologico%20infermieri%202016.pdf

<Http://www.abio.org/cosa-facciamo/diritti.html>

EACH, Resolution on restraint. Disponibile su: <http://www.each-for-sick-children.org/each-conferences/10th-conference-dublin-2010/resolution-on-child-restraint.html>.

<Http://tesi.cab.unipd.it/51071/1/niero.giulia.1046230.pdf>

<Http://tesi.cab.unipd.it/51241/1/valentini.martina.1032194.pdf>

UNICEF, *La convenzione sui diritti dell'infanzia.* Disponibile su: <http://www.unicef.it/doc/599/convenzione-diritti-infanzia-adolescenza.htm>

Http://www.movimentorari.it/testo_carta_dei_diritti_del_bambino.html

The_use_of_physical_restraints_on_children_Practices_and_attitudes_of_paediatr
ic_nurses_in_Turkey_Original_Article disponibile su:
https://www.researchgate.net/profile/Ayten_Demir_zencirci2/publication/58864
<http://www.uhs.nhs.uk/healthprofessionals/Clinical-law>
[updates/Restrainingchildren.aspx](http://www.uhs.nhs.uk/healthprofessionals/Clinical-law)

Ringraziamenti

Eccoci alla fine, finalmente giunta a questo tanto atteso traguardo. Sembra ieri quando tre anni fa, in modo improvviso e inaspettato iniziò questo mio percorso di studi. Sono stati sicuramente degli anni meravigliosi, duri, impegnativi e intensi.

Voglio ringraziare tutte le belle persone incontrate in questo percorso, iniziando dalle mie adorabili tutor, Nicoletta, Marisa, Pina e Michela per la professionalità che le contraddistingue, per aver contribuito, ognuna a proprio modo, alla mia crescita professionale e personale e per avermi insegnato ad amare questa professione. Sono grata a tutti i pazienti incontrati dei quali porto orgogliosa nel cuore i sorrisi strappati anche nei momenti più difficili. Voglio poi ringraziare le mie colleghe, e in particolare Giada, per essere state ottime compagne in questo travagliato percorso, per aver condiviso con me innumerevoli stati d'ansia e per aver reso piacevoli anche le giornate più devastanti.

Ringrazio tutte quelle persone che ci sono sempre state, a partire dagli amici, non posso non ringraziare Gianluca, un Amico come pochi, per la compagnia e il sostegno dimostrato in ogni circostanza, per avermi sopportato e per essere il perfetto complice nelle migliori disavventure.

Ringrazio te, Carlo, per avermi capita, sostenuta e incoraggiata anche durante i miei continui “non ce la posso fare”, e per aver sorriso con me nei traguardi più importanti.

Sono immensamente grata alla mia famiglia, a mia nonna per essersi ostinata a farmi trascorrere intere mattinate a dormire nonostante dovessi studiare perche “dormivi troppo bene per svegliarti, il tempo per studiare poi c'è”, a mio fratello per il sottofondo musicale che più volte ha accompagnato le mie serate di studio, e a mia madre senza la quale tutto questo non sarebbe stato possibile, ti ringrazio per i sacrifici fatti, per la fiducia, per il sostegno e per essere stata la prima ad averci creduto.

Infine non posso che ringraziare me stessa per non essermi mai data per vinta.