

Percezioni e conoscenze degli infermieri e degli studenti di infermieristica in tema di contenzione fisica: risultati di uno studio

Alessia Gaeta,¹ Paolo Ferrara,² Anne Destrebecq,³ Stefano Terzoni²

¹Infermiera, Milano

²Infermiere, tutor presso il Corso di Laurea in Infermieristica, polo didattico San Paolo – Milano

³Professore associato MED/45, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Corrispondenza: paolo.ferrara@asst-santipaolocarlo.it

RIASSUNTO

Introduzione La Health Care Financing Administration considera mezzi di contenzione fisici e meccanici tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. Le principali motivazioni all'applicazione di una contenzione sono la prevenzione delle cadute, la gestione di confusione e agitazione, la protezione dei presidi medicali. Il ricorso alla contenzione fisica non è esente da conseguenze: molti studi hanno evidenziato complicanze fisiche, e ripercussioni psicologiche, oltre a sentimenti di delusione ed imbarazzo, spesso condivisi anche dalla famiglia. Inoltre la decisione di ricorrere o meno alla contenzione fisica non è esente da conseguenze, essenzialmente di carattere emozionale, anche per il personale infermieristico e lo studente in formazione. Scopo dello studio è indagare la percezione e le conoscenze di un campione di infermieri e di studenti del Corso di Laurea infermieristica in merito al tema della contenzione fisica.

Materiali e metodi Validazione della versione italiana del questionario di Janelli LM et al., (1992). Somministrazione dello strumento ad un campione di infermieri di diverse realtà sanitarie e di studenti del corso di Laurea in Infermieristica.

Risultati Il Content Validity Index della versione italiana dello strumento è risultato pari a 0.96, la consistenza interna (alfa) maggiore a 0.80 in ogni dominio. I domini "conoscenze" e "aspetti della pratica" presentano punteggi critici in 6 item su 15; il dominio "attitudini" dimostra complessivamente una propensione alla tematica soddisfacente, in particolare negli studenti.

Conclusioni La versione italiana dello strumento si è dimostrata valida ed affidabile; i risultati ottenuti suggeriscono la necessità di maggior formazione degli studenti, un continuo aggiornamento degli infermieri e una maggior sensibilizzazione sul tema della contenzione fisica.

Parole chiave: contenzione fisica, conoscenze, percezioni, attitudini, aspetti della pratica, infermieri, studenti di infermieristica.

Nurses' and nursing students' perceptions and knowledge about physical restraint: results of a study

ABSTRACT

Introduction The Health Care Financing Administration considers as physical and mechanical means of restraint all devices applied to the body or in the space surrounding the person to limit the freedom of voluntary movements. The main reasons for the application of a restraint are the prevention of falls, the management of confusion and agitation, the protection of medical devices. The event, however, is not without consequences: many studies have highlighted physical complications and psychological repercussions, as well as feelings of disappointment and embarrassment, often shared by the family. Moreover, the decision whether or not to resort to physical restraint is not without consequences, essentially of an emotional nature, also for the nursing staff. The objective of this study is to investigate the perception and knowledge of a sample of nurses and nursing students regarding physical restraint.

Methods Validation of the Italian version of the questionnaire by Janelli LM et al. (1992); administration of the instrument to a sample of nurses from different health realities and students of the degree course in nursing.

Results Internal consistency was 0.81 for the "knowledge" domain, 0.86 for "attitudes" and 0.84 for "Aspects of practice". The Content Validity Index was 0.96.

The "knowledge" and "aspects of practice" domains scored critically in 6 items out of 15; the "attitudes" domain

showed that the participants (students in particular) had satisfactory motivation towards this topic.

Conclusions The Italian version of the tool has proved to be valid and reliable; the results obtained suggest the need for more training for students, continuous updating of nurses and greater awareness of the issue of physical restraint.

Key words: physical restraint, knowledge, perceptions, attitudes, aspects of practice, nurses, nursing students.

INTRODUZIONE

La Health Care Financing Administration considera mezzi di contenzione fisici e meccanici tutti i dispositivi applicati al corpo o nello spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari (HCFA, 1992).

Più recentemente e un gruppo di ricerca internazionale ha proposto una più aggiornata definizione di contenzione fisica intesa come "qualsiasi azione, procedura o mezzo applicato o adiacente al corpo, che la persona non può controllare o rimuovere facilmente, che impedisce la libertà di movimento atta ad assumere una posizione di scelta e/o l'accesso al proprio corpo" (Bleijlevens MH et al., 2016).

La letteratura internazionale evidenzia che l'utilizzo della contenzione per i pazienti ricoverati in ospedale varia tra il 4% e il 22% (De Vries et al., 2004; Irving, 2004; Heinze et al., 2012; Kruger et al., 2013), ma aumenta fino al 68% quando si considerano anche le spondine per il letto (Irving, 2004; Gallinagh et al., 2002; Benbenbishty et al., 2010). All'interno delle nursing homes l'intervallo oscilla fra il 3% e l'83% (De Vries et al., 2004; Feng et al., 2009; Hofman et al., 2014) e anche in questo caso, le percentuali aumentano, fino al 98%, includendo le spondine, che rappresentano il mezzo di contenzione più frequentemente utilizzato, sia nelle nursing homes sia nelle strutture per acuti (Hamers et al., 2004; Meyer et al., 2009).

In riferimento al panorama italiano i risultati sembrano sovrapponibili: si evidenzia infatti una prevalenza in ospedale con tassi che variano dal 15.8% al 38.2% (Zanetti et al., 2012; Mongardi et al., 2017), con picchi dal 20% al 50% nei reparti psichiatrici e geriatrici (Poli et al., 2001; Di Lorenzo et al., 2012), e del 68.7% all'interno delle RSA (Zanetti et al., 2012). Le principali motivazioni all'applicazione di un mezzo di contenzione sono la prevenzione delle cadute, la gestione degli stati di confusione e agitazione, la protezione dei presidi medicali.

In riferimento ai reparti psichiatrici, all'interno dei quali la pratica è, come sopra riportato, molto diffusa (Keski-Valkama et al., 2010; Raboch et al., 2010; Van de Sande et al., 2013) i principali motivi per cui si ritiene necessario ricorrere a misure contenitive sono la presunta salvaguardia della sicurezza del paziente e dello staff (Dahm et al., 2015) e il ritenere

l'approccio contenitivo inevitabile nella gestione di soggetti con comportamenti gravemente disturbanti e pericolosi (Steinert et al., 2014).

Nonostante il quadro presentato ne evidenzia l'ampio e diffuso utilizzo, ad oggi non sono presenti evidenze scientifiche che sostengano il ricorso alla contenzione fisica, in particolare nella riduzione del rischio di cadute, nella gestione dell'agitazione e nella protezione dei presidi medicali (Zanetti et al., 2009); la contenzione fisica, inoltre, non è esente da conseguenze: molti studi hanno evidenziato complicanze fisiche quali ad esempio traumi della cute, lesioni da pressione, atrofia muscolare, infezioni correlate all'assistenza, stipsi, incontinenza, lesioni degli arti, contratture, senza tralasciare le ripercussioni di carattere psicologico come depressione, rabbia, calo dello stato funzionale e cognitivo, aumento dell'agitazione (Evans et al., 2002; Castle et al., 2009) oltre a sentimenti di delusione ed imbarazzo, spesso condivisi anche dalla famiglia, ricordando l'esperienza della contenzione fisica (Bray et al., 2004).

La decisione di ricorrere alla contenzione fisica, non è esente da conseguenze anche per il personale infermieristico: ricorrere alla contenzione si associa frequentemente a conflitti etici e sentimenti ambivalenti quali insicurezza, frustrazione, senso di impotenza e il disagio per la violazione dei diritti della persona, come il diritto alla libertà e all'autonomia (Gastmans et al., 2006; Chuang et al., 2007; Lai, 2007). Nel corso degli anni sono stati osservati numerosi sforzi per ridurre il ricorso all'utilizzo delle misure di contenzione (Soininen, 2014; Keski-Valkama et al., 2007).

Inoltre, in considerazione del fatto che conoscenze e attitudini possono influenzare la pratica, diversi studi negli ultimi decenni si sono orientati in questa direzione (Azab, 2013; Fariña-Lopez et al., 2014). Nel 1992 Janelli et al. ha proposto un questionario, successivamente validato (Azab, 2013) ed utilizzato in altri setting (Khalil et al., 2017), per valutare le conoscenze, le attitudini e gli aspetti della pratica in tema di contenzione fisica e dei fattori che la influenzano.

Allo stato attuale delle conoscenze, in Italia mancano approfondimenti sul tema: lo scopo di questo lavoro è indagare la percezione e le conoscenze degli infermieri di differenti realtà sanitarie e di un campione di studenti del corso di

laurea in Infermieristica in merito alla contenzione fisica; lo studio è stato condotto attraverso la produzione della versione italiana del questionario creato da Janelli et al..

METODI E STRUMENTI

Traduzione inversa, validità e affidabilità dello strumento

La versione italiana del questionario è stata ottenuta attraverso il metodo della back translation: dello strumento, lo stesso è stato sottoposto a traduzione indipendente da parte di un infermiere in possesso di certificazione di inglese (C2) e da un docente di lingua inglese.

Le due versioni sono state successivamente confrontate e una versione condivisa è stata creata. Il passaggio successivo è consistito nel valutare la validità di contenuto della scala attraverso il calcolo del Content Validity Index di ogni item (CVI-I) e dello strumento nel suo complesso (CVI-S). Il CVI-I è determinato dal calcolo delle valutazioni da parte di un gruppo di professionisti esperti sulla tematica specifica che valutano quanto possano essere rilevanti, in una scala da 0 (non rilevante) a 10 (molto rilevante), i singoli items di uno strumento. Il CVI-S, ovvero il punteggio espressione della validità di contenuto complessiva dello strumento che viene calcolato attraverso la media della percentuale di item classificati come "rilevanti" (punteggio 6-7) o "molto rilevanti" (8-10).

La scala è stata somministrata a 9 soggetti (3 infermieri tutor didattici, 3 infermieri clinici e 3 studenti del corso di laurea in infermieristica) e agli stessi è stato chiesto riportare eventuali dubbi di comprensione nella compilazione e riguardo la chiarezza degli items. L'affidabilità dello strumento è stata valutata attraverso il calcolo del coefficiente alfa di Cronbach.

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale presso il presidio ospedaliero San Paolo dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano, l'Ospedale Pio Albergo Trivulzio di Milano e una sezione del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) dell'Università degli Studi di Milano (polo Ospedale San Paolo). Lo studio è stato condotto previo ottenimento dell'autorizzazione da parte del Servizio infermieristico e dei coordinatori infermieristici di tutte le sedi coinvolte; sono stati rispettati i principi della Dichiarazione di Helsinki e la normativa vigente sulla tutela della privacy.

Lo strumento è stato somministrato a tutti gli studenti di secondo e terzo anno del CLI, all'inizio dell'anno accademico, e agli infermieri dell'ospedale San Paolo e delle lungodegenze dell'ospedale Pio Albergo Trivulzio, dal 20 ottobre 2016 al 15 febbraio 2017. Tutti i partecipanti hanno espresso il loro esplicito consenso informato a partecipare

all'indagine.

Lo strumento

Lo strumento di indagine è un questionario autosomministrato articolato in 4 parti; la prima esplora le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, percorso formativo ed anni di esperienza lavorativa; le altre tre, suddivise in 40 domande, indagano i seguenti domini:

- **Dominio 1** (15 domande): conoscenze degli infermieri e degli studenti riguardo l'uso delle contenzioni fisiche;
- **Dominio 2** (11 domande): attitudini riguardo l'uso delle contenzioni fisiche;
- **Dominio 3** (14 domande): aspetti della pratica relativi all'utilizzo della contenzione fisica.

Le domande prevedono una risposta dicotomica per il dominio 1- conoscenze (corretto-scorretto), una likert a 3 punti per le attitudini (d'accordo-in disaccordo-indeciso) e per gli aspetti della pratica (sempre-a volte-mai). Lo strumento di Janelli et al. prevedeva originariamente una quinta parte composta da una serie di domande riferite all'utilizzo della contenzione fisica nell'ultimo mese, il rapporto infermiere/pazienti nell'unità operativa o servizio di appartenenza e le alternative spesso adottate: questa parte non è stata utilizzata in considerazione del fatto che, a differenza dello studio originale, il campione prevedeva anche studenti, peraltro non in periodo di tirocinio clinico al momento dell'indagine e dunque difficilmente in grado di rispondere.

RISULTATI

Caratteristiche demografiche del campione

Sono stati restituiti 188 questionari, 147 dagli infermieri (tasso di risposta 68.37%) e 41 dagli studenti (tasso di risposta 68.33%). Per quanto riguarda il personale infermieristico, 82 questionari sono stati compilati da infermieri delle Unità Operative dell'ospedale San Paolo (dipartimento medico, chirurgico, emergenza/urgenza e salute mentale) e 65 dagli infermieri delle Lungodegenze dell'ospedale Pio Albergo Trivulzio.

Di questi, 60 erano maschi, 87 femmine; 139 erano in possesso della laurea triennale in Infermieristica o di un titolo equipollente, 8 erano in possesso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. 96 infermieri hanno riferito di aver ricevuto una formazione in merito alla contenzione fisica dei pazienti, di questi 84 durante la formazione di base. La tabella 1 presenta le caratteristiche del campione per Dipartimento, età, sesso, titolo di studio, anni di professione e nell'attuale unità operativa (u.o) o servizio e formazione in merito alla Contenzione Fisica. Non sono emerse differenze significative ($p > 0.05$) tra i diversi contesti per tutte le variabili indagate.

Infermieri		Tabella 1. Distribuzione degli infermieri per Dipartimento, età, sesso, titolo di studio, anni di professione e nell'attuale unità operativa (u.o) o servizio e formazione in merito alla Contenzione fisica (CF)											
		Dipartimento medico (n=23)		Dipartimento Chirurgico (n=20)		Dipartimento emergenza Urgenza (n=19)		Dipartimento salute mentale (n=20)		Lungodegenz e Pio Albergo Trivulzio (n=65)		Totale	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Età	<30	8	34.8	7	35	8	42.1	6	30	26	40	55	37.4
	31-40	6	26.1	6	30	5	26.3	7	35	18	27.7	42	20.4
	41-50	7	30.4	6	30	5	26.3	6	30	15	23.1	39	26.5
	>50	2	8.7	1	5	1	5.3	1	5	6	9.2	11	7.5
Sesso	Donne	14	60.9	13	65	10	52.6	12	60	38	58.5	87	59.2
	Maschi	9	39.1	7	35	9	47.4	8	40	27	41.5	60	40.8
Laurea	Triennale*	22	96.6	19	95	16	84.2	18	90	64	98.5	139	95.6
	Magistrale	1	3.4	1	5	3	5.8	2	10	1	1.5	8	4.4
Anni complessivi di lavoro	<6	9	39.1	7	35	7	36.8	8	40	24	36.9	55	37.4
	6-10	3	13.0	5	25	4	21.0	3	15	15	23.1	30	20.4
	11-15	3	13.0	2	10	3	15.8	4	20	6	9.2	18	12.2
	>15	8	34.8	6	30	5	26.3	5	25	20	30.8	44	29.9
Anni nell'attuale servizio /uo	<6	8	34.8	9	45	10	52.6	8	40	28	43.1	63	42.9
	6-10	5	21.7	4	20	3	15.8	5	25	14	21.5	31	21.1
	11-15	3	13.0	4	20	3	15.8	2	10	7	10.8	19	12.9
	>15	7	30.4	3	15	3	15.8	5	25	16	24.6	34	23.1
Formazione in merito alla CF	SI	16	69.6	13	65	12	63.2	15	75	40	61.5	96	65.3
	NO	7	30.4	7	35	7	36.8	5	25	25	38.5	51	34.7

* o titolo equipollente

Tra i 41 studenti, 21 erano iscritti al II anno di corso e 20 al III anno; 29 erano femmine, 12 i maschi. La totalità del campione in questione ha dichiarato di aver già ricevuto una formazione specifica in tema di contenzione fisica nell'ambito dell'attuale percorso accademico.

Validità e affidabilità della versione italiana del self-administered structured questionnaire di Janelli et al.
La consistenza interna dello strumento è risultata essere pari a 0.81 per la sottoscala "Conoscenze", 0.86 per la sottoscala "Attitudini" e 0.84 per la sottoscala "Aspetti della pratica".

Il Content Validity Index dello strumento (CVI-S) calcolato sulla base del giudizio espresso dai 9 soggetti coinvolti è risultato pari a 0.96, deponendo a favore della validità di contenuto della versione italiana della scala.

Non è stata riportata la presenza di items poco chiari,

ambigui o che necessitassero di ulteriori spiegazioni o modifiche.

Analisi delle risposte

Si presentano di seguito i risultati relativi alle risposte del campione al questionario di Janelli et al: per il personale infermieristico sono riportati i dati complessivi, senza distinzioni tra lungodegenza e Dipartimenti ospedalieri, cioè in considerazione del fatto che non sono emerse differenze significative nei punteggi espressi ($p>0.05$) tra i differenti contesti.

Per gli studenti il campione è suddiviso per anno di corso (2° CLI e 3° CLI).

Dominio 1: conoscenze			
N° DOMANDA		RISPOSTE ESATTE N(%)	P-VALUE
1.Quando un paziente è contenuto fisicamente, la cute si può lacerare e l'agitazione può aumentare	Infermieri	121(82.3)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	17(80.9)	
	Studenti 3° CLI	17(85.0)	
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	Infermieri	132(89.8)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	19(90.5)	
	Studenti 3° CLI	18(90.0)	
3.In emergenza, un infermiere può contenere un paziente senza prescrizione medica	Infermieri	73(49.6)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	11(52.4)	
	Studenti 3° CLI	11(55.0)	
4.Un infermiere può essere accusato di violenza se applica vincoli di contenimento fisico quando non sono necessari	Infermieri	121(82.3)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	
	Studenti 3° CLI	17(85.0)	
5.Un mezzo di contenzione dovrebbe essere allentato almeno ogni due ore	Infermieri	102(69.4)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	14(66.7)	
	Studenti 3° CLI	13(65.0)	
6.Un paziente non dovrebbe mai essere vincolato mentre giace a letto, a causa del rischio di soffocamento	Infermieri	125(85.0)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	
	Studenti 3° CLI	17(85.0)	
7.Una contenzione fisica è legale solo se è necessaria per proteggere il paziente o altre persone da pericoli	Infermieri	125(85.0)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	
	Studenti 3° CLI	18(90.0)	
8.La contenzione fisica richiede prescrizione medica	Infermieri	123(83.7)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	
	Studenti 3° CLI	17(85.0)	
9.Non esistono buone alternative ai vincoli fisici	Infermieri	85(57.8)	p<0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	
	Studenti 3° CLI	18(90.0)	
10.Bisognerebbe tenere traccia durante e ad ogni cambio turno dei pazienti sottoposti a contenzione fisica	Infermieri	132(89.8)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	20(90.5)	
	Studenti 3° CLI	18(90.0)	
11.I vincoli di contenimento dovrebbero essere applicati in modo da essere confortevoli	Infermieri	135(91.8)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	20(90.5)	
	Studenti 3° CLI	18(90.0)	
12.Sono noti casi di decesso collegati all'uso di contenzione fisica	Infermieri	91(61.9)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	13(61.9)	
	Studenti 3° CLI	13(65.0)	
13.La confusione e il disorientamento sono sempre indicazioni all'utilizzo dei vincoli	Infermieri	73(49.7)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	11(52.4)	
	Studenti 3° CLI	10(50.0)	
14.I pazienti ricoverati volontariamente possono rifiutare la contenzione fisica	Infermieri	81(55.10)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	11(52.4)	
	Studenti 3° CLI	11(55.0)	
15. Quando un paziente è contenuto a letto, i vincoli non dovrebbero essere fissati alle sponde del letto	Infermieri	135(91.8)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	19(90.5)	
	Studenti 3° CLI	19(95.0)	

Dominio 2: attitudini					
N° DOMANDA		N(%) DI ACCORDO	N(%) DISACCORDO	N(%) INDECISO	P-VALUE
1. Penso che sia importante far sapere al paziente contenuto che mi prendo cura di lui	Infermieri	131(89.1)	16(10.9)	-	p>0.05
	Studenti CLI 2°	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti CLI 3°	19(95.0)	1(5)	-	
2. Mi dispiace vedere che il paziente diventi ancor più arrabbiato dopo l'applicazione dei vincoli	Infermieri	130(88.4)	17	-	p>0.05
	Studenti CLI 2°	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti CLI 3°	17(85.0)	3(15)	-	
3. In generale, mi sento preparato sull'assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica	Infermieri	92(62.6)	35(23.8)	20(13.6)	p<0.05
	Studenti CLI 2°	10(47.6)	8(38.1)	3(14.3)	
	Studenti CLI 3°	9(45.0)	9(45)	2(10)	
4. Un paziente soffre per la perdita della propria dignità quando viene vincolato	Infermieri	132(89.8)	15(10.2)	-	p>0.05
	Studenti CLI 2°	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti CLI 3°	18(90.0)	1(5)	1(5)	
5. Penso che se fossi un paziente dovrei avere il diritto di rifiutare la contenzione fisica se non la ritenessi giusta	Infermieri	136(92.5)	7(4.8)	4(2.7)	p>0.05
	Studenti CLI 2°	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti CLI 3°	18(90.0)	2(10)	-	
6. Penso che gli infermieri abbiano il diritto di rifiutarsi di vincolare il paziente se non lo ritengono necessario	Infermieri	132(89.8)	15(10.2)	-	p>0.05
	Studenti CLI 2°	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti CLI 3°	18(90.0)	1(5)	1(5)	
7. Mi capita di sentirmi in colpa quando vincolo un paziente	Infermieri	120(81.6)	20(13.6)	7(4.8)	p<0.05
	Studenti CLI 2°	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti CLI 3°	19(95.0)	1(5)	-	
8. Credo che una giustificazione corretta all'utilizzo della contenzione fisica sia la carenza di personale ospedaliero	Infermieri	25(17.0)	92(62.6)	30(20.4)	p>0.05
	Studenti CLI 2°	4(19.0)	13(61.9)	4(19.0)	
	Studenti CLI 3°	4(20.0)	16(80.0)	-	
9. Penso che i membri della famiglia abbiano il diritto di opporsi all'utilizzo di vincoli di contenzione, se ritenuti non necessari	Infermieri	122(83.0)	25(17.0)	-	p>0.05
	Studenti CLI 2°	18(85.7)	2(9.5)	1(4.8)	
	Studenti CLI 3°	17(85.0)	3(15.0)	-	
10. Mi sento in imbarazzo quando i familiari entrano nella stanza di un paziente vincolato senza essere stati informati	Infermieri	117(79.6)	22(15.0)	8(5.4)	p<0.05
	Studenti CLI 2°	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti CLI 3°	19(95.0)	1(5)	-	
11. Tutti i professionisti sanitari sono legalmente responsabili dell'utilizzo/gestione dei vincoli per mantenere la sicurezza del paziente	Infermieri	114(77.6)	30(20.4)	3(2.0)	p>0.05
	Studenti CLI 2°	16(76.2)	5(23.8)	-	
	Studenti CLI 3°	15(75.0)	4(20)	1(5)	

Dominio 3: pratica quotidiana					
N. DOMANDA		SEMPRE	A VOLTE	MAI	P-VALUE
		N(%)	N(%)	N(%)	
1. Ispezione la cute alla ricerca di abrasioni o lacerazioni quando procedo all'igiene (e in ogni occasione di assistenza diretta) ad un paziente vincolato	Infermieri	130(88.4)	11(7.5)	6(4.1)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95)	1(5)	-	
2. Controllo i vincoli almeno ogni due ore per assicurarmi che siano nella corretta posizione	Infermieri	105(71.4)	42(28.6)	-	p>0.05
	Studenti 2° CLI	16(76.2)	5(23.8)	-	
	Studenti 3° CLI	16(76.2)	5(23.8)	-	
3. Vi sono più pazienti contenuti quando c'è carenza di personale di quando il personale è a pieno regime	Infermieri	120(81.6)	27(18.4)	-	p>0.05
	Studenti 2° CLI	17(81.0)	4(19.0)	-	
	Studenti 3° CLI	16(80.0)	4(20.0)	-	
4. Valuto frequentemente e registro gli effetti della contenzione fisica, quando applicata ad un paziente ricoverato	Infermieri	98(66.7)	48(32.6)	1(0.7)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	14(66.7)	6(28.6)	1(4.8)	
	Studenti 3° CLI	13(65.0)	7(35)	-	
5. Provo ad utilizzare interventi infermieristici alternativi prima di vincolare il paziente	Infermieri	113(76.9)	30(20.4)	4(2.7)	p<0.05
	Studenti 2° CLI	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95.0)	1(5)	-	
6. Comunico al paziente (e alla famiglia) quando saranno rimossi i vincoli	Infermieri	120(81.6)	26(17.7)	1(0.7)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	17(81.0)	4(19.0)	-	
	Studenti 3° CLI	16(80.0)	4(20.0)	-	
7. Quando penso che un paziente non abbia bisogno di essere vincolato, lo discuto col medico (o con il mio assistente di tirocinio)	Infermieri	129(87.7)	16(10.9)	2(1.4)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95.0)	1(5)	-	
8. Rispondo il prima possibile alla chiamata di un paziente vincolato	Infermieri	139(94.6)	8(5.4)	-	p>0.05
	Studenti 2° CLI	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95)	1(5)	-	
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	Infermieri	89(60.5)	48(32.7)	10(6.8)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	14(66.7)	7(33.3)	-	
	Studenti 3° CLI	11(55.0)	8(40.0)	1(5)	
10. Valuto frequentemente se i vincoli debbano essere rimossi	Infermieri	116(78.9)	29(19.7)	2(1.4)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	16(76.2)	5(23.8)	-	
	Studenti 3° CLI	16(80.0)	4(20.0)	-	
11. Quando vengono applicate contenzioni fisiche, registro sulla documentazione il tipo di vincolo utilizzato, le motivazioni, l'orario d'inizio della contenzione e l'assistenza infermieristica richiesta	Infermieri	91(61.9)	53(36.1)	3(2.0)	p<0.05
	Studenti 2° CLI	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95)	1(5)	-	
12. Quando vincolo un paziente, prendo questa decisione solo con un ordine/la prescrizione del medico	Infermieri	130(88.4)	17(11.6)	-	p>0.05
	Studenti 2° CLI	20(95.2)	1(4.8)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95)	1(5)	-	
13. Spiego al paziente il motivo per cui si stanno applicando i vincoli	Infermieri	126(85.7)	18(12.3)	3(2.0)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	18(85.7)	2(9.5)	1(4.8)	
	Studenti 3° CLI	16(80.0)	4(20.0)	-	
14. Comunico ai familiari i motivi per cui il paziente viene vincolato	Infermieri	129(87.7)	16(10.9)	2(1.4)	p>0.05
	Studenti 2° CLI	19(90.5)	2(9.5)	-	
	Studenti 3° CLI	19(95.0)	1(5)	-	

DISCUSSIONE

La decisione di attuare la contenzione fisica si prefigura come una scelta difficile poiché rappresenta il risultato della presa in considerazione di una serie di variabili di natura clinica, etica e giuridica.

A 40 anni dalla riforma Basaglia, la dimensione del “fenomeno contenzione” è più attuale che mai e in ragione della sua rilevanza e delle responsabilità che ne derivano, sostiene la necessità di acquisire e consolidare conoscenze già durante la formazione accademica, ciò al fine di mettere il professionista nelle condizioni migliori per assistere la persona, in ogni contesto di cura, con interventi evidence based. In quest’ottica nonostante la limitata estensione campionaria, la natura locale dello studio e la necessità di approfondimenti futuri, i risultati ottenuti suggeriscono nel complesso la presenza di un quadro rappresentato da luci e ombre, la necessità di maggior formazione degli studenti e di un continuo aggiornamento degli infermieri su questo aspetto dell’assistenza. In particolare, i risultati del “dominio conoscenze” in merito alla contenzione fisica invitano ad una riflessione.

In 6 aree (domande 3,5,9,12,13,14) meno del 70% degli infermieri ha risposto correttamente dimostrando carenze conoscitive; in riferimento agli studenti la situazione è pressoché sovrapponibile, ad eccezione della domanda 9 (“non esistono alternative ai vincoli fisici”) ove la percentuale di risposte corrette superava l’80%, significativamente superiore al campione di infermieri ($p < 0.05$).

Questo dato, in sintonia con il miglioramento dei risultati all’aumentare dell’anno di corso, (pur senza raggiungere la soglia della significatività statistica), suggerisce il deciso percorso accademico nel trasmettere quel bagaglio conoscitivo necessario a completare il core curriculum dello studente e a metterlo nelle condizioni di possedere tutti gli strumenti necessari per una gestione consapevole e responsabile della contenzione fisica.

Circa la metà degli infermieri e degli studenti, ha risposto correttamente all’utilizzo della contenzione fisica in emergenza, in assenza della prescrizione medica. Come si evince dall’articolo 30 del codice deontologico degli infermieri (IPASVI, 2009) “L’infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”; dunque gli infermieri possono procedere con la contenzione di un paziente in emergenza, in attesa della prescrizione medica, a patto però che il processo decisionale venga adeguatamente documentato nella documentazione clinica.

La persona contenuta deve essere periodicamente valutata garantendo la possibilità di movimento per non meno di 10 minuti ogni 2 ore, con esclusione della notte (Zanetti et al., 2012).

Inoltre, è fondamentale la registrazione degli effetti della contenzione fisica, il mezzo utilizzato, le motivazioni, l’orario d’inizio della contenzione e l’assistenza infermieristica richiesta e prestata; tuttavia nella nostra indagine solo il 61.9% degli infermieri (domanda 11- dominio aspetti della pratica) riferisce di registrare sempre correttamente queste informazioni.

“La libertà personale è inviolabile e non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge” (art. 14 della Costituzione Italiana) e “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge” (art. 32 Costituzione Italiana): dunque tutti i pazienti ricoverati volontariamente ed in grado di esprimere il proprio consenso hanno il diritto di rifiutare la contenzione fisica così come qualsiasi intervento clinico-assistenziale.

I risultati ottenuti (dominio conoscenze - domanda 14) sembrano evidenziare tuttavia una sostanziale incertezza nel campione nonostante la consapevolezza (domanda 7- dominio conoscenze) che ad oggi, non vi siano norme specifiche sul ricorso alla contenzione fisica, fatta eccezione per la Regione Friuli Venezia Giulia che nell’ allegato alla delibera n. 1904 del 14 ottobre 2016 “Raccomandazione per il superamento della contenzione” dispone che si ricorra alla contenzione solo in presenza di un pericolo grave ed attuale che la persona assistita compia atti auto-lesivi o commetta un reato nei confronti di terzi.

Circa la metà degli infermieri ritiene che “Non esistono buone alternative ai vincoli fisici”; la contenzione fisica dovrebbe essere utilizzata eccezionalmente, per brevi periodi, ricorrendo al mezzo meno contenitivo solo se i benefici sono superiori ai possibili danni a essa associati (Zanetti et al., 2012; RNAO, 2012).

Ricorrere a mezzi di contenzione perché le alternative non sono disponibili o applicabili non è una scelta etica, soprattutto se non è stato compiuto alcuno sforzo al fine di prevederne e favorirne l’implementazione.

Gli operatori e le organizzazioni sanitarie sono sollecitati ad adottare approcci di *evidence based*, implementando nella pratica le soluzioni suggerite dalla ricerca per garantire prestazioni sicure ed appropriate.

L'utilizzo della contenzione fisica come ultima risorsa, e quando le misure alternative non hanno prodotto un esito favorevole, è ragionevolmente giustificabile, come *extrema ratio*, nelle situazioni in cui la persona manifesta un comportamento che mette se stessa o altri a rischio di lesioni, ovvero quando si presenti il cosiddetto "stato di necessità" (Articolo 54 del Codice Penale): chi ricorre alla contenzione fisica non è punibile se costretto dalla necessità di salvare la persona da un pericolo attuale di un danno grave, pericolo non volontariamente causato (dalla persona che applica la contenzione), né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo, ovvero che la misura contenitiva sia proporzionata al pericolo stesso.

I punteggi più alti ottenuti dagli studenti riguardo le conoscenze e la propensione all'applicazione nella pratica di misure alternative (dominio aspetti della pratica – domanda 5) suggerisce la bontà dell'attuale orientamento formativo, sulla scia di quanto suggerito in letteratura (RNAO, 2012).

Il 62.6% degli infermieri reputa la propria preparazione tale da garantire una corretta assistenza al paziente sottoposto a contenzione fisica (dominio attitudini – domanda 3): il dato, almeno in parte, non è coerente con le conoscenze possedute; pare interessante riportare che gli studenti pur presentando punteggi nell'area conoscenze sovrapponibili a quelle dei professionisti, si considerano solo in parte adeguatamente preparati all'assistenza alla persona contenuta.

Una percentuale rilevante di infermieri (con tassi ancora più alti tra gli studenti) ha dichiarato di provare sentimenti di colpa durante il posizionamento e la gestione dei mezzi di contenzione (dominio attitudini – domanda 7) e di essere consapevoli del fatto che l'essere sottoposto a contenzione fisica possa ledere la dignità personale (dominio attitudini – domanda 4).

Inoltre, l'attenzione riposta al vissuto della famiglia che si trova senza preavviso nella condizione di vedere il proprio caro contenuto spesso genera sentimenti d'imbarazzo in ogni categoria (dominio attitudini – domanda 10) ma con tassi decisamente più alti negli studenti, probabilmente per il fatto che essi vivono questa esperienza per la prima volta.

Questi dati confermano quanto già riportato in letteratura (Gastmans et al., 2006; Chuang et al., 2007; Lai, 2007) riguardo la complessità della decisione di contenere e della sua attuazione, che non è esente da conseguenze anche per il personale coinvolto, anzi si accompagna spesso a conflitti di natura etica.

I risultati della domanda 9 – aspetti della pratica - suggeriscono un'ultima riflessione: la decisione di

utilizzare la contenzione fisica, o di proporre e attuare interventi alternativi, la gestione di una persona contenuta richiedono il coinvolgimento attivo di differenti figure professionali; una mirata formazione accademica ed il continuo aggiornamento del professionista, uniti al confronto tra i diversi membri di un gruppo disciplinare, non può che guidare l'organizzazione verso una maggior comprensione del fenomeno e la ricerca, in ogni contesto, di appropriate misure alternative.

Nel nostro campione di infermieri a differenza dello studio di Khalil et al. (2017) non sono emerse differenze significative nei punteggi ottenuti nei tre domini in cui si articola il questionario in funzione delle variabili età/anni di esperienza complessiva/anni nell'attuale servizio.

Ulteriori approfondimenti su campioni più ampi sono auspicabili anche al fine di indagare l'impatto che il diverso background formativo, l'aggiornamento e la formazione continua, come suggerito in letteratura (Azab, 2013) possono avere sulle percezioni, le conoscenze e la prassi nell'assistenza alla persona sottoposta a contenzione fisica.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio evidenziano la necessità di sostenere l'acquisizione di maggiore conoscenza sugli aspetti che connotano il ricorso alla contenzione fisica e sugli interventi alternativi, durante la formazione di base e l'aggiornamento continuo. Il processo di validazione italiana del Self-Administered Structured Questionnaire di Janelli è avvenuto con successo: ora è disponibile per la comunità professionale uno strumento utile per valutare la percezione, le conoscenze e la prassi in merito al tema della contenzione fisica.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Azab S (2013) *Use of Physical Restraint in Intensive Care Units (ICUs) at Ain Shams University Hospitals*, Cairo. *Journal of American Science*, 9, 230-40.
- Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM (2013) *Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review*. *Riv Psichiatr*, 48(1),10–22.
- Benbenishty J, Adam S, Endacott R (2010) *Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study*. *Intensive Crit Care Nurs*, 26(5),241–5.

- Bergk J, Flammer E, Steinert T (2010) «Coercion Experience Scale» (CES)--validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*,10,5.
- Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T (2011) *A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings*. *Psychiatr Serv*,62(11),1310–7.
- Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH (2016) *Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique*. *J Am Geriatr Soc* 2016;64:2307-10.
- Bowers L (2014) *Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(6),499–508.
- Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'Leary M, et al (2004) *British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units*. *Nurs Crit Care*,9(5),199–212.
- Castle NG, Engberg J (2009) *The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes*. *Med Care*,47(11),1164–73.
- Chuang YH, Huang HT (2007) *Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients*. *J Clin Nurs*,16(3),486–94.
- Dahm FT, Odegaard-Jensen J, Lossius Husum T, Leiknes KA (2015) *Interventions for Reducing Coercion in Mental Health for Adults: A Systematic Review and the Impact of Updating*. *J Brain Sci*,1(1),1–23.
- De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T, European Academy of Medicine of Ageing–Course III (2004) *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59(9),922-23.
- Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M (2012) *Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems*. *Perspect Psychiatr Care*, 48(2),95-107.
- Di Lorenzo R, Miani F, Formicola V, Ferri P (2014) *Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis*. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 10(1),94–102.
- Evans D, Wood J, Lambert L (2002) *A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings*. *J Adv Nurs*,40(6),616–25.
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA (2014) *Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints*. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*, 46(5),322–30.
- Federazione Nazionale Collegio IPASVI (2009) *Codice deontologico dell'Infermiere 2009*; [consultato il 18/09/2018]. Disponibile all'indirizzo: https://opi.roma.it/archivio_news/pagine/15/Codice%20Deontologico%202009.pdf.
- Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier J-N, et al. (2009) *Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study*. *Int J Geriatr Psychiatry*,24(10),1110–8.
- Gallagher R, Slevin E, McCormack B (2002) *Side rails as physical restraints in the care of older people: a management issue*. *J Nurs Manag*, 10(5),299-306.
- Gastmans C, Milisen K (2006) *Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations*. *J Med Ethics*, 32(3),148–52.
- Goldman BD (2008) *Commentary: Barriers to a sustained restraint-free environment*. *J Aging Soc Policy*, 20(3),286–94.
- Hamers JPH, Gulpers MJM, Strik W (2004) *Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents*. *J Adv Nurs*, 45(3),246–51.
- Health Care Financing Administration, HCFA (1992) *Proposed changes to the long term care facility (SNF an NF) requirements*. *Federal Register*, 57(24),4517.
- Heinze C, Dassen T, Grittner U (2012) *Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study*. *J Clin Nurs* 21(7-8), 1033-40.
- Hendryx M, Trusevich Y, Coyle F, Short R, Roll J (2010) *The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients*. *J Behav Health Serv Res*,37(2),272–81.
- Hofmann H, Hahn S (2014). *Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review*. *J Clin Nurs*, 23,3012-24.
- Irving K (2004) *Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals*. *Aust J Adv Nurs*, 21(4), 23–7.
- Janelli, L. M., Kanski, G. W., Scherer, Y. K., & Neary, M. A. (1992). *Physical restraints: Practice, attitudes/knowledge among nursing staff*. *Journal of Long Term Care Administration*, 20(2), 22–25.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R (2010) *Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,45(11),1087–93.
- Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R (2007) *A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,42(9),747–52.
- Khalil AI, Al Ghamdi MAM, Al Malki S (2017) *Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward*. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(4).
- Knox D, Holloman G (2012) *Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup*. *West J Emerg Med*, 13(1),35–40.

- Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. (2011) Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv*,62(5),4927.
- Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. (2014) *Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint--a register study in three Norwegian acute psychiatric wards.* *Psychiatry Res*, 215(1),127–33.
- Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G (2013) *Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study.* *Int J Nurs Stud*, 50 (12), 1599-606.
- Lai CKY (2007) *Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? - A study using focus group interviews.* *BMC Nurs*, 6:5.
- Lindsey PL (2009) *Psychiatric nurses' decision to restrain.* *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 47(9),41–9.
- Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I (2009) *Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study.* *J Clin Nurs*, 18(7),981–90.
- Ministero della Salute. *Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie [Internet].* 2011 [consultato il 13 gennaio 2017]. disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf.
- Ministero della Salute. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere [Internet].* 1994 [consultato il 5 gennaio 2017]. disponibile all'indirizzo: <http://www.aiuc.it/files/DM140994n739.pdf>.
- Mongardi M, Sciolino L, Fortuna D. (2017) *Esiti sensibili alle cure infermieristiche: studio multicentrico nazionale ESI.* Presentazione dei risultati. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna. Bologna 20 gennaio 2017.
- Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. (2013) *Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan.* *Psychiatry Clin Neurosci*, 67(6),405–11.
- Palmer L, Abrams F, Carter D, Schluter WW (1999) *Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long-term care facilities.* *Jt Comm J Qual Improv*, 25(2),78–94.
- Poli N, Rossetti AML (2001) *Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica [Internet].* [consultato il 4 febbraio 2017]. Disponibile all'indirizzo: http://www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C05_Psichiatria/Contenzione_infermieristica.pdf.
- Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänänen O-P, Kautiainen H, et al. (2013) *Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia.* *Psychiatr Serv*, 64(9),850–5.
- Raboch J, Kalisova L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. (2010) *Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries,*<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2088964061>(10),1012-7.
- RNAO 2012. *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints* (Consultato il 13 ottobre 2017). Disponibile all'indirizzo: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf.
- Siegler EL, Capezuti E, Maislin G, Baumgarten M, Evans L, Strumpf N (1997) *Effects of a restraint reduction intervention and OBRA '87 regulations on psychoactive drug use in nursing homes.* *J Am Geriatr Soc*, 45(7),791–6.
- Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. (2005) *Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program.* *Psychiatr Serv Wash DC*, 56(9),1115–22.
- Soininen P, Putkonen H, Joffe G, Korkeila J, Välimäki M (2014) *Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review.* *BMC Psychiatry*, 4(14),162.
- Soininen P (2014) *Coercion, Perceived Care And Quality Of Life Among Patients In Psychiatric Hospitals.* [citato 10 dicembre 2017]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/94318/AnnalesD1102Soininen.pdf?sequence=2>.
- Soininen P, Putkonen H, Joffe G, Korkeila J, Puukka P, Pitkänen A, et al. (2013) *Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?* *Int J Ment Health Syst*,7(1),28.
- Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL (2014) *The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries.* *Front Public Health*, 2,141.
- Van de Sande R, Noorthoorn E, Wierdsma A, Hellendoorn E, Van der Staak C, Mulder CL, et al. (2013) *Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion.* *Int J Ment Health Nurs*,22(6),475–84.
- Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO (2013) *Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion.* *Br J Psychiatry J Ment Sci*, 202,142–9.

Wale JB, Belkin GS, Moon R (2011) *Reducing the use of seclusion and restraint in psychiatric emergency and adult inpatient services- improving patient-centered care*. Perm J,15(2),57-62.

Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, Magri M, Mariani L,

Gazzola M, et al. (2012) *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*. L'infermiere, 2, 29-38.

Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P (2009) *Superare la contenzione: si può fare*. L'infermiere, 25(3), 3-16.