

Stefano Romano Capatti

Affiliazione Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Laura Sanguedolce

IRCCS Multimedica San Giuseppe

Paola Ripa

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Rita Biscotti

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Elisa Rimoldi

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Ilaria Milani

Università degli Studi Statale di Milano (UNIMI)

Filippo Ingrosso

IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

Utilizzo delle contenzioni in ambito ospedaliero: indagine sulla percezione e sulla conoscenza degli infermieri

Use of restraints in the hospital setting: survey on the perception and knowledge of nurses

ABSTRACT**Introduzione**

I mezzi di contenzione vengono definiti come una restrizione che può limitare l'attività di una persona o di una parte del suo corpo. Si giustifica il frequente utilizzo con la volontà di prevenire eventuali danni fisici, proteggere gli assistiti e le persone che lo circondano, ma anche colmare le lacune organizzative e facilitare la messa in atto dei trattamenti. L'utilizzo delle contenzioni non è privo di ripercussioni sia per gli assistiti che per l'équipe assistenziale. Numerosi studi rivelano conseguenze su emozioni, sentimenti, fiducia e sulla comunicazione terapeutica.

Obiettivo

Scopo del presente progetto è indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche in ambito ospedaliero.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio cross-sectional, mettendo in atto un campionamento di convenienza. Agli Infermieri oggetto di reclutamento è stata somministrata la versione italiana del questionario di Janelli et al. Il questionario è stato diffuso attraverso i social network e servizi di messaggistica istantanea, in modalità self-report.

Risultati

289 professionisti hanno risposto al questionario. Un'elevata percentuale dichiara di essere formata sul tema, mentre il 31,1% afferma di non sentirsi adeguatamente preparato all'assistenza della persona contenuta. Il 52,9% degli infermieri dichiara di attuare interventi alternativi e, se applicato l'atto contenitivo, di registrarlo adeguatamente e di eseguire un'attenta valutazione.

Conclusioni

Emerge la necessità di aggiornamento sulla tematica da parte del personale infermieristico, anche alla luce della continua evoluzione dell'ambito medico-sanitario.

Parole chiave

"contenzione", "infermiere", "competenze", "pratica", "attitudini".



ABSTRACT**Introduction**

The Italian Society of Medical Sciences defines restraint as the restriction of a patient to limit their activity, even if it involves only a part of the body, and/or to control their behavior. The most frequent reasons for using restraints are to prevent physical harm, reduce the risk of falls, protect patients and those around them, and facilitate the implementation of treatments in situations of staff shortage. This practice may have repercussions for both patients and caregivers. Several studies reveal that it can affect emotions and feelings, and cause damage to trust and therapeutic communication.

Objectives

To investigate nurses' knowledge, attitudes and clinical practice in the use of physical restraint in hospital settings.

Methods

Cross-sectional study, with convenience sampling. Administration of the Italian version of the Janelli et al. questionnaire to Italian nurses working in hospital settings. Sharing the questionnaire through the use of social networks and instant messaging services, in self-report mode through the "Google Forms" application.

Results

289 professionals responded to the questionnaire. Although a high percentage of nurses say they are educated on the topic, 31,1% say they do not feel adequately prepared to care for the contained person. Most nurses report implementing alternative nursing interventions to always assess and record the act of restraint.

Conclusions

because the medical and health care field is constantly evolving, the results indicate the need for refresher courses for nurses.

Key words

"restraint", "nurse", "skills", "practice", "attitudes".

INTRODUZIONE

La contenzione fisica è uno strumento che viene utilizzato per garantire la sicurezza degli assistiti (Hardin et al., 1993). Viene definita come una restrizione utilizzata per limitare l'attività o controllare il comportamento di una persona o di una parte del suo corpo (Ye et al., 2019). Le restrizioni fisiche possono essere utilizzate quando le strategie di de-escalation non sono efficaci e la persona mette in pericolo sia sé stessa che le persone vicino (Guerrero and Mycyk, 2020).

A livello internazionale, la letteratura riporta come l'utilizzo delle contenzioni debba essere quanto più possibile limitato, in quanto possono violare i diritti umani e la libertà di movimento della persona, con conseguenze quali aumento del rischio di cadute, delirio, strangolamento e ri-traumatizzazione (Thomann et al., 2022).

La sicurezza e l'efficacia delle pratiche riguardanti le misure coercitive destano molta preoccupazione a livello clinico mondiale, con un utilizzo spesso non supportato da linee guida internazionali. Numerosi studi dimostrano come l'uso delle restrizioni venga messo sempre più in discussione, in quanto dannoso per la dignità e per l'autonomia della persona (Shen et al., 2021).

Il ricorso alle contenzioni non è esente da ripercussioni anche per gli infermieri. La letteratura riporta come l'utilizzo dei mezzi di contenzione possa suscitare emozioni, sia positive che negative, negli Infermieri che li mettono in atto, pur non mancando episodi di neutralità; questa può essere correlata ad una scarsa o nulla conoscenza circa l'utilizzo delle misure contenitive. (Pradhan et al., 2019; Sharifi et al., 2020; Tsai et al., 2022).

Nonostante il quadro descritto e le potenziali complicità sull'utilizzo delle contenzioni, queste vengono ancora considerate efficaci nell'evitare situazioni spiacevoli.

La contenzione danneggia la fiducia e la comunicazione terapeutica, due requisiti essenziali dell'assistenza di base tra persona e infermiere. Pertanto, la contenzione fisica deve essere utilizzata come ultima risorsa nelle emergenze, piuttosto che come forma di trattamento (Thomann et al., 2022).

La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita ("Il testo definitivo Codice Deontologico degli Ordini delle Professioni Infermieristiche 2019.pdf", n.d.).

Affinchè le contenzioni vengano utilizzate in maniera corretta la letteratura evidenzia come possano essere utili dei programmi di formazione; questi sono in grado di migliorare la conoscenza e quindi gli atteggiamenti degli infermieri al fine di un uso consapevole dello strumento contenitivo (Yeh et al., 2004). In uno studio condotto in Italia è stato dimostrato come i corsi di formazione siano in grado di ridurre gli interventi di contenzione fisica (Bru-

gnolli et al., 2020). Uno studio condotto in ambito psichiatrico su territorio italiano ha concluso che gli infermieri di area psichiatrica nell'84% dei casi aveva avuto una formazione specifica in ambito di contenzioni fisiche (Vitale et al., 2023). La letteratura indica che l'utilizzo delle contenzioni fisiche è direttamente e indirettamente collegato alle conoscenze degli infermieri riguardo ad esse (Suen et al., 2006).

In ambito italiano mancano delle informazioni riguardo alla conoscenza in ambito intraospedaliero delle contenzioni fisiche. Infatti, non sono presenti studi che indagano quanto gli infermieri delle degenze conoscano in ambito di contenzioni fisiche. Conoscere quanto gli infermieri italiani sappiano in termini di contenzione ci può permettere di capire se possono essere necessari programmi di formazione, in modo da migliorare l'uso delle contenzioni.

OBIETTIVO

Lo studio ha lo scopo di indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche in ambito ospedaliero.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio e strategia di campionamento

È stato condotto uno studio cross-sectional. Lo studio è stato condotto su territorio nazionale. La popolazione dello studio prevedeva la presenza di soli infermieri abilitati a svolgere la propria professione su territorio italiano. Nel Marzo 2023 è stata condotta una revisione della letteratura per comprendere il bisogno e il razionale di ricerca. Il questionario creato attraverso l'applicativo "Google Moduli" è stato condiviso attraverso l'utilizzo di social network e servizi di messaggistica istantanea come Facebook®, LinkedIn®, Instagram®, WhatsApp®, dal 30 giugno al 30 luglio 2023. È stato condiviso in modalità self-report, e a circa 15 giorni dalla prima pubblicazione è seguita una nuova condivisione per aumentare la dimensione del campione. Inoltre, lo studio è stato promosso anche in ambito accademico, tra le diverse sezioni del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano. Nello studio sono stati inclusi infermieri che esercitavano la propria attività presso servizi ospedalieri e territoriali. Sono invece stati esclusi gli infermieri che esercitavano la propria attività al di fuori dell'ambito clinico o al di fuori dei servizi ospedalieri e territoriali.

Strumenti e procedure per la raccolta dati

Per indagare la conoscenza, le attitudini e la pratica clinica degli infermieri nell'impiego delle contenzioni fisiche è stata somministrata la versione italiana del questionario di Janelli et al. (10, Appendice 1).

Lo strumento di indagine è suddiviso nelle seguenti sezioni:

- Una parte introduttiva volta a raccogliere le informazioni socio-anagrafiche del campione.
- Il primo dominio, costituito da 15 domande che indagano le conoscenze degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta dicotomica (vero-falso).
- Il secondo dominio, costituito da 11 domande riguardanti le attitudini degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta su scala Likert a tre punti (in accordo-in disaccordo-indeciso).
- Il terzo dominio, costituito da 14 domande relative all'utilizzo nella pratica clinica delle contenzioni fisiche; le domande prevedono una risposta su scala Likert a tre punti (sempre-a volte-mai).

Lo scopo dello studio e un rimando ai principi etici per la tutela dei partecipanti hanno accompagnato il questionario. I questionari in cui non è stato espresso il consenso alla partecipazione allo studio sono stati esclusi.

Analisi dei dati

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata condotta un'analisi statistica di tipo descrittivo che ha reso i dati maggiormente interpretabili. Le informazioni raccolte sono state tabulate e per ogni variabile sono state calcolate le frequenze assolute e le frequenze relative. Per visualizzare la distribuzione dei dati sono state utilizzate tabelle e grafici. I dati raccolti sono stati analizzati attraverso l'impiego di un software di calcolo.

Considerazioni etiche

Lo studio è stato condotto previo nulla osta da parte del Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Milano, in conformità agli standard etici internazionali sulla ricerca biomedica con esseri umani, in particolare: alle revisioni della Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione Medica Mondiale sui "Principi

etici per la ricerca biomedica che coinvolge soggetti umani”; alla Convenzione del Consiglio d’Europa per la protezione dei diritti dell’uomo e della dignità dell’essere umano nell’applicazione della biologia e della medicina (Convenzione di Oviedo del 4 aprile 1997); ai contenuti del Codice Deontologico degli Infermieri, in base al D.M. 15/07/1997; secondo le disposizioni legislative del Titolo IV del Codice della Privacy; in base al decreto legislativo n°322 del 6 Settembre 1989 e decreto legislativo n.135 dell’11 Maggio 1999; nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003 n.196 e a norma di legge del Decreto Legislativo n. 101 del 10 Agosto 2018.

RISULTATI

Il questionario è stato compilato da 289 infermieri.

Le caratteristiche sociodemografiche sono state descritte in Tabella 1. Il genere femminile costituiva il 78,2% del campione, il 62,3% di questo aveva un’età superiore a 31 anni.

Il titolo di studio conseguito dall’88,9% dei partecipanti era la Laurea in Infermieristica o titolo equipollente. Gli infermieri prestavano la propria attività nei dipartimenti medici, chirurgici, di emergenza-urgenza, di salute mentale e di lungodegenza.

Il 65,8% degli infermieri partecipanti aveva un’anzianità di servizio < 6 anni e per ogni dipartimento osservato gli infermieri che avevano ricevuto formazione in tema di contenzioni superava il 50%.

Tabella n. 1 – Caratteristiche socio-anagrafiche del campione

	Area medica (n=132)	Area emergenza- urgenza (n=60)	Area chirurgica (n=66)	Lungodegenza (n=16)	Area salute mentale (n=15)
Età					
< 30	59 (44,7%)	20 (33,3%)	18 (27,3)	7 (43,8%)	5 (33,3%)
31-40	33 (25%)	25 (41,7%)	21 (31,8%)	3 (18,8%)	6 (40%)
41-50	17 (12,9%)	6 (1%)	12 (18,2%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
> 50	23 (17,4%)	9 (15%)	15 (22,7%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
Genere					
Donna	101 (76,5%)	46 (76,7%)	55 (83,3%)	13 (81,3%)	11 (73,3%)
Uomo	31 (23,5%)	14 (23,3%)	11 (16,7)	3 (18,8%)	4 (26,7%)
Titolo di studio					
Laurea triennale*	116 (87,9%)	48 (80%)	65 (98,5%)	15 (93,8%)	13 (86,7%)
Laurea magistrale	16 (12,1%)	12 (20%)	1 (1,5%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
Anni complessivi di servizio					
< 6	56 (42,4%)	21 (35%)	20 (30,3%)	8 (50%)	4 (26,7%)
6-10	28 (21,2%)	13 (21,6%)	12 (18,2%)	2 (12,5%)	2 (13,3%)
11-15	10 (7,5%)	10 (16,7%)	10 (15,2%)	0 (0%)	4 (26,7%)
> 15	38 (28,8%)	16 (26,7%)	24 (36,4%)	6 (37,5%)	5 (33,3%)
Anni nell’attuale servizio					
< 6	91 (69%)	41 (68,3%)	38 (57,6%)	11 (68,8%)	9 (60%)
6-10	11 (8,3%)	7 (11,7%)	7 (10,6%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
11-15	12 (9%)	5 (8,3%)	7 (10,6%)	1 (6,3%)	2 (13,3%)
> 15	18 (13,7%)	7 (11,7%)	14 (21,2%)	3 (18,8%)	2 (13,3%)
Formazione in merito					
Si	75 (56,8%)	36 (60%)	36 (54,5%)	11 (68,8%)	11 (73,3%)
No	57 (43,2%)	24 (40%)	30 (45,5%)	5 (31,3%)	4 (26,7%)

Dominio 1 – Conoscenze: l'intervistato/a risponde indicando Vero o Falso

Il dominio era caratterizzato da domande che indagavano la conoscenza degli infermieri rispetto l'uso delle contenzioni. Le possibilità di risposta erano vero/falso.

Le domande n. 1, 4, 10 e 11 hanno ricevuto il maggior numero di risposte corrette, mentre le domande n. 3 e 8 hanno ricevuto il minor numero di risposte corrette.

Alla domanda n. 1 "Quando un paziente è contenuto fisicamente la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare" ha ottenuto il 99,3% (N=287) di risposte corrette.

Alla domanda n. 4 "Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari" sono state ricevute 99,3% (N= 287) di risposte giuste.

La domanda n. 10 "Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno dei pazienti sottoposti a contenzione fisica" ha totalizzato il 98,6% (N = 285) di risposte corrette.

Alla domanda n. 11 "I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli" il 100% (N = 289) ha risposto correttamente.

Dominio 1 – Conoscenze		
	vero	falso
1. Quando un paziente è contenuto fisicamente la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare		
2. I mezzi di contenzione fisica sono indumenti di sicurezza o comunque progettati per prevenire le lesioni mentre l'isolamento consiste nell'isolare un paziente all'interno di una stanza da solo		
3. In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica		
4. Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari		
5. Un mezzo di contenimento dovrebbe essere allentato almeno ogni due ore		
6. Un paziente non dovrebbe mai essere vincolato mentre giace a letto a causa del rischio di soffocamento		
7. Una contenzione fisica è legale solo se è necessaria per proteggere il paziente o altre persone da pericoli		
8. La contenzione fisica richiede prescrizione medica		
9. Non esistono buone alternative ai vincoli fisici		
10. Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno dei pazienti sottoposti a contenzione fisica		
11. I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli		
12. Sono noti casi di decesso collegati all'uso di contenzione fisica		
13. La confusione e il disorientamento sono sempre indicazioni all'utilizzo dei vincoli		
14. I pazienti ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica		
15. Quando un paziente è contenuto a letto, i vincoli non dovrebbero essere fissati alle sponde del letto		

Tabella n. 2 – Risposte alle domande n. 3 e n. 8

	Vero (%)	Falso (%)
D.3 In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica	47,8	52,2
D.8 La contenzione fisica richiede prescrizione medica	4,8	95,2

Alla domanda n. 3 "In emergenza un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica" il 52,2% ha risposto in maniera errata, mentre alla domanda 8 "La contenzione fisica richiede prescrizione medica" le risposte corrette sono state il 4,8%.

Dominio 2 – Attitudini: l'intervistato/a risponde indicando Accordo, Indeciso, In disaccordo

Il dominio era costituito da domande che indagavano le attitudini degli infermieri rispetto l'utilizzo delle contenzioni. Le possibilità di risposta erano tre: "In accordo", "Indeciso", "In disaccordo".

Le domande 3, 5, 7, 9 hanno ricevuto il maggior numero di risposte "In accordo".

Dominio 2 – Attitudini			
	Accordo	Indeciso	Disaccordo
1. Penso che sia importante far sapere al paziente contenuto che mi prendo cura di lui			
2. Mi dispiace vedere che il paziente diventi ancor più arrabbiato dopo l'applicazione dei vincoli			
3. In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica			
4. Un paziente soffre per la perdita della propria dignità quando viene vincolato			
5. Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta			
6. Penso che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutarsi di vincolare il paziente se non lo ritengono necessario			
7. Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente			
8. Credo che una giustificazione corretta all'utilizzo della contenzione fisica sia la carenza di personale ospedaliero			
9. Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari			
10. Mi sento in imbarazzo quando i familiari entrano nella stanza di un paziente vincolato senza essere stati informati			
11. Tutti i professionisti sanitari sono legalmente responsabili dell'utilizzo/gestione dei vincoli per mantenere la sicurezza del paziente			

Tabella n. 3 – Risposte alle domande n. 3 e n. 8

	Accordo (n.)	Deciso (n.)	In disaccordo (n.)
D.3 In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica	152 (52,6%)	90 (31,1)	47 (16,3%)
D.5 Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta	171 (59,2%)	60 (20,8%)	58 (20,1%)
D.7 Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente	173 (59,9%)	48 (16,6%)	68 (23,5%)
D.9 Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari	159 (55%)	63 (21,8%)	67 (23,2%)

Alla domanda n. 3 "In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica" il 52,6% del campione (N= 152) è in accordo, il 31,1% (N= 90) è indeciso, il 16,3% (N= 47) è in disaccordo.

Alla domanda n. 5 "Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta" sono state ricevute l'59,2% (N= 171) di risposte in accordo, l'20,8% (N = 60) di risposte indeciso e il 20,1% in disaccordo (N = 58).

La domanda n. 7 "Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente" ha totalizzato il 59,9%(N = 173) di risposte in accordo, il 16,6% (N = 48) indeciso, il 23,5% in disaccordo (N = 68).

Alla domanda n. 9 "Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari." il 55% (N = 159) è in accordo, il 21,8% (N = 63) è indeciso, il 23,2% è in disaccordo (N = 67).

Dominio 3 – Pratica quotidiana: l'intervistato/a risponde indicando Sempre, A volte, Mai

Il dominio 3 indaga la pratica quotidiana degli infermieri, con tre possibilità di risposta: Sempre, A volte, Mai.

Nella domanda n. 13, manca una risposta da un infermiere dell'area medica.

La domanda n. 3 ha avuto circa lo stesso numero di risposte "A volte" e "Mai", mentre le domande 4, 9 e 12 hanno avuto il maggior numero di risposte "Sempre" (Istogramma 3).

Dominio 3 – Pratica quotidiana			
	Sempre	A volte	Mai
1. Ispeziono la cute alla ricerca di abrasioni o lacerazioni quando procedo all'igiene (e in ogni occasione di assistenza diretta) ad un paziente vincolato			
2. Controllo i vincoli almeno ogni 2 ore per assicurarmi che siano nella corretta posizione			
3. Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime			
4. Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato			
5. Provo ad utilizzare interventi infermieristici alternativi prima di vincolare il paziente			
6. Comunico al paziente (e alla famiglia) quando saranno rimossi i vincoli			
7. Quando penso che un paziente non abbia bisogno di essere vincolato, lo discuto col medico			
8. Rispondo il prima possibile alla chiamata di un paziente vincolato			
9. Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione			
10. Valuto frequentemente se i vincoli debbano essere rimossi.290 risposte			
11. Quando vengono applicate contenzioni fisiche, registro sulla documentazione il tipo di vincolo utilizzato, le motivazioni, l'orario di inizio della contenzione e l'assistenza infermieristica richiesta			
12. Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico			
13.Spiego al paziente il motivo per cui si stanno applicando i vincoli			
14. Comunico ai familiari il motivo per cui il paziente viene vincolato			

Tabella n. 4 – Risposte alle domande n. 3, n. 4, n. 9 e n. 12

Nella domanda n. 3 "Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime" le risposte sono state: il 10,7% (N = 31) "Sempre", il 42,9% (N = 124) "A volte", il 46,4% (N = 134) "Mai". La domanda n. 4 "Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato" ha ottenuto il 68,5% (N = 198) "Sempre", il 26,6% (N = 77) "A volte", il 4,8% (N = 14) "Mai". Alla domanda n. 9 "Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della contenzione" hanno risposto il 52,9% (N = 153) "Sempre", il 39,1% (N = 113) "A volte", il 8% (N = 23) "Mai". La domanda n. 12 "Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico" ha ricevuto il 60,6% (N = 175) "Sempre", il 30,1% (N = 87) "A volte", il 9,3% (N = 27) "Mai".

	Sempre (n.)	A volte (n.)	Mai (n.)
D.3 Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime	31 (10,7%)	124 (42,9%)	134 (46,4%)
D.4 Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato	198 (68,5%)	77 (26,6%)	14 (4,8%)
D.9 Nel nostro centro, i membri dello staff lavorano insieme per cercare modalità di controllo del comportamento dei pazienti ricoverati diverse dall'utilizzo della Contenzione	153 (52,9%)	113 (39,1%)	23 (8%)
D.12 Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico	175 (60,6%)	87 (30,1%)	27 (9,3%)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

I risultati evidenziano diversi punti importanti su cui soffermarsi. Si mette in luce che tra i 289 infermieri sottoposti ad indagine, più della metà dichiara di essere formato in merito alla stessa. Questo dato conferma che gli infermieri vengono formati in termini di contenzione fisica come già evinto in articoli precedenti (Vitale et al., 2023), anche in contesti ospedalieri.

Di contro a quanto segnalato, si riscontra una moderata conoscenza in termini di responsabilità professionale, giacché percentuali molto alte dimostrano di avere molti dubbi per quanto riguarda la prescrizione delle contenzioni, sia in contesti ordinari che in emergenza. Il grado di conoscenza riguardo al tema è in linea con altri studi internazionali (Eskandari et al., 2017).

Le domande n. 3 e n. 8 pongono l'attenzione su questa tematica; in queste è possibile riscontare un numero di risposte corrette inferiore al 50% alla domanda 3, mentre meno del 5% di risposte corrette alla domanda 8, così come riportato nel grafico 1 dei risultati. In particolare, la domanda 3 è in accordo rispetto a uno studio pilota precedentemente svolto in cui circa la metà degli infermieri aveva risposto correttamente (Gaeta et al., n.d.).

Il dato in termini di conoscenze può apparire molto soddisfacente, ma se relazionato a quanto emerso dalle risposte alle domande del dominio 2 sorge più di un dubbio.

Come segnalato nei risultati, le risposte alle domande n. 1, n. 4, n. 10 e n. 11 del primo dominio vedono risposte corrette quasi da parte di tutti i soggetti sottoposti ad indagine.

Nonostante l'elevato numero di infermieri che dichiara d'essersi formato in merito alla contenzione, nel momento in cui l'utilizzo di queste si traduce nella pratica, vi sono percentuali di infermieri che ritengono di non sentirsi preparati nell'assistenza pratica della persona sottoposta a contenzioni fisiche. Poco più della metà, infatti, ritiene di sentirsi adeguatamente preparato, mentre addirittura il 16,3% dichiara di non sentirsi per nulla preparato (dominio 2, domanda n. 3). Questo potrebbe essere dovuto a i fattori ostacolanti come la paura di implicazioni medico-legali, la mancanza di risorse umane, materiali e culturali, le limitazioni strutturali e le politiche e le regolamentazioni sanitarie (Castaldo et al., 2015).

Emerge quindi un'incongruenza tra quanto dichiarato in termini di conoscenze e quanto poi il professionista si senta preparato nel mettere in atto le stesse conoscenze che ritiene acquisite. Determinati programmi di formazione possono migliorare la consapevolezza delle proprie conoscenze e applicarle in ambito clinico. In tal senso, test di autovalutazione o momenti di confronto in seno all'equipe, dimostrazioni pratiche e letture possono essere utili al fine di migliorare conoscenze e applicazione (Rentala et al., 2021).

Una percentuale di infermieri, seppur minima, afferma che le contenzioni se applicate, non incidono sulla dignità della persona (dominio 2, domanda n. 4). Tuttavia, tale principio va contro la tutela della salute e della dignità della

persona (Gastmans and Milisen, 2006), sui quali insiste la normativa vigente all'articolo 13 della Costituzione Italiana e all'articolo 54 del Codice Penale (Parlamento Italiano, 1930; Senato della Repubblica Italiana, 1948).

Più della metà degli infermieri afferma di sentirsi in colpa in seguito all'applicazione delle contenzioni (dominio 2, domanda n. 7), valutando con frequenza l'eventuale rimozione (dominio 3, domanda n. 10). Questo tipo di sentimento è in linea con quanto presente in letteratura (Möhler and Meyer, 2014). Di contro emerge una discreta percentuale di professionisti che non reputa un diritto della persona la capacità di opporsi alla contenzione se reputata ingiusta, mentre addirittura quasi un quarto dei soggetti sottoposti ad indagine ritiene che il diritto di opporsi alla contenzione non debba riguardare il familiare della persona assistita. Questo tipo di valutazione sui familiari associato all'imbarazzo della comunicazione dell'avvenuta contenzione evidenziata in questo studio, può andare a peggiorare le sensazioni di rabbia e impotenza che i familiari provano durante il ricovero del parente (de Boer et al., 2020).

La situazione viene gestita diversamente nel caso in cui la necessità della contenzione deve essere valutata dall'infermiere. Qualora la contenzione venisse reputata ingiusta, la quasi totalità si trova concorde nel rifiutare di metterla in atto. Infatti, i dati dimostrano che quasi il 90% degli infermieri si rifiuterebbe nel vincolare una persona se non ritenuto necessario (dominio 2 domanda n. 6).

Si evidenzia un dato importante: nel caso in cui sia l'infermiere a non ritenere giusto l'atto contenitivo, quest'ultimo non viene attuato. Mentre a circostanze invertite, per il familiare e il paziente, potersi astenere alla contenzione secondo il personale infermieristico sembrerebbe non essere un diritto.

La maggioranza degli infermieri dichiara inoltre di discutere con il medico qualora non ritenga necessario l'atto contenitivo (dominio 3, domanda n. 7).

I risultati dello studio riguardo la pratica quotidiana richiedono particolare attenzione. I vincoli, per la maggior parte degli infermieri, vengono controllati ogni 2 ore (dominio 3, domanda n. 2); queste tempistiche vengono mantenute nonostante uno dei temi che emerge sia quello dovuto alle lacune di natura organizzativa. Una percentuale di poco inferiore al 20% giustifica l'atto contenitivo data la mancanza di personale ospedaliero (dominio 2, domanda n. 8). La stessa carenza di personale incide nel ricorso alle contenzioni, con un maggior numero di assistiti contenuti rispetto ai momenti di personale a pieno regime (dominio 3, n. domanda 3), dato anche questo in linea con la letteratura (Castaldo et al., 2015).

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 esplicita che l'atto contenitivo debba essere motivato e annotato sulla documentazione clinico – assistenziale; la maggior parte degli infermieri documenta l'applicazione dei vincoli così come definito dalle norme deontologiche (dominio 3, domanda n. 11). Più della metà degli infermieri dà una spiegazione all'utilizzo del vincolo sia alla persona assistita che al familiare (dominio 3, domande n. 13 e n. 14).

Viene esplicitato dall'articolo 35 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 che non vi sia l'attuazione alla sola prescrizione medica, ma anche il solo infermiere può ricorrere all'atto contenitivo se in uno stato di necessità (FNOPI, 2019). Ad oggi i dati dimostrano che più della metà degli infermieri dichiara di prendere la decisione di contenere una persona solo dopo una prescrizione medica (dominio 3, domanda n. 12).

I risultati dello studio hanno mostrato risultati eterogenei. Si nota un netto contrasto su ciò che affermano gli infermieri riguardo alla formazione sulla contenzione rispetto a quella che è l'effettiva conoscenza dell'argomento. In relazione a ciò che è emerso dall'analisi dei dati, ad oggi il panorama italiano infermieristico offre alcuni spunti di riflessione. Sorge l'esigenza di assicurarsi che l'infermiere comprenda a pieno l'importanza della propria attività assistenziale secondo gli aggiornamenti basati sulle evidenze scientifiche, in quanto l'errata assistenza potrebbe ledere la dignità della persona assistita.

Data la continua evoluzione in ambito medico – sanitario di normative, leggi, istruzioni operative e linee guida, in aggiunta all'obbligo di formazione post – base per gli infermieri italiani, emerge l'esigenza di corsi di aggiornamento da parte del personale infermieristico, con particolare attenzione alle pratiche assistenziali dirette, quali il tema della contenzione fisica.

Questo studio presenta tuttavia dei limiti. Non è stato possibile eseguire un sample size per decidere quale potesse essere una potenza campionaria adeguata. Sicuramente il campione ampio ha potuto offrire una panoramica precisa del pensiero degli infermieri nei confronti della conoscenza e delle percezioni in tema di contenzioni fisiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: www.italianjournalofnursing.it