

LE CURE LIBERE DA CONTENZIONE

Il presente documento è frutto degli approfondimenti e delle riflessioni del gruppo di lavoro denominato “Le cure libere da contenzione” coordinato dalla Rete Cure Sicure FVG.

L’obiettivo a cui mira è quello di contestualizzare il fenomeno della “vera” contenzione, anche differenziandola da altre procedure assistenziali che, pur riducendo temporaneamente la libertà e l’autonomia delle persone, non possono essere considerate come tale.

Il gruppo di lavoro ha deciso primariamente di definire il concetto di contenzione, indagare la frequenza e le modalità con cui viene agita nelle diverse realtà regionali ed esplorare le opinioni ed il percepito dei professionisti su questo fenomeno. Le considerazioni emerse e i dati raccolti, permetteranno di pianificare le azioni correttive più idonee, al fine di assicurare comportamenti omogenei e rispettosi delle libertà individuali e della dignità umana nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia.

Il documento è costituito dai seguenti capitoli:

1. Limitare la libertà delle persone assistite: quando è contenzione?
2. Monitorare la contenzione
3. Analizzare il percepito degli operatori

Coordinamento	Barbara Lavia – Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità Luca Arnoldo – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Verifica	Risk Manager della Rete Cure Sicure FVG Gabriella Bellini – ASP La Quiete Silvio Brusaferrò – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Antonella Bulfone – Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità Morena Furlan – Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità Claudia Ganzini – Policlinico Città di Udine Luca Giacometti – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Claudia Giuliani – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Marina Mattioli – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Enrico Scarpis – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Viviana Varone – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Approvazione	Alfredo Perulli – Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità
Disponibile on-line	https://arcs.sanita.fvg.it/it/cittadini/rete-cure-sicure-fvg/documenti-tecnici/

LIMITARE LA LIBERTÀ DELLE PERSONE ASSISTITE: QUANDO È CONTENZIONE?

Indice

Scopo del documento	3
Definizioni	4
Domande guida	5
Avvertenze	7
Referenze	8

Versione	16.05.2024
Redazione	Paola Giacomuzzi – Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute Monica Longo – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale Giuliana Pitacco – Università degli Studi di Udine, Università degli Studi di Trieste, Professore a contratto Mariagrazia Valentini – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Scopo del documento

L'obiettivo del documento è definire un linguaggio comune attraverso consensus (ausili di contenzione vs ausili di sicurezza, altro). Il focus sugli ausili, rende evidente che la contenzione cui fare riferimento è quella fisica e che è prioritario distinguere le "vere" dalle false contenzioni.

A livello internazionale, la contenzione fisica è definita come "l'applicazione di dispositivi, che non possono essere facilmente rimossi dalla persona cui vengono applicati, volti a controllarne o impedirne il movimento".

I dispositivi e le strategie di contenzione maggiormente documentate in letteratura sono: spondine (escluse in alcuni studi), letto accostato alla parete o ad altre barriere, tavolini fissi ad incastro, manopole, polsiere, cavigliere, cinture toraco-addominali, corpetti contenitivi, cinture pelviche, lenzuoli, teli e pigiami contenitivi.

La DGR 1904/2016, sottolineando il carattere eccezionale della contenzione e raccomandandone il ricorso esclusivamente come ultima ratio solo dopo che ogni altra misura si sia dimostrata inefficace a controllare la persona assistita per impedire di recare danni a sé o ad altri, circoscrive il concetto di contenzione alle situazioni in cui l'utilizzo di mezzi rappresenta l'espressione di cattive pratiche assistenziali, riconducibili all'inadeguatezza quali-quantitativa delle risorse disponibili, lesive della dignità ed imposte a persone fragili.

Spesso la contenzione viene agita in contesti in cui sono presenti altre cattive pratiche "restrittive", quali ad esempio l'applicazione di pannoloni assorbenti in assenza di una appropriata indicazione o l'adozione di orari di visita ristretti. La contenzione si ripercuote negativamente non solo sulle persone che la subiscono, ma anche sugli operatori sanitari che la agiscono: aumentano significativamente gli episodi di violenza nei loro confronti nonché i vissuti di sofferenza morale ed i sensi di colpa.

I principali fattori che determinano il ricorso alla contenzione fisica documentati in letteratura, sono riconducibili:

- **alle condizioni e ai potenziali rischi per la persona assistita** (lesioni a sé stessi e agli altri, caduta, dislocazione o rimozione di dispositivi);
- **alle caratteristiche del contesto** (ad esempio carenza di personale, inadeguatezza ambientale);
- **alle competenze e agli atteggiamenti del personale** di assistenza.

Uno studio multi metodo, condotto in 37 strutture assistenziali della provincia di Pordenone, ha consentito di individuare due categorie di motivazioni che sorreggono l'utilizzo dei dispositivi: la prevenzione dei rischi per le persone e la (ri)abilitazione e/o il supporto nella mobilitazione e nella postura.

In base alle finalità, i mezzi sono stati quindi considerati rispettivamente dispositivi "restrittivi" e "supportivi". Per l'utilizzo di alcuni dispositivi, come ad esempio il pigiama contenitivo, è difficile intravedere una finalità (ri)abilitativa e per altri (ad esempio le spondine), la distinzione non è così immediata.

La limitazione della libertà di movimento attraverso mezzi restrittivi per prevenire il rischio di cadute durante un trasporto in barella piuttosto che per evitare la rimozione di un device (es. polsiera in dialisi) non può, a rigore, essere considerata contenzione. Infatti, non sono considerate contenzione le cinture di sicurezza e le spondine laterali per carrozzine e barelle durante i trasporti (Codice della Strada), né i dispositivi per conservare la corretta postura su letti operatori e di radiodiagnostica, le mezze spondine o le singole spondine che consentono la discesa dal letto senza scavalco, gli apparecchi gessati e i letti ortopedici pediatrici e neonatali. Risulta pertanto necessario considerare altre variabili per discernere le situazioni in cui il dispositivo è utilizzato per promuovere la sicurezza, in particolare per la prevenzione delle cadute e per garantire l'autonomia, intesa sia come capacità di svolgere una funzione in modo indipendente che come facilitazione alla partecipazione e alla relazione, da quelle in cui esso rappresenta un potenziale strumento di "coercizione".

Definizioni

Contenzione fisica: viene agita nelle situazioni in cui, eccezionalmente e stante il fallimento delle altre strategie messe in atto o l'impossibilità di alternative congruenti con il contesto, si applicano mezzi di contenzione che non possono essere rimossi senza l'aiuto di altri:

- ad una persona non in grado di comprenderne le finalità/utilità;
- in assenza di una sua richiesta/consenso;
- non indicati in specifiche procedure clinico-assistenziali di sicurezza.

Si tratta di situazioni caratterizzate da una forte asimmetria relazionale, nelle quali il rischio di abusi è molto elevato. Il ricorso a procedure di contenzione non può essere motivato o giustificato dalla richiesta da parte di familiari/*caregiver* poiché nessuno può sostituirsi alla volontà della persona assistita (Legge 219/2017), invece il loro coinvolgimento deve essere favorito e promosso per limitarla o evitarla.

Qualora adottata, la contenzione deve avvenire nelle modalità e nei limiti indicati dalla DGR 1904/2016.

"False" contenzioni: sono le situazioni in cui vengono applicati ausili per:

- il mantenimento o il recupero dello svolgimento delle attività della vita quotidiana
- il mantenimento del comfort con finalità supportive
- evitare il rischio di eventi avversi (in questo caso definiti restrittivi), nelle modalità e nei tempi previsti da specifiche procedure clinico-assistenziali, con il consenso della persona

in grado di comprenderne le finalità/utilità o, qualora non in grado, che non manifesti contrarietà al loro utilizzo.

Il gruppo di lavoro ritiene che una distinzione lessicale potrebbe contribuire a disambiguare le situazioni in cui intenzionalità e finalità differenti comportano l'impiego degli stessi presidi.

Si propone pertanto di utilizzare i seguenti termini:

- **dispositivo** per identificare genericamente tutti i mezzi, indipendentemente dalle finalità/intenzionalità;
- **ausilio** nelle situazioni di "falsa contenzione", distinguendo tra:
 - ausili supportivi quando l'utilizzo è motivato da finalità (ri)abilitative o facilita la mobilitazione, le ADL, la partecipazione e la relazione,
 - ausili restrittivi nei casi in cui i dispositivi siano utilizzati per prevenire eventi avversi - nel rigoroso rispetto dei tempi e delle modalità previste da specifiche procedure assistenziali - su persone che, comprendendone le finalità/necessità, ne consentano l'utilizzo oppure su coloro che, non in grado di esprimere un consenso, non manifestino segni di rifiuto.
- **mezzo di contenzione** ausilio che non rientra nei casi precedenti.

Domande guida

Di seguito vengono proposte alcune domande guida a supporto degli operatori che, dopo aver valutato ed escluso possibili alternative, devono decidere circa l'adozione di eventuali dispositivi, distinguendo tra "vere" e "false" contenzioni.

- **La persona**
 1. Può rimuovere in autonomia o aggirare facilmente il dispositivo che ne limita il movimento? Se sì, non si tratta di vera contenzione.
 2. È in grado di comprenderne il significato/utilità? Se sì, non si tratta di vera contenzione.
 3. Lo ha richiesto e/o lo accetta, se proposto? Se sì, non si tratta di vera contenzione.
- **L'utilizzo**
 4. È disciplinato in una specifica procedura clinico-assistenziale per finalità di sicurezza? Se sì, non si tratta di vera contenzione.
 5. È limitato al tempo necessario all'esecuzione della procedura? Se sì, non si tratta di vera contenzione.
 6. È reso necessario da criticità organizzative e/o del contesto? Se sì, si tratta di vera contenzione, resasi necessaria da situazioni contingenti. In questo caso:
 - 6.1 le motivazioni vanno esplicitate nella documentazione clinica;
 - 6.2 devono essere esperite e documentate le strategie messe in atto per superare le criticità organizzative e del contesto, quali ad esempio il coinvolgimento dei

familiari/caregiver (vedi processo rappresentato in Figura 1 coerente con quanto indicato nella DGR 1094/2016).

Figura 1. Gestione del "rischio contenzione" nelle persone assistite non in grado di intendere e volere e con comportamenti difficili e reattivi (Fonte: Allegato 1 Politica Direzione Sanitari ASUIUD DS_POL_10 Versione n. 01 del 31/08/2018) Il processo per riconoscere le pratiche di contenzione in rapporto alla gestione dei dispositivi è schematizzato nella successiva Figura 2.

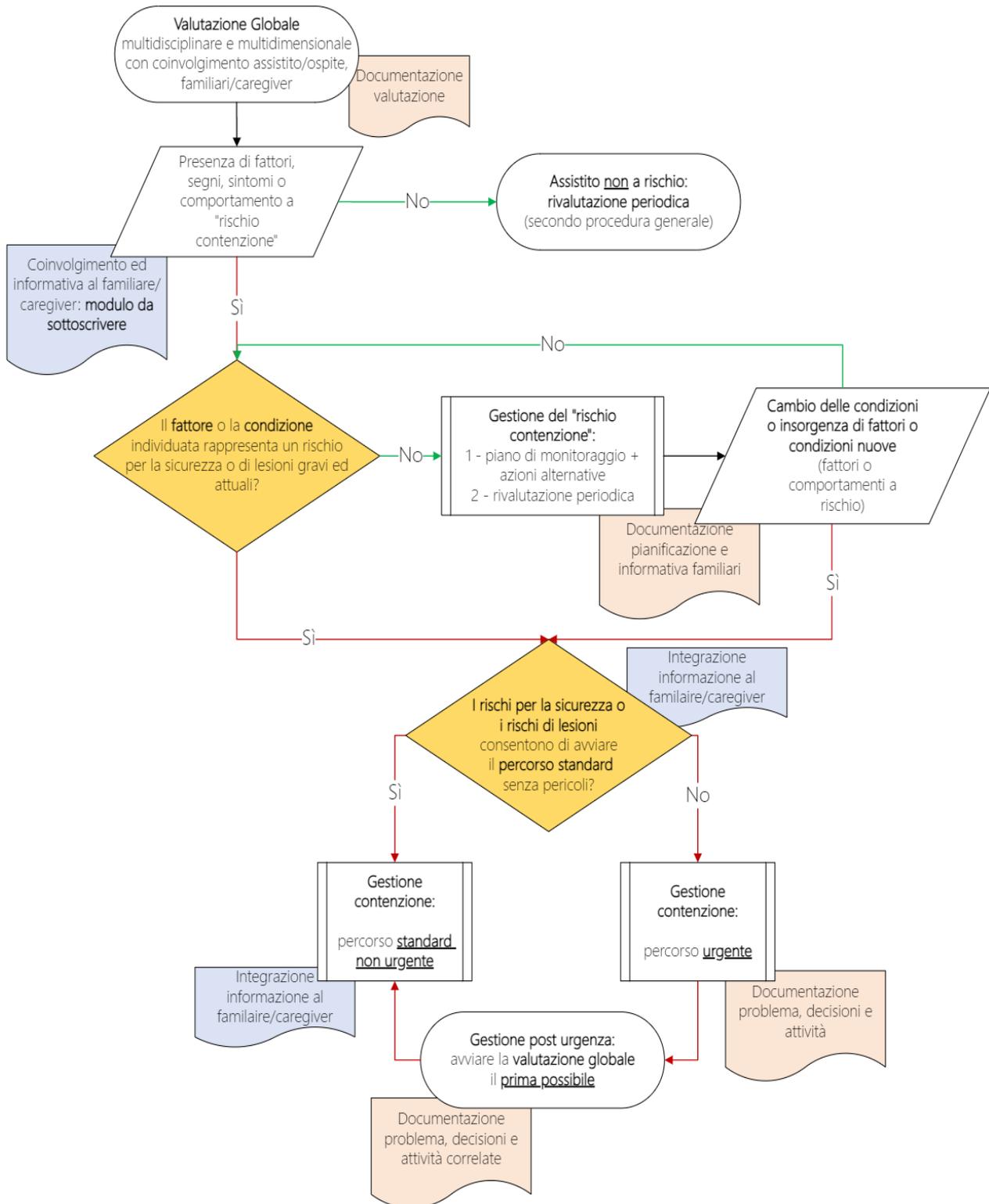
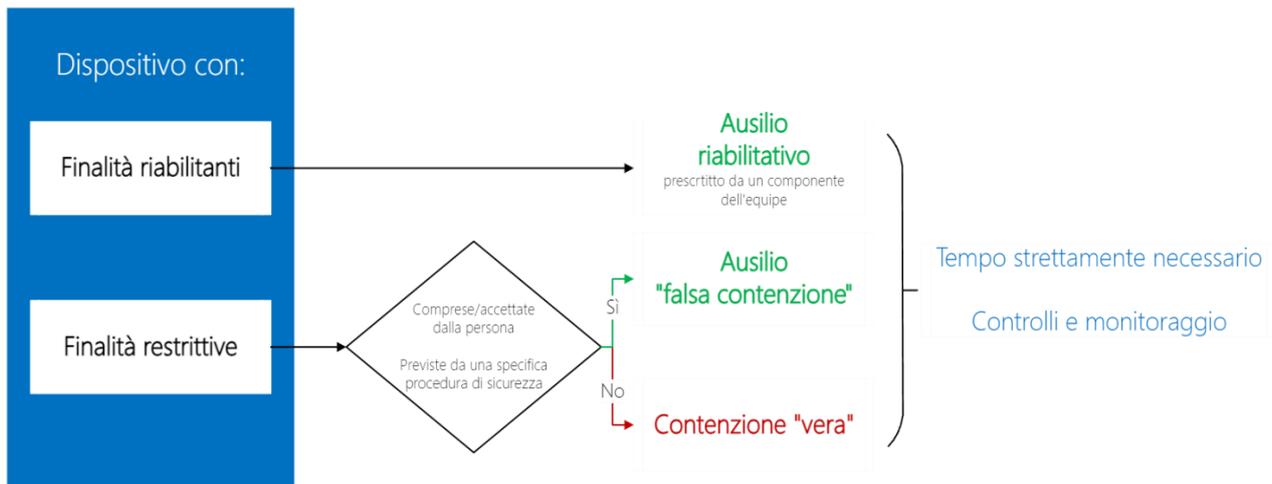


Figura 2. Distinguere le "vere" dalle "false" contenzioni



Avvertenze

A prescindere dalle finalità, l'utilizzo dei dispositivi restrittivi deve avvenire all'interno di programmi e procedure di gestione del rischio clinico che prevedano:

- la valutazione di équipe del rapporto rischi/benefici nonché della possibilità di adottare strategie alternative;
- la documentazione circostanziata del processo decisionale che ne ha orientato la scelta;
- la costante e attenta sorveglianza dell'insorgenza di complicanze, tenuto conto che questi dispositivi possono causare danni diretti e indiretti, paradossi o non voluti come la fuga/vagabondaggio, cadute accidentali o lesioni, l'interferenza con i trattamenti sanitari, violenza o suicidi.

I dispositivi restrittivi non vanno mai utilizzati su persone incoscienti, immobili e nel fine vita.

Qualora lo stato di necessità, correlato a gravi ed attuali pericoli, richieda l'adozione urgente di misure di contenzione fisica, è necessario che gli operatori presenti documentino dettagliatamente il problema riscontrato, la tipologia di mezzo utilizzato, le modalità ed i tempi del monitoraggio delle condizioni della persona assistita, al fine di rilevare tempestivamente l'insorgenza di eventuali complicanze.

La durata della contenzione dovrà essere comunque limitata al tempo strettamente necessario.

Referenze

- Regione Friuli Venezia Giulia, DGR n. 1904, dd 14.10.2016, "Adozione della raccomandazione per il superamento della contenzione nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private convenzionate con il Sistema sanitario Regionale". Disponibile presso: https://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_1904/Allegato%201%20alla%20Delibera%201904-2016.pdf.
- Palese A, Cargnelli, G, Bicego L, Cassin C, De Lucia P, Pitacco G. Progettare e condurre studi sulla contenzione fisica: appunti di metodo. *Assist. Inferm. Ric.* 2018, 37, 76–82.
- Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified delphi technique. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2016, 64, 2307–231.
- De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol* 2004, 59 (9):M922-3 923.
- Duxbury JA. (2015) The Eileen Skellern Lecture 2014: physical restraint: in defence of the indefensible? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 22 (2):92-101.
- Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Syst Rev.* 2021, 10, 129. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>.
- Palese A, Longhini J, Businarolo, A, Piccin, T, Pitacco, G, Bicego L. Between Restrictive and Supportive Devices in the Context of Physical Restraints: Findings from a Large Mixed-Method Study Design. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18,12764.
- Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs.* 2017, 23.
- Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs,* 2009, 18 (7):981-90.
- Taraschi C, Pelliccia S. Differenza tra prescrizione di ausili e contenzione. *M.D. Medicinae Doctor - Anno XXV numero 4 - maggio 2018* <http://www.passonieditore.it/md/0418/legislazione.pdf>.
- Ministero della salute. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Disponibile presso: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf.
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219, Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Disponibile presso: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/16/12/sg/pdf>.
- Fryback J. Counting, using and reducing physical restraints. Wisconsin Department of Health Services, 1998, www.dhfs.state.wi.us/rl_ds1/NHs/NH98-003.htm.
- Kvale E, Dionne-Odom JN, Redden DT, Bailey FA, Bakitas, M, Goode, PS et al. Predictors of Physical Restraint Use in Hospitalized Veterans at End of Life: An Analysis of Data from the BEACON Trial. *J Palliat Med,* 2015, 18 (6):520-6.

MONITORARE LA CONTENZIONE

Indice

Scopo del documento	10
Definizioni	10
Metodologia	10
Indicatori	15
Allegati - Scheda paziente/ospite	16
Referenze	20

Versione	16.05.2024
Redazione	Luca Arnoldo – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Paola Zuliani – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Francesco Cecchini – Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina Catia Cassin – Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Scopo del documento

Il presente documento ha la finalità di identificare uno strumento di sorveglianza comune a livello regionale per la valutazione dell'adesione alle indicazioni per il superamento della contenzione presso i presidi ospedalieri e le strutture socio-sanitarie residenziali del FVG, pubbliche e private.

In particolare, il focus è valutare i casi di ricorso alla contenzione fisica "vera", ricercando la presenza nella cartella sanitaria assistenziale delle annotazioni che hanno condotto al ricorso alla stessa in conformità alle indicazioni della DGR 1904/2016.

Definizioni

In riferimento alle definizioni riportate nel capitolo "Limitare la libertà delle persone, quando è contenzione?", il presente documento si riferisce a:

Contenzione fisica: applicazione di dispositivi che non possono essere facilmente rimossi dalla persona cui vengono applicati, volti a controllarne o impedirne il movimento.

Dispositivo: mezzo contenitivo indipendentemente dalle finalità/intenzionalità.

Ausilio: mezzo contenitivo caratterizzante le situazioni di "falsa contenzione":

- **Supportivo:** quando l'utilizzo è motivato da finalità riabilitative o facilita la mobilizzazione, le ADL, la partecipazione e la relazione,
- **Restrittivo:** nei casi in cui i dispositivi vengano utilizzati per prevenire eventi avversi su persone che comprendendone le finalità/necessità, ne consentono l'utilizzo o se non in grado di esprimere un consenso, non manifestino segni di rifiuto.

Mezzo di contenzione: ausilio che non rientra nei casi precedenti.

Metodologia

La valutazione della contenzione sarà effettuata attraverso una sorveglianza osservazionale di prevalenza con i seguenti *step*:

1. selezione delle unità operative (U.U.OO.) da sottoporre a sorveglianza,
2. identificazione dei casi di contenzione fisica "vera" e delle "false" contenzioni,
3. valutazione delle congruità delle contenzioni "vere".

Per supportare la sorveglianza è fornita una scheda reparto/nucleo e una scheda paziente/ospite (allegati).

1. Selezione dei reparti/nuclei da sottoporre a sorveglianza

Sono inclusi nell'indagine i reparti di medicina, ortopedia e terapia intensiva di tutti i presidi ospedalieri regionali (pubblici e privati convenzionati) e le RSA e le case di riposo su base volontaria. Per ogni reparto/nucleo dovrà essere compilata l'apposita scheda identificativa (allegato a pag. 16).

La sorveglianza nel reparto/nucleo dovrà essere effettuata in una singola giornata di rilevazione, possibilmente dopo le 14.00, includendo:

- i pazienti presenti in regime di ricovero ordinario nei presidi ospedalieri alle ore 8.00,
- gli ospiti delle RSA e delle case di riposo presenti nelle strutture.

Dovranno essere considerati anche i pazienti/ospiti non momentaneamente presenti per l'effettuazione di esami o altro, ma che risultano in carico al reparto/nucleo.

Sono esclusi i pazienti/ospiti in dimissione in quel giorno, i pazienti/ospiti ricoverati/accolti dopo le ore 8.00, i pazienti ambulatoriali e in ricovero diurno. Per ogni paziente/ospite dovrà essere compilata una scheda.

2. Identificazione dei casi di contenzione fisica "vera" e delle "false" contenzioni

L'identificazione della contenzione fisica "vera" e la sua differenziazione rispetto alle "false contenzioni" è un fattore fondamentale per la corretta effettuazione della sorveglianza.

La scheda paziente/ospite (allegato), contiene un algoritmo per l'identificazione delle contenzioni fisiche (sono escluse quelle farmacologiche e ambientali), che si basa sulla seguente definizione:

"la contenzione fisica è l'applicazione di dispositivi che non possono essere facilmente rimossi dalla persona cui vengono applicati, volti a controllarne o impedirne il movimento".

3. Valutazione delle congruità delle contenzioni "vere"

Per le contenzioni fisiche che rientrano nella definizione di contenzione "vera", sarà valutata la presenza o assenza nella documentazione clinica dei determinanti specificati nella DGR 1904/2016.

Le schede di rilevazione

Le schede di rilevazione sono due:

- Scheda reparto/nucleo
- Scheda assistito

Scheda reparto/nucleo

La scheda deve essere compilata per ogni reparto/nucleo oggetto della rilevazione.

Include le seguenti informazioni:

- **Azienda:** nome identificativo dell'azienda
- **Struttura:** nome della struttura visitata (presidio ospedaliero, RSA, ecc.)
- **Unità Operativa (U.O.):** reparto/nucleo visitato
- **Data rilevazione:** data corrispondente al giorno della visita
- **Ora inizio rilevazione:** ora corrispondente all'inizio della rilevazione
- **Ora fine rilevazione:** ora corrispondente al termine della rilevazione
- **Numero di rilevatori:** numero di rilevatori coinvolti
- **Numero di professionisti sanitari presenti in turno:** numero totale di professionisti sanitari presenti, specificando successivamente i seguenti sottogruppi:
 - Medici
 - Infermieri
 - Operatori socio-sanitari
- **Numero di persone assistite incluse, di cui:** numero totale di assistiti inclusi nella rilevazione, specificando successivamente i seguenti sottogruppi:
 - persone assistite "senza dispositivo"
 - persone assistite con "dispositivo riabilitativo"
 - persone assistite con "false contenzioni"
 - persone assistite con "vere contenzioni"
- **Orario di visita giornaliero lunedì-sabato:** orario di visita giornaliero (dalle ore alle ore)
- **Per un totale giornaliero di ore:** totale di ore giornaliere di visita
- **Orario di visita giornaliero domenica e festivi:** orario di visita giornaliero della domenica e dei giorni festivi (dalle ore alle ore)
- **Come da lunedì-sabato:** se gli orari sono gli stessi dei giorni lunedì-sabato spuntare la casella e non compilare il campo "dalle ore alle ore" dell'item "domenica e festivi"

Scheda assistito

La scheda va compilata in riferimento a ogni paziente/ospite:

- presente in regime di ricovero ordinario nei presidi ospedalieri alle ore 8.00
- presente nelle RSA e nelle case di riposo alle ore 8.00

Sono inclusi i pazienti/ospiti non momentaneamente presenti per l'effettuazione di esami o altro, ma in carico al reparto/nucleo.

Sono esclusi i pazienti/ospiti in dimissione in quel giorno, i pazienti ricoverati/accolti dopo le ore 8.00, i pazienti ambulatoriali e in ricovero diurno.

La scheda di rilevazione è formata da tre parti, di seguito sono riportate le specifiche indicazioni.

Parte A - Dati generali assistito

Questa parte della scheda contiene le seguenti informazioni:

- **Azienda:** nome identificativo dell'azienda
- **Struttura:** nome della struttura visitata (presidio ospedaliero, RSA, ecc.)
- **U.O.:** reparto/nucleo visitato
- **Data rilevazione:** data corrispondente al giorno della visita
- **Codice paziente:** codice progressivo paziente/ospite
- **Sesso:** maschio o femmina
- **Età in anni compiuti:** età del paziente/ospite al momento della rilevazione

Algoritmo decisionale

L'algoritmo permette di identificare l'eventuale presenza di ausilio e la sua funzione, sono possibili 4 scelte:

- "No dispositivo"
- "Riabilitativo"
- "Falsa contenzione"
- "Vera contenzione"

Si richiede di compilare l'algoritmo spuntando il quadratino a lato delle definizioni sopra elencate, è possibile una sola opzione.

Come esplicitato nell'algoritmo stesso, nei casi "No dispositivo" la rilevazione si conclude mentre in "Riabilitativo" e "Falsa contenzione" dovrà essere compilata solo la *Parte B* della scheda. Nel caso di "Vera contenzione" andrà completata anche la *Parte C*.

Parte B - Dispositivi

In questa sezione vanno indicati i dispositivi presenti (sono possibili più opzioni). I campi devono essere compilati nei tre casi identificati dall'algoritmo: "Riabilitativo", "Falsa contenzione" e "Vera contenzione".

Parte C - Documentazione

Questa sezione, che deve essere compilata nel caso l'algoritmo conduca a "Vera contenzione", include quattro sezioni.

1. **Riportare il codice del/dei dispositivi considerati come vera contenzione:** indicare il codice corrispondente al/ai dispositivo/i utilizzato come mezzo di contenzione, con riferimento all'elenco riportato nella sezione "Dispositivi" della "Scheda paziente/ospite" (parte B).
2. **Valutazione delle situazioni di rischio:** riscontrare che nella documentazione clinica siano presenti annotazioni riguardanti l'attuazione della/delle strategia/e per la riduzione del rischio:
 - **Ambiente e contesto:** se presenti annotazioni, si chiede di specificare quale/i azione/i sono state indicate nella documentazione:
 - *letto abbassato:* utilizzo di letti bassi o abbassati se regolabili in altezza;
 - *posizione nel reparto:* accoglimento dell'ospite vicino alle aree di lavoro del personale di assistenza;
 - *adeguata illuminazione:* aumento dell'illuminazione o illuminazione soffusa e non diretta;
 - *l'accessibilità del campanello:* accessibilità al campanello e ad altri eventuali oggetti di necessità;
 - *richiesta presenza familiari/caregiver:* ricerca del supporto al paziente/ospite (familiari, *caregiver*, volontari, in particolar modo durante le ore notturne).
 - **Paziente/ospite:** se presenti annotazioni, si chiede di specificare la presenza della/e seguenti valutazione/i:
 - *valutazione multidisciplinare e multidimensionale* (ad esempio cartella integrata, 4at, Valgraf, ecc.);
 - *rimozione dei device/infusioni:* valutazione della rimozione di device o di infusori h24 o notturni;
 - *cause dello stato di agitazione:* analisi della motivazione delle potenziali cause fisiologiche di agitazione del paziente/ospite (ad esempio ritenzione acuta d'urina, febbre, dolore).
3. **Annotazioni sulla contenzione:** richiede di verificare che nella documentazione clinica siano esplicitati i seguenti punti:

- *identificazione degli operatori coinvolti nella scelta e nella gestione*: individuazione degli operatori coinvolti nella decisione e nella gestione della contenzione;
 - *motivazione dell'utilizzo della contenzione*: evidenza della/e motivazione/i che hanno portato all'utilizzo della contenzione;
 - *tipologia di contenzione utilizzata*: registrazione del/i mezzo/mezzi di contenzione utilizzati;
 - *durata*: presenza di indicazioni sulla durata e sulle modalità di rivalutazione della necessità di mantenimento della contenzione.
 - *indicazione dell'avvenuta informazione al paziente/ospite e ai familiari/caregiver*: presenza dell'annotazione della tempestiva ed esaustiva informazione fornita al paziente/ospite e ai familiari/caregiver del paziente/ospite;
 - *Queste informazioni sono sottoscritte (firmate) da due operatori presenti in servizio*: presenza delle firme di almeno due operatori sanitari con finalità di validazione delle informazioni di questo capitolo (Annotazioni sulla contenzione).
4. **Monitoraggio dello stato del paziente/ospite**: presenza nella documentazione clinica di indicazioni e/o annotazioni (firmate e datate) atte a valutare il monitoraggio della persona assistita.
5. **Informativa ai familiari/caregiver**: presenza nella documentazione sanitaria di uno specifico documento rilasciato dai professionisti/operatori ai familiari/caregiver del paziente/ospite che contenga le valutazioni delle situazioni di rischio ambientale e del paziente/ospite, le azioni intraprese e le strategie di contesto ritenute opportune e/o poste in essere dal personale sanitario. Il documento informativo deve essere sottoscritto dai familiari/caregiver della persona assistita per presa visione.

Indicatori

I dati raccolti con la metodologia sopraindicata, permettono di valutare principalmente i seguenti indicatori:

Numero di pazienti/ospiti con ausilio
Totale dei pazienti/ospiti ricoverati nei reparti/nuclei

Numero di pazienti/ospiti con "vera" contenzione fisica
Totale dei pazienti/ospiti ricoverati nei reparti/nuclei

Numero di pazienti/ospiti con "vera" contenzione fisica
Totale dei pazienti/ospiti ricoverati nei reparti/nuclei con ausilio

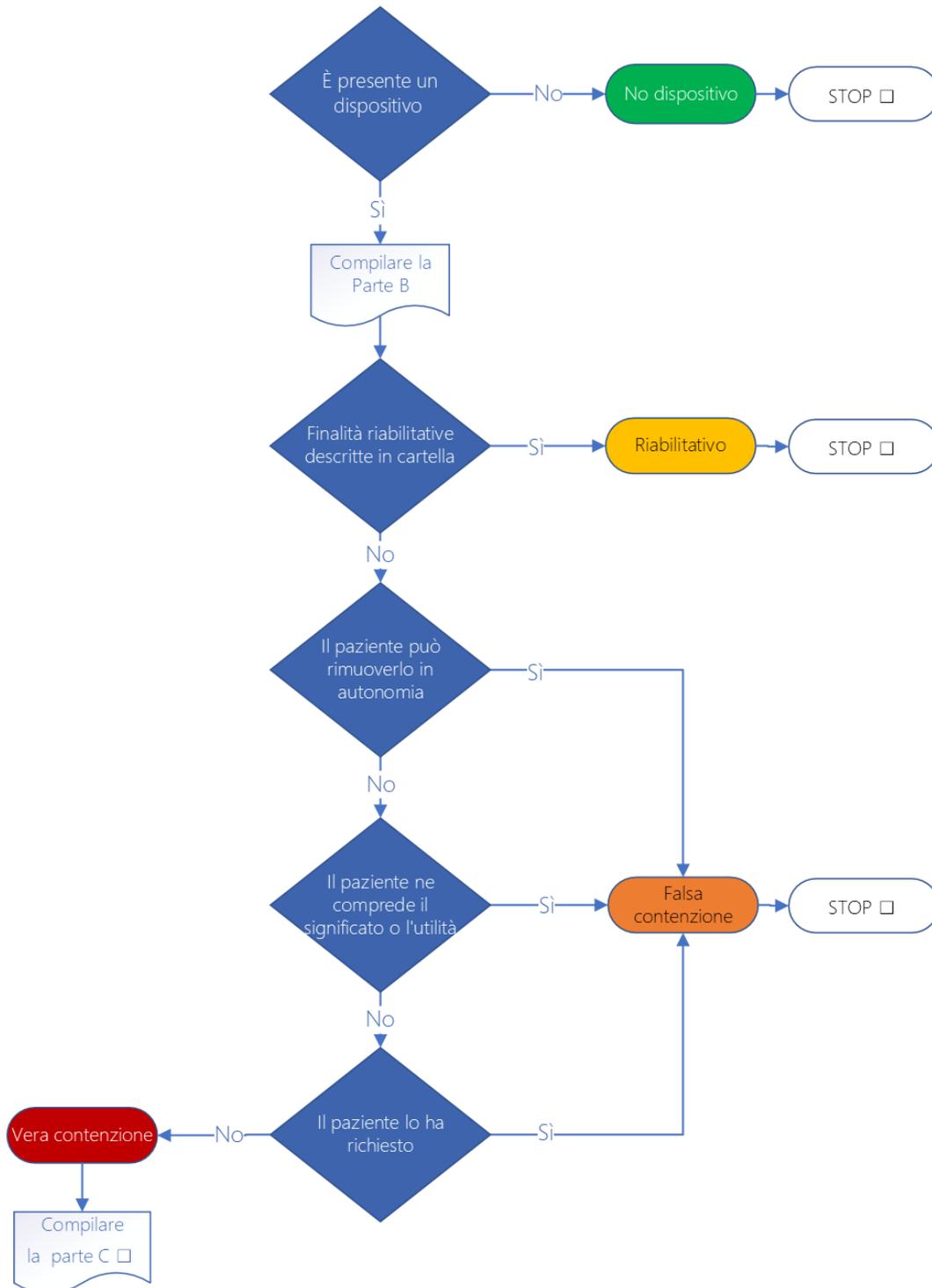
Numero di pazienti/ospiti con adeguata compilazione della documentazione secondo la DGR 1904/2016
Totale dei pazienti/ospiti con "vera" contenzione fisica

Allegati

Scheda reparto/nucleo	
Azienda:	
Struttura/PO:	
Reparto/nucleo:	
Data rilevazione:	
Ora inizio rilevazione:	
Ora fine rilevazione:	
Numero di rilevatori:	
Numero di professionisti sanitari presenti in turno:	
	Medici:
	Infermieri:
	Operatori socio sanitari:
Numero di persone assistite incluse, di cui:	
	<i>- persone assistite "senza dispositivo":</i>
	<i>- persone assistite con "dispositivo riabilitativo":</i>
	<i>- persone assistite con "false contenzioni":</i>
	<i>- persone assistite con "vere contenzioni":</i>
Orario di visita giornalieri lunedì-sabato:	
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
Per un totale giornaliero di ore:	
Orario di visita giornaliero domenica e festivi:	
	<i>Come da lunedì-sabato:</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
	<i>Dalle ore : alle ore :</i>
Per un totale giornaliero di ore:	

Parte A – Dati generali assistito

Azienda:	Struttura:
U.O./nucleo:	Data rilevazione:
Codice scheda:	Sesso:
Età in anni compiuti:	



Parte B - Dispositivi			
1	<input type="checkbox"/> Sponde su entrambi i lati: <input type="checkbox"/> lati completi <input type="checkbox"/> lati a settore <input type="checkbox"/> 1 lato completo 1 a settore		
2	<input type="checkbox"/> Sponda su un lato e altro lato letto appoggiato al muro		
3	<input type="checkbox"/> Tavolino fisso/incastrato sulla sedia		
4	<input type="checkbox"/> Sedia profonda (es. bascula)		
5	<input type="checkbox"/> Pigiama contenitivo		
6	<input type="checkbox"/> Cinture per arto superiore (es. polsiere): <input type="checkbox"/> unilaterale <input type="checkbox"/> bilaterale		
7	<input type="checkbox"/> Cinture per arto inferiore (es. cavigliere): <input type="checkbox"/> unilaterale <input type="checkbox"/> bilaterale		
8	<input type="checkbox"/> Cintura toraco/addominale (da sedia o da letto)		
9	<input type="checkbox"/> Corpetto contenitivo		
10	<input type="checkbox"/> Cintura pelvica		
11	<input type="checkbox"/> Lenzuolo/traverso stretto		
12	<input type="checkbox"/> Manopole: <input type="checkbox"/> unilaterale <input type="checkbox"/> bilaterale		
13	<input type="checkbox"/> Altro, specificare:		
Parte C - Documentazione			
1. Riportare il codice del/dei dispositivo/i considerato/i come vera contenzione (vedere parte B): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13			
2. Valutazione del rischio ambientale e della persona assistita			
Nella documentazione clinica è presente una valutazione di:			
Ambiente/contesto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Paziente/ospite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, include le seguenti strategie:</i>		<i>Se sì, include:</i>	
<i>letto abbassato</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>una valutazione multidisciplinare e multidimensionale</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>posizione nel reparto</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>e l'adozione delle seguenti strategie</i>	
<i>adeguata illuminazione</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>rimozione dei device/infusioni</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>l'accessibilità del campanello</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<i>cause dello stato di agitazione</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>richiesta presenza caregiver</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
3 Annotazioni sulla contenzione			
Nella documentazione clinica sono presenti le seguenti indicazioni sulla contenzione:			
identificazione degli operatori coinvolti nella scelta e nella gestione		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
motivazione dell'utilizzo della contenzione		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
tipologia di contenzione utilizzata		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
durata		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
indicazione dell'avvenuta informazione al paziente/ospite/familiari/caregiver		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Queste informazioni sono sottoscritte (firmate) da due operatori presenti in servizio		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4. Monitoraggio dello stato del paziente/ospite			
Nella documentazione clinica (es. diario infermieristico, diario clinico, ecc.) sono presenti indicazioni e/o annotazioni che permettono di valutare il monitoraggio della persona assistita		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
5. Informativa ai familiari/caregiver			
È presente una specifica informativa firmata dai familiari/caregiver del paziente/ospite		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

Referenze

- Regione Friuli Venezia Giulia, DGR n. 1904, dd 14.10.2016, "Adozione della raccomandazione per il superamento della contenzione nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private convenzionate con il Sistema sanitario Regionale". Disponibile presso: https://mtom.regione.fvg.it/storage//2016_1904/Allegato%201%20alla%20Delibera%201904-2016.pdf.
- Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2016, 64, 2307–231.
- Fryback J. Counting, using and reducing physical restraints. Wisconsin Department of Health Services, 1998, www.dhfs.state.wi.us/rl_ds1/NHs/NH98-003.htm.

ANALIZZARE IL PERCEPITO DEGLI OPERATORI

Indice

Scopo del documento	21
Definizioni	21
Metodologia	21
Analisi statistica	23
Esiti attesi	25
Allegato - questionario IT-PRUQ	26
Referenze	30

Versione	13.08.2024
Redazione	Enrico Scarpis – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale Pietro Mosangini – Università degli Studi di Udine Peter Cautero – Università degli Studi di Udine Marco Driutti – Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Scopo del documento

Il presente documento ha la finalità di riassumere lo scopo dello studio che ha l'obiettivo di tradurre e validare il questionario inglese *Perceptions of Restraint Use Questionnaire* (PRUQ) in lingua italiana, al fine di creare uno strumento in grado di indagare la percezione dei professionisti sanitari sulla contenzione ed i motivi che spingono gli stessi al suo utilizzo.

Il questionario verrà somministrato a tutti i professionisti sanitari operanti presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per acuti e per lungodegenti, e presso le strutture residenziali che insistono nel territorio della Regione FVG caratterizzate da una relazione diretta o indiretta con il paziente/ospite per motivi di diagnosi, trattamento, cura, assistenza o di supporto.

Definizioni

In merito alle definizioni di contenzione, ausilio, mezzo di contenzione si faccia riferimento ai documenti precedenti nei capitoli "Limitare la libertà delle persone, quando è contenzione?" e "Monitorare la contenzione".

Metodologia

Lo studio è articolato in 5 fasi descritte di seguito in dettaglio:

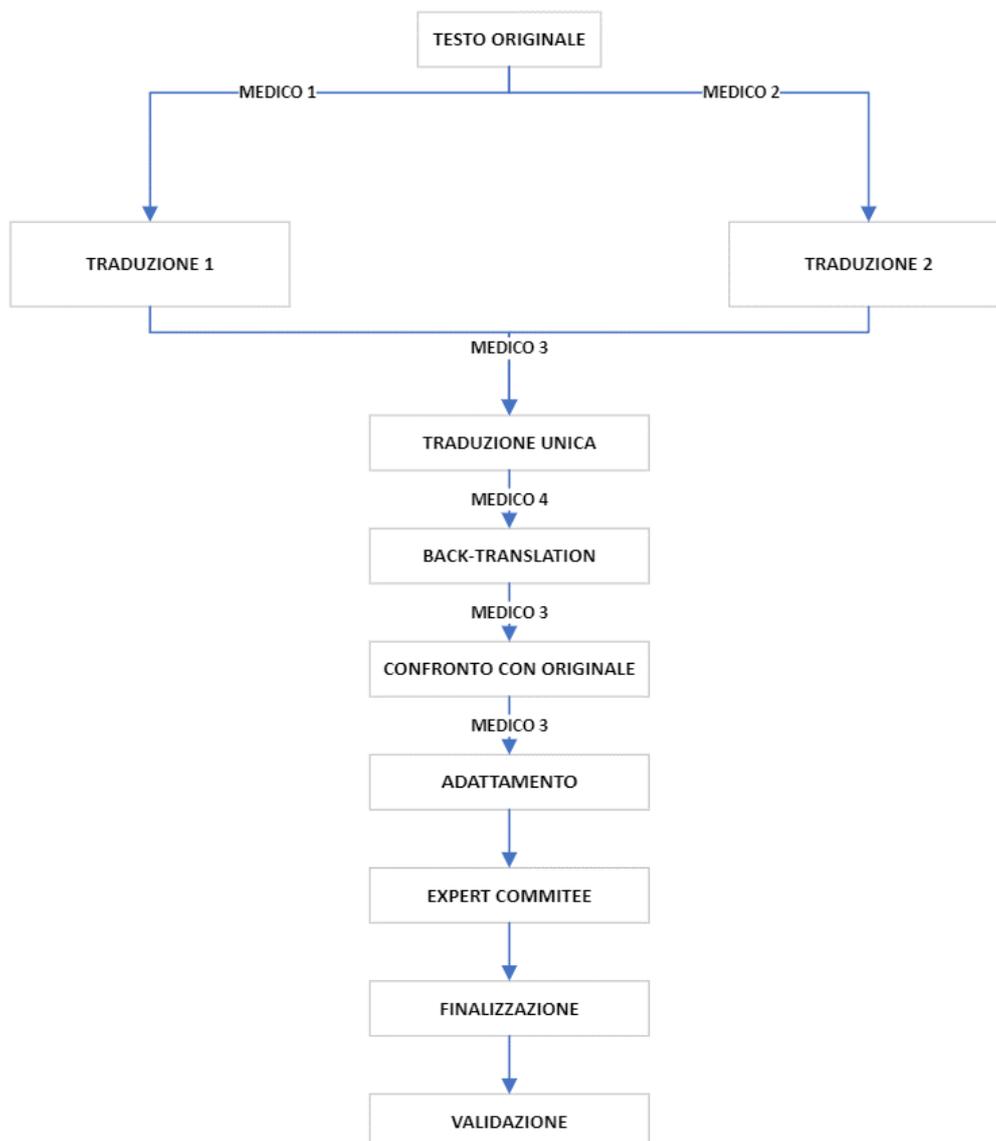
- **Fase1 (Traduzione):** Traduzione in lingua italiana e adattamento dello strumento al contesto Italiano, da parte di un *expert panel*.
- **Fase 2 (Pilota):** In questa fase, il questionario tradotto verrà somministrato a un campione esplorativo di 30 operatori sanitari scelti tra la popolazione coinvolta nello studio al fine di una prima valutazione della *construct validity*.
- **Fase 3 (Revisione):** Le domande del questionario verranno rivalutate dall'Expert panel alla luce di quanto emerso dalla Fase 2.
- **Fase 4 (Disseminazione):** In questa fase, dalla durata di 4 mesi, il questionario verrà pubblicato online sulla piattaforma EU-Survey e potrà essere compilato dalla popolazione di studio fino alla conclusione del periodo di raccolta dati. La diffusione del link per accedere al questionario avverrà tramite invito a partecipare attraverso l'e-mail istituzionale.
- **Fase 5 (Validazione):** In questa fase verranno valutate dai membri dell'Expert panel e dal personale della SOC Istituto di Igiene ed Epidemiologia Valutative di ASUFC la validità e l'attendibilità del questionario PRUQ verrà inoltre effettuata un'analisi descrittiva della

popolazione analizzata e verrà effettuata una *Confirmatory Factor Analysis* (CFA) al fine di valutare la consistenza delle tre dimensioni individuate nelle precedenti versioni tradotte del questionario PRUQ e l'applicabilità al contesto e alla lingua italiana.

1. Processo di traduzione

Per ottenere una versione italiana del questionario PRUQ è stata effettuata una traduzione del questionario originale in lingua inglese seguendo le indicazioni per la traduzione di strumenti o scale di valutazione presenti in letteratura. Il processo di traduzione è stato diviso in diverse fasi riassunte nella *flow chart* che segue.

Figura 1. *Flow chart* del processo di traduzione



2. Selezione della popolazione di studio

I destinatari dell'indagine sono tutti i professionisti sanitari operanti presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, per acuti e per lungodegenti, e presso le strutture residenziali che hanno una relazione diretta o indiretta con il paziente/ospite per motivi di diagnosi, trattamento, cura, assistenza o di supporto. La popolazione di studio verrà distinta nelle seguenti categorie professionali:

- **Profilo Medico:** Dirigente Medico, Dirigente Odontoiatra, Medici in Formazione Specialistica
- **Profilo Infermieristico:** Infermiere, Infermiere pediatrico
- **Altre professioni sanitarie:** Dirigente Professioni Sanitarie, Operatore Socio Sanitario, Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza, Puericultrice Senior, Ausiliario Specializzato, Ostetrica, Fisioterapista, Logopedista, Assistente sanitario, Dirigente Psicologo, Assistente sociale
- **Profilo tecnico-diagnostico:** Tecnico di Neurofisiopatologia, Tecnico di Laboratorio Biomedico, Tecnico di Radiologia Medica, Tecnico Angiocardiochirurgia Perfusionazione, Tecnico di Fisiopatologia Cardiovascolare, Tecnico audiometrista, Ortottista/assistente di Oftalmologia

Analisi statistica

1. Validazione

Per quanto riguarda il processo di validazione della versione in italiano del questionario PRUQ, oltre alla valutazione della *content validity* tramite l'utilizzo dell' I-CVI (*Item content validity*) e dell' S-CVI (*content validity for scale*) effettuata in fase di prima traduzione, verrà valutata anche la *construct validity* tramite la misurazione della *convergent validity* espressa sia come correlazione tra le risposte alle domande che misurano lo stesso costrutto, all' interno dello studio pilota, che tramite analisi fattoriale delle risposte fornite dall'intero gruppo di studio. Conformemente con quanto visto nel questionario originale(10) e nelle sue versioni tradotte(3–6), per la *confirmatory factor analysis* (CFA) verrà utilizzato un modello costituito da tre variabili latenti. La *construct validity* verrà ritenuta accettabile se all'applicazione della CFA, la *goodness of fit* soddisferà i seguenti criteri(11,12):

- **Chi square test:** un valore compreso tra 2.0 e 5.0 della statistica del chi quadrato applicato alla matrice di covarianza verrà considerato come indice di un buon fit del modello utilizzato.
- **Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA):** verrà considerato come indice di un buon fit un RMSEA < 0.08

- **Standardized Root Mean Square Error (San Square Error (SRMR):** verrà considerato come indice di un buon fit un RMSEA < 0.08
- **Comparative Fit Index (CFI):** verrà considerato come indice di un buon fit un CFI >0.9
- **Tucker-Lewis Index (TLI):** verrà considerato come indice di un buon fit un TLI >0.9

La scelta del modello da applicare verrà effettuata sulla base dei criteri AIC (*Akaike Information Criterion*) e BIC (*Bayesian Information Criterion*). Il modello individuato dalla CFA e le sue caratteristiche verranno descritti tramite *Rotated Component Matrix* (RCM) mediante l'utilizzo del modello Varimax.

Per quanto riguarda la misura della *reliability* del questionario PRUQ, verrà misurata la consistenza interna dello stesso sia nell'ipotesi di unidimensionalità e tau equivalenza tramite l'utilizzo della alfa di Cronbach che nell'ipotesi meno restrittiva di multidimensionalità e non tau equivalenza tramite l'utilizzo del coefficiente omega di McDonald. Verrà considerato come indice di una alta consistenza interna un valore del coefficiente alfa di Cronbach per l'intera scala >0.7. Non essendoci un valore di riferimento unicamente accettato per il coefficiente omega questo verrà utilizzato principalmente per il confronto con il coefficiente alfa in modo da dare una stima della coerenza interna anche qualora il criterio di tau equivalenza non dovesse essere rispettato.

2. Analisi supplementari

Le risposte al questionario verranno valutate sotto forma di uno score dato dalla somma dei punteggi assegnati ad ogni singolo item. Verranno calcolate misure di tendenza centrale e di dispersione sia complessive che per ciascuna dimensione. Le differenze tra gli score dei diversi sottogruppi verranno testate tramite test Kruskal Wallis.

I punteggi verranno quindi categorizzati come:

- **alta propensione all'utilizzo di contenzioni:** se il punteggio totale risulterà >68 punti;
- **moderata propensione all'utilizzo di contenzioni:** se punteggi compresi tra 52 e 67 punti;
- **bassa propensione all'uso di contenzioni:** se punteggi <51 punti.

La presenza di associazioni tra l'appartenenza a uno dei sottogruppi di popolazione e la propensione all'uso di contenzioni verrà saggiata tramite test del chi quadrato o test esatto di Fisher. Per la significatività statistica si farà riferimento ad un alfa pari a 0,05. Verranno utilizzati modelli di regressione per l'analisi multivariata, se saranno soddisfatti gli assunti di base. La selezione delle covariate avverrà tramite approccio *stepwise* bidirezionale ($p < 0,1$). La bontà del modello utilizzato e la *goodness of fit* verrà testata tramite l'utilizzo del test di Hosmer e Lemeshew e della curva ROC.

Esiti attesi

Lo studio permetterà di validare in lingua italiana e adattare al contesto italiano uno strumento ampiamente utilizzato in letteratura in lingua inglese, permettendo il *benchmarking* con altre realtà internazionali e consoliderà le conoscenze in materia di percezione e predisposizione all'impiego della contenzione da parte dei professionisti sanitari del Friuli Venezia Giulia. Verranno inoltre raccolte informazioni sui fattori che predispongono gli operatori a fare uso della contenzione.

Allegato

Questionario IT-PRUQ

QUESTIONARIO STUDIO OSSERVAZIONALE

Titolo: Validazione dello strumento IT-SVEST-R allo scopo di investigare l'esperienza del
"second victim" nell'Azienda Sanitaria Universitaria del Friuli Centrale (ASU FC)

Anagrafica

A1. Genere

- Femmina
- Maschio
- Non binario
- Preferisco non rispondere

A2. Età in anni compiuti

A3. Profilo professionale

- Dirigente Medico
- Dirigente Odontoiatra
- Medico in Formazione Specialistica
- Infermiere
- Infermiere pediatrico
- Dirigente Professioni Sanitarie
- Operatore Socio Sanitario
- Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza
- Puericultrice/Puericultrice Senior
- Ausiliario Specializzato
- Ostetrica/Ostetrico
- Fisioterapista
- Logopedista

- Assistente sanitario
- Dirigente Psicologo
- Assistente Sociale
- Tecnico di Neurofisiopatologia
- Tecnico di Laboratorio Biomedico
- Tecnico di Radiologia Medica
- Tecnico di Angiocardiocirurgia Perfusione
- Tecnico di Fisiopatologia Cardiovascolare
- Tecnico audiometrista
- Ortottista/assistente di Oftalmologia
- Altro

A3.1 Specificare la categoria professionale (Visibile solo se A3 = "Altro")

A4. Anni totali di servizio

- < 3
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

A5. Tipologia di Struttura di appartenenza

- Struttura pubblica HUB
- Struttura pubblica SPOKE
- Struttura privata accreditata
- Struttura privata per lungodegenti
- Altro

A5.1 Specificare la Struttura di appartenenza (Visibile solo se A5 = "Altro")

Domande dell'intervista

Nella cura degli anziani, a volte vengono utilizzate restrizioni fisiche. Tali contenzioni comprendono giubbotti o cinture di contenzione, lenzuola per la restrizione dei movimenti legate alle caviglie o ai polsi, guanti per le mani, poltrone/sedie geriatriche con tavolini fissi.

Quelle che seguono sono le ragioni talvolta addotte per l'uso delle contenzioni sulle persone anziane. Per ciascuna delle ragioni indicate, indica quanto ritieni importante sia l'uso della contenzione fisica?

Scala da 1 a 5, dove:

1= Assolutamente non importante

2= Non importante

3= Né importante né non importante

4= Importante

5= Assolutamente importante

Codice	Quesito	1	2	3	4	5
Q1	Proteggere una persona anziana da:					
Q1.1	Cadute dal letto?	<input type="checkbox"/>				
Q1.2	Cadute dalla sedia?	<input type="checkbox"/>				
Q1.3	Deambulazione instabile?	<input type="checkbox"/>				
Q2	Prevenire il wandering di una persona anziana?	<input type="checkbox"/>				
Q3	Prevenire che una persona anziana sottragga le cose di altri?	<input type="checkbox"/>				
Q4	Prevenire che una persona anziana entri in luoghi o entri in contatto con oggetti pericolosi?	<input type="checkbox"/>				
Q5	Evitare che una persona anziana confusa disturbi altre persone?	<input type="checkbox"/>				

Codice	Quesito	1	2	3	4	5
Q6	Prevenire che una persona anziana:					
Q6.1	Si rimuova un catetere urinario?	<input type="checkbox"/>				
Q6.2	Si rimuova un sondino per alimentazione?	<input type="checkbox"/>				
Q6.3	Si rimuova un accesso vascolare?	<input type="checkbox"/>				
Q6.4	Si rimuova i punti di sutura?	<input type="checkbox"/>				
Q6.5	Si rimuova una medicazione?	<input type="checkbox"/>				
Q7	Garantire un momento di tranquillità o riposo a una persona anziana irrequieta?	<input type="checkbox"/>				
Q8	Garantire la sicurezza quando la capacità di giudizio è compromessa?	<input type="checkbox"/>				
Q9	Facilitare la sorveglianza da parte del personale?	<input type="checkbox"/>				
Q10	Proteggere il personale o altri pazienti da abusi fisici o violenza?	<input type="checkbox"/>				
Q11	Gestire l'agitazione?	<input type="checkbox"/>				

Grazie

Referenze

- Perneger T V., Courvoisier DS, Hudelson PM, Gayet-Ageron A. Sample size for pre-tests of questionnaires. *Qual Life Res* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2024 Apr 16];24(1):147–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25008261/>
- Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* [Internet]. 2005 [cited 2024 Apr 16];8(2):94–104. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15804318/>
- Sharifi A, Arsalani N, Khoshknab MF, Shahboulaghi FM, Ebadi A. The Psychometric Properties of Persian Version of the Perceptions of Physical Restraint Use Questionnaire in the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(2).
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Calvo Francés F, Penelo E. [Spanish adaptation and validation of the Perception of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) on the use of physical restraints on the elderly]. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2024 Apr 5];39(1):13–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27125606/>
- Thunborg C, Salzman-Erikson M, Olsson A. The Swedish translation of Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ): A test-retest reliability study in two dementia nursing homes. *BMC Geriatr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Apr 5];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686135/>
- Akamine Y, Yokota T, Kuniyoshi M, Uza M, Takakura M. [原著] Reliability and Validity of the Japanese Version of Physical Restraint Use Questionnaire. 2003;
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2014 [cited 2024 Apr 5];46(5):322–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24754778/>
- Tsang S, Royse CF, Terkawi AS. Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2024 Apr 16];11(Suppl 1):S80–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28616007/>
- Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2011 Apr [cited 2024 Apr 16];17(2):268–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20874835/>
- Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: Perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37(3).
- Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. [cited 2024 Apr 24]; Available from: www.ejbrm.com
- Brown TA. Confirmatory factor analysis. *Handbook of structural equation modeling*, 361, 379. 2015 [cited 2024 Apr 24]; Available from: https://books.google.com/books/about/Confirmatory_Factor_Analysis_for_Applied.html?id=tTL2BQAAQBAJ
- Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach’s alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 2011 Jun 27 [cited 2024 Apr 24];2:53. Available from: [/pmc/articles/PMC4205511/](http://pmc/articles/PMC4205511/)

- Hayes AF, Coutts JJ. Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But... Commun Methods Meas [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2024 Apr 24];14(1):1–24. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19312458.2020.1718629>