

*i*QUADERNI *de* L'INFERMIERE

SUPERARE *la* CONTENZIONE: *si può* FARE

PREMESSA

di Annalisa Silvestro

La contenzione: un tema, un problema, un evento da sempre dibattuto nel nostro mondo.

Un tema che è stato fonte di ulteriori, importanti e approfondite riflessioni anche nel lungo percorso che ha visto la collettività nazionale infermieristica impegnata nella definizione dell'attuale Codice deontologico che, nel capo IV - art. 30, recita: "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali". La bibliografia di riferimento, gli studi e le argomentazioni che vengono presentate nel *Quaderno* sono un ulteriore contributo per proseguire con rinnovato impegno a definire, contestualizzandolo alla nostra tradizione assistenziale, un

 IPASVI

Organo ufficiale
della Federazione
Nazionale Collegi Ipasvi

argomento così peculiare e significativo soprattutto per gli infermieri e per i processi di assistenza infermieristica.

La contenzione: un fenomeno antico, spesso nascosto e sottaciuto nell'idea della sua inevitabilità in situazioni organizzative difficili, in cui la carenza di risorse umane produce una sorta di giustificazione generalizzata e comunque velatamente orientata ad una strana forma di tutela dell'assistito.

La contenzione: un fenomeno che tutti, professionisti ed organizzazioni, devono connotare per quello che prevalentemente rappresenta, ossia una deprivazione della libertà personale ed un'ammissione della difficoltà dell'intera équipe assistenziale di farsi carico dei bisogni espressi ed inespressi di tante persone fragili .

La contenzione: un fenomeno da superare, un evento che, se ineludibile, sia davvero straordinario grazie allo studio, all'impegno, alla disseminazione di buone pratiche organizzativo assistenziali, di positive esperienze risolutive, di proposte innovative che vedano l'impegno sempre crescente non solo della nostra collettività professionale.

INDICE

III. Superare la contenzione: si può fare

XIII. Appendice

AUTORI

Ermellina Zanetti

*Collegio Ipasvi Brescia,
Società Italiana di Gerontologia e
Geriatrics, Gruppo di Ricerca Geriatrica*

Anna Castaldo

*Collegio Ipasvi Milano-Lodi,
Società Italiana di Gerontologia
e Geriatrics, Commissione Geriatrics*

Paola Gobbi

*Collegio Ipasvi di Milano-Lodi,
Società Italiana di Gerontologia
e Geriatrics, Commissione Geriatrics*

SUPERARE *la* CONTENZIONE: *si può* FARE

ERMELLINA ZANETTI, ANNA CASTALDO, PAOLA GOBBI

> *The Nursing dilemma of restraints* è il titolo di un articolo apparso nel 1991 sulla rivista *Journal of Gerontological Nursing* (1), che riflette la situazione venutasi a creare in quegli anni negli Usa di fronte alla diffusa pratica di contenere. I due principali aspetti problematici, che emergono dalla letteratura sull'argomento (2, 3, 4, 5), sono da un lato la consapevolezza che la contenzione largamente utilizzata non può essere una risposta assistenziale ai bisogni dei pazienti (nel 1987 vi era stato un deciso pronunciamento del governo degli Stati federali sulla necessità di evitare la contenzione fisica nelle case di riposo, con la riduzione dei finanziamenti per le strutture che non avessero provveduto) (6) e dall'altro la difficoltà ad implementare interventi alternativi alla contenzione. Nell'articolo si fa riferimento ad una ricerca condotta dagli autori per valutare l'approccio degli infermieri rispetto ai mezzi di contenzione fisica (mezzi e dispositivi per limitare il movimento del paziente a letto e sulla sedia): contrariamente a quanto spesso riportato in letteratura, l'82% delle 117 infermiere intervistate erano d'accordo nel definire *comodo* l'assistere pazienti in contenzione. Gli autori precisavano che al termine *comodo* potessero essere attribuiti diversi significati: poiché da parte del maggior numero di intervistate il ricorso alla contenzione era unicamente finalizzato alla sicurezza del paziente, è possibile presupporre che se la sicurezza era l'obiettivo, la contenzione appariva come il mezzo più "facile" per raggiungerlo.

Nel più recente lavoro di Weiner et al (7), gli autori riportano il conflitto esistente tra le convinzioni personali degli infermieri e la percezione dei loro obblighi istituzionali: esiste una discrepanza tra le credenze, i valori personali e professionali degli infermieri e l'utilizzo effettivo della contenzione fisica nel lavoro quotidiano. La riduzione della contenzione fisica richiede dunque un approccio sistematico fondato su due elementi indispensabili: la consapevolezza della sua inefficacia e degli effetti negativi su coloro che vi sono sottoposti, nonché l'orientamento e l'implementazione di gradualità percorsi di riduzione della contenzione, supportati da tutta l'organizzazione.

L'INEFFICACIA DELLA CONTENZIONE FISICA

Con l'eccezione della protezione dei presidi medicali (largamente utilizzata in ospedale), le ragioni addotte per l'utilizzo della contenzione nelle strutture residenziali e nei setting per acuti sono simili. Si tratta ora di verificare se la contenzione fisica è davvero efficace in relazione alle motivazioni che ne giustificano il ricorso.

La prevenzione delle cadute, che è la principale causa di contenzione, non trova alcun riscontro negli studi condotti: non vi è infatti alcuna prova che la contenzione fisica eviti la caduta nei soggetti anziani ospedalizzati (8). In particolare l'uso di mezzi

di contenzione non si associa ad un numero significativamente più basso di cadute o infortuni in sottogruppi di residenti a rischio di caduta. Questi risultati sostengono la necessità di un approccio individualizzato alla persona anziana ospedalizzata, per ridurre il rischio di caduta e favorire la mobilità, anziché l'immobilità(9). L'utilizzo delle spondine non si associa ad una riduzione di cadute dal letto(11) e la loro rimozione, per contro, non è associata ad un aumento di cadute tra gli anziani istituzionalizzati(12). Nei programmi di riduzione della contenzione gli studi che hanno valutato l'incidenza di cadute hanno riportato che la significativa riduzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione non si associa ad un aumento delle cadute(13). Altri studi hanno valutato l'impatto della contenzione sulle lesioni traumatiche e hanno osservato: in alcuni casi nessun cambiamento significativo in relazione all'uso o al non uso della contenzione(14, 16), in altri una riduzione delle lesioni più gravi e l'aumento di quelle lievi in relazione ad una significativa riduzione della contenzione(14, 15). Questi risultati suggeriscono che gli anziani continuano a cadere, con o senza l'uso di contenzione fisica, a causa di cambiamenti associati al processo di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Rimuovere la contenzione può diminuire la gravità degli effetti conseguenti una caduta(15).

Anche il controllo dell'agitazione mediante l'utilizzo dei mezzi di contenzione fisica non trova riscontro in letteratura: uno studio osservazionale riporta un aumento dell'agitazione nei soggetti contenuti(17).

Non in ultimo, la protezione di presidi medicali (accessi venosi periferici o centrali, tubo endotracheale, sonde di drenaggio, sonde per alimentazione enterale, catetere vescicale, medicazioni ecc) non è garantita dall'utilizzo di mezzi di contenzione fisica. In letteratura sono documentate rimozioni di tubo endotracheale in soggetti contenuti(26, 29). Certamente la contenzione fisica è efficace nel consentire agli operatori di non essere *distolti* dai pazienti durante lo svolgimento delle loro attività, ma ciò è certamente in antitesi con molti obiettivi di cura e certamente con il rispetto della dignità della persona. Queste considerazioni, associate alle sequele della contenzione di seguito descritte, rendono ragione della necessità di sviluppare specifiche modalità di assistenza, che non contemplino la contenzione fisica come soluzione facilmente adottabile.

LE SEQUELE DELLA CONTENZIONE

Le conseguenze dell'utilizzo della contenzione fisica sono state ampiamente descritte in letteratura: la loro gravità e ripercussione sulla qualità della vita del soggetto sono tali da scoraggiarne l'uso.

La revisione di Evans(13) propone di suddividere le lesioni associate a contenzione in due gruppi:

1. *danni diretti* causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (lacerazione, abrasione o compressione);
2. *danni indiretti* che comprende tutte le possibili conseguenze della forzata immobilità (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

Vi sono poche informazioni relative alla prevalenza di danni, diretti o indiretti, conseguenti all'utilizzo della contenzione fisica. Alcuni studi hanno invece chiaramente dimostrato che la contenzione fisica può essere causa diretta di morte(18, 21).

Tra i danni diretti si annoverano: le lesioni nervose del plesso brachiale(22); le lesioni ischemiche(23); la morte per asfissia, la quale, in tutti i casi riportati, era associata all'utilizzo della cinghia per il letto, alla fascia addominale o alla cintura di contenzione(24, 25); la morte per strangolamento, che si associa maggiormente all'utilizzo della cinghia per il letto, alle spondine e alla fascia addominale o cintura di contenzione(18, 20).

Il 90% delle fratture di sterno nelle strutture residenziali è causato dal mezzo di contenzione; la morte da mezzo di contenzione, definita con criteri precisi, nel 1992 era responsabile di uno su mille decessi degli ospiti delle nursing home americane(19).

Tra i danni indiretti nei pazienti anziani ospedalizzati si evidenzia che: è maggiore la durata del ricovero tra i soggetti contenuti rispetto ai non contenuti, aumenta la mortalità intraospedaliera, è maggiore l'istituzionalizzazione dopo la dimissione, aumentano le infezioni acquisite durante il ricovero e le cadute(13). La contenzione può essere causa indiretta di incontinenza funzionale e di danni da immobilità(13). Esiste una relazione tra la durata della contenzione e la comparsa di danni indiretti tra i soggetti ospedalizzati: le persone contenute per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e lesioni da pressione(13). Nelle unità chirurgiche il ricorso alla contenzione fisica in soggetti che hanno subito un intervento chirurgico agli occhi o al cervello può aumentare la pressione intraoculare o intracranica(26).

Nelle strutture residenziali la contenzione si associa a danni indiretti quali la diminuzione della mobi-

lità, della cognitivtà e dei contatti sociali. È maggiore lo sviluppo di lesioni da pressione e la comparsa di incontinenza urinaria e fecale. I soggetti contenuti cadono quanto quelli non contenuti e le lesioni più gravi, conseguenti alle cadute, si verificano tra i contenuti(13). Uno studio(27) ha indagato gli effetti della contenzione continua o discontinua sulle conseguenze relative alle cadute e ha dimostrato che i residenti che sono contenuti continuativamente riportano lesioni più gravi.

Oltre ai danni fisici, diretti o indiretti, certamente la contenzione fisica causa sofferenza psicologica: pochi studi(13) hanno indagato questo aspetto, ma non è difficile affermare che la contenzione fisica, anche nei soggetti con deficit cognitivo, rappresenti un'esperienza negativa.

Gli effetti negativi della contenzione non si riflettono solo su chi ad essa è sottoposto, ma coinvolgono anche gli altri pazienti per il suo effetto moltiplicatore di rassegnazione disperante e di impotenza appresa, oltre a favorire negli operatori un atteggiamento di acritica indifferenza che può portare ad atteggiamenti di palese rigetto degli interventi assistenziali(28). Il lavoro di Scherer(1) dimostra che la decisione di contenere, spesso, apre un conflitto nell'équipe infermieristica tra chi giustifica il ricorso alla contenzione e chi la condanna, in quanto lesiva dell'autonomia e della dignità della persona.

OBIETTIVO: RIDURRE IL RICORSO ALLA CONTENZIONE FISICA

L'obiettivo principale di una rivalutazione della pratica della contenzione è quello di ridurre il ricorso. Ciò non si prospetta né immediato né facile, poiché richiede uno sforzo non indifferente e dei cambiamenti culturali, organizzativi e professionali notevoli e coinvolgenti tutta l'organizzazione.

In letteratura sono riportati alcuni esempi di assistenza senza contenzione all'interno di contesti residenziali, mentre vi sono poche informazioni rispetto ai servizi per acuti(13, 26). Come suggerito da Evans nella sua revisione(13), verranno di seguito presentati gli interventi riportati in letteratura per ridurre l'utilizzo dei mezzi di contenzione, sebbene ancora non vi siano prove di efficacia che possano indicare soluzioni migliori di altre rispetto a sicurezza, costi e risultati.

PROGRAMMI DI RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

I più comuni programmi di riduzione della contenzione, che nella quasi totalità di quelli riportati in letteratura si riferiscono a strutture residenziali, si articolano in più attività per le quali, peraltro, non si dispone singolarmente di informazioni di efficacia. Un solo trial randomizzato e controllato (RCT) (29) e altri studi non RCT(15, 16, 26, 30, 33) dimostrano l'efficacia nella riduzione della contenzione in relazione all'implementazione di un insieme di attività. Le caratteristiche dei programmi di riduzione della contenzione sono le stesse sia per i setting per acuti, sia per le strutture residenziali. Vengono di seguito presentate le attività più comunemente proposte dai programmi di riduzione della contenzione riportati in letteratura. Quanto presentato non ha alcuna pretesa di esaustività e sottende la raccomandazione di utilizzo a modo di suggerimento. Non sono infatti disponibili, ad oggi, forti prove di efficacia.

APPROCCIO ORGANIZZATIVO

La maggior parte dei programmi riportati in letteratura insiste sulla necessità che tutta l'organizzazione (case di riposo, ospedale, dipartimento) e tutti i professionisti e gli operatori che ne fanno parte a diverso titolo debbano essere coinvolti nel progetto di riduzione della contenzione. Un forte supporto amministrativo è ritenuto essenziale, in tutti i setting, per creare una cultura libera da contenzione(26). In particolare viene suggerito all'organizzazione di dotarsi di un comitato o commissione di studio e supervisione multidisciplinare (costituito da infermieri, medici, fisioterapisti, amministratori, assistenti sociali, terapisti occupazionali, educatori e farmacisti) che individui le strategie, partecipi ai programmi di formazione, supervisioni il lavoro dei gruppi di professionisti e suggerisca soluzioni nuove(34, 39). Una strategia ritenuta importante da alcuni autori è l'adozione da parte del comitato o commissione di una politica organizzativa da implementare nella struttura, che modifichi le regole esistenti relative alla pratica della contenzione(26, 31, 34, 39).

MINIMIZZAZIONE VERSUS ABOLIZIONE

Obiettivo di molti programmi riportati in letteratura(15, 16, 32, 33, 37, 38, 40, 41) è la riduzione della contenzione fisica piuttosto che l'abolizione del suo uso. Un lavoro identifica le situazioni per le quali la contenzione può essere ragionevolmente utilizzata: rischio di suicidio, aggressività e protezione dei trattamenti salvavita(37). Anche la riduzione nell'utilizzo delle spondine rappresenta uno standard importante: un lavoro ne suggerisce l'utilizzo solo per quei residenti che cadono ripetutamente(40). L'implementazione del programma di riduzione deve essere graduale, anche se è difficile stabilire a prio-

ri quanto tempo sarà necessario: alcuni autori riportano pochi mesi(37, 38) altri un anno o più(16, 28, 30, 32, 39, 42). L'approccio più comunemente utilizzato(16, 30, 33, 43) è quello di rimuovere la contenzione a quei soggetti per i quali si ritiene di poter facilmente implementare soluzioni alternative: ad esempio i soggetti che manifestano incessante pulsione a deambulare (wandering) e che hanno una deambulazione sicura e un basso rischio di caduta(30). Molte organizzazioni che hanno adottato una politica di riduzione della contenzione hanno definito un piano comprensivo di: definizione e l'adozione di protocolli per specifiche situazioni, descrizione di quelle situazioni per le quali ancora è indicato l'uso dei mezzi di contenzione(33,3638), normato da dettagliate procedure.

MODIFICHE NELLA PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE

Pochi lavori insistono sulle modalità di prescrizione della contenzione e suggeriscono che sia il medico a prescriberla¹(26, 30, 38, 42), indicando chiaramente: motivazione, mezzo (o mezzi) di contenzione, durata, frequenza del controllo e della valutazione di eventuali danni direttamente o indirettamente attribuibili alla contenzione stessa(26, 38). La prescrizione deve sempre essere preceduta da un'attenta valutazione da parte dell'infermiere rispetto alle cause che la rendono necessaria e alle possibili soluzioni alternative(26, 42).

UTILIZZO DI CONSULENTI ESPERTI

In letteratura sono riportati due tipi di consulenti: gli esperti della contenzione e gli specialisti clinici. L'esperto della contenzione, dopo un training avanzato, è in grado di fornire consulenze in merito e di realizzare interventi di formazione(36); solitamente fa parte dello staff e spesso assume il ruolo di case manager(33) o di supervisore dell'implementazione del piano di riduzione della contenzione(32). Lo specialista clinico è spesso un infermiere con competenze esperte in ambito geriatrico, che collabora con lo staff mediante visite periodiche, durante le quali valuta i pazienti contenuti e discute con lo staff la decisione di contenere(15, 16, 30, 36, 43, 44).

I risultati di un singolo RCT confermano che la formazione e la consulenza clinica (utilizzate in associazione) sono in grado di ridurre con sicurezza (senza che vi sia un aumento di cadute, di lesioni e di utilizzo di psicofarmaci) il ricorso alla contenzione fisica nelle strutture residenziali(29).

ASSESSMENT

Elemento comune a molti programmi di riduzione della contenzione è la valutazione strutturata. La valutazione strutturata ha l'obiettivo di individuare a quali residenti può essere rimossa la contenzione, sia di individuare gli interventi assistenziali più adeguati(33, 36, 40, 41, 44). Per la valutazione viene suggerito l'impiego di protocolli che indagano le abilità motorie (andatura, equilibrio, trasferimenti), utilizzando scale di valutazione standardizzate(40), e la discussione dei singoli casi da parte dello staff multidisciplinare(41). In ospedale, quando vi sia presenza di una o più delle condizioni che pongono il paziente a rischio di essere contenuto (interferenza con la terapia, rischio di caduta, agitazione, deficit cognitivo, wandering) è necessaria un'accurata valutazione per definire obiettivi e priorità degli interventi e attivare un piano di cure e assistenza che minimizzi la necessità di contenere(26).

PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA

I familiari sono coinvolti in molti programmi di riduzione della contenzione. Tali programmi sono descritti attraverso la semplice informazione(31, 40), la discussione sulla decisione di rimuovere la contenzione e sulla priorità degli interventi(30, 39, 45), o attraverso programmi di formazione strutturati e specifici(16). La famiglia non informata e formata può rappresentare un ostacolo alla riduzione della contenzione fisica in casa di riposo(46).

ADOZIONE DI PROTOCOLLI PER SPECIFICHE SITUAZIONI CLINICHE

Molti lavori individuano alcune situazioni cliniche per le quali è particolarmente difficile o problematico ridurre la contenzione, garantendo nel contempo sia la sicurezza del paziente/residente, sia dello staff e degli altri pazienti/residenti. In particolare sono stati sviluppati e implementati protocolli per:

¹ L'art. 30 del Codice Deontologico del 2009, diversamente recita: "l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali.

- persone a rischio di caduta(29, 36, 37, 46, 47);
- persone che interferiscono con i trattamenti(29, 36, 37, 46, 47);
- persone con wandering(29, 36, 37, 46, 47);
- persone con agitazione(29, 36, 46, 47);
- persone che manifestano comportamenti aggressivi(29);
- persone che manifestano disturbi del comportamento(29, 36, 46, 47);
- persone con deficit cognitivo(29, 36, 46, 47).

I protocolli, oltre agli interventi alternativi alla contenzione, prevedono interventi specifici per la gestione dei soggetti nelle singole situazioni cliniche descritte.

LA FORMAZIONE

Tutti i programmi volti a ridurre il ricorso alla contenzione fisica contemplano la formazione come elemento indispensabile. Ad oggi non esiste un programma standardizzato di documentata l'efficacia. È però dimostrato che la formazione riduce il ricorso alla contenzione fisica nelle strutture residenziali(29), mentre negli ospedali per acuti rappresenta il supporto indispensabile all'implementazione di programmi di riduzione della contenzione(26).

I programmi di formazione descritti in letteratura hanno durata variabile da un'ora a più giornate in un anno, contenuti diversi, ma la stessa finalità: rendere edotti gli operatori sanitari della pericolosità e dell'inefficacia della contenzione e promuovere l'adozione di interventi alternativi(15, 28, 30, 31, 32, 33, 36, 39, 45, 48). È importante che il programma formativo insista particolarmente sui seguenti aspetti:

- assistere senza contenere: principi e standard;
- informazioni sui miti o convinzioni erronee circa la contenzione fisica;
- le sequele della contenzione fisica;
- aspetti giuridici e legislativi;
- interventi alternativi.

È utile all'apprendimento la discussione di casi clinici(26 29).

LE ALTERNATIVE ALLA CONTENZIONE FISICA

In letteratura sono molte le alternative proposte, ma poche quelle valutate in relazione all'efficacia e alla sicurezza (29) o che abbiano ottenuto buoni livelli di efficacia(26). Si può pertanto affermare che tutti gli interventi di seguito descritti, sia che rappresentino un'alternativa alla contenzione, sia che riducano il bisogno di contenere, rappresentano dei suggerimenti da mettere in atto per i quali, ad oggi, non si dispone di prove di efficacia.

MODIFICHE AMBIENTALI

Sono certamente da incoraggiare e promuovere tutti gli interventi che aumentano la sicurezza ambientale e riducono pertanto la necessità di contenere. Una buona illuminazione, luci che si accendono con facilità, pavimenti non scivolosi dovrebbero essere caratteristiche diffuse in tutti i setting che accolgono o potrebbero accogliere soggetti con disabilità funzionale e o cognitiva(36, 45, 50, 51). Nelle strutture che accolgono soggetti con deficit cognitivo andrebbero adottati tutti gli accorgimenti per evitare che i soggetti accedano a luoghi non sicuri o lascino la struttura: porte schermate con pannelli in tessuto fissati con velcro e dello stesso colore delle pareti, speciali serrature a scatto. Per i soggetti con wandering è inoltre utile disporre di percorsi privi di ostacoli, magari circolari. L'adozione di sistemi visivi di controllo di zone particolarmente a rischio e di allarmi, che segnalano al personale l'accesso a zone non consentite, può ulteriormente aumentare il livello di sicurezza(33, 43) e ridurre la necessità di contenere.

SICUREZZA A LETTO

Molte cadute si verificano mentre la persona cerca di scendere dal letto o durante i trasferimenti letto-poltrona e viceversa. Numerosi sono gli interventi proposti dalla letteratura per ridurre la possibilità di movimento del soggetto quando è a letto: materasso concavo, ad acqua, coperte arrotolate poste ai bordi del letto(45, 51). Altri interventi sono finalizzati ad attutire le conseguenze di una caduta accidentale: tappeti morbidi posti sul pavimento a fianco del letto, il coricare il soggetto sul materasso posto sul pavimento, l'abbassare il piano del letto all'altezza minima(15, 33, 39, 40, 43, 45, 50, 52). Per facilitare i movimenti autonomi minimizzando il rischio di caduta sono proposti: altezza del letto adattata all'altezza del soggetto, trapezio per aumentare la mobilità a letto, sedia o poltrona posta a fianco del letto per facilitare i passaggi posturali, strisce antiscivolo sul pavimento vicino al letto(15, 40, 45, 50, 51, 52).

SUPPORTI PER LA POSTURA E LA POSIZIONE SEDUTA

La possibilità di disporre di sedute diverse (sedie e poltrone) per posizionare correttamente il soggetto, consentendogli di mantenere la posizione in sicurezza e comfort, rende possibile, soprattutto nelle strutture residenziali, la mobilitazione di più soggetti oltre che la riduzione del ricorso a mezzi di contenzione. Tra tali sedute si annoverano: sedie o poltrone con seduta profonda, con schienale ad inclinazione variabile, sedie a dondolo o bascule, sedie con schienale alto, possibilità di applicare o rimuovere o bloccare le ruote(33, 44, 48, 50, 53, 54).

Alle sedute possono essere poi aggiunti cuscini che aumentano il comfort e la sicurezza nei soggetti che hanno movimenti a scatto o che tendono a cadere di lato con il tronco(53, 55, 56).

ATTIVITÀ RIABILITATIVE E DISTRAENTI

La multidisciplinarietà dell'intervento volto a ridurre la contenzione fisica si concretizza anche con l'offerta di programmi e attività specifiche, che da un lato possono migliorare alcuni aspetti legati alla disabilità fisica, dall'altro distraggono i residenti da comportamenti a rischio. Per contenere la disabilità vengono suggeriti interventi di riabilitazione, deambulazione assistita(40, 57), mentre per distrarre il soggetto sono proposti terapia occupazionale, attività notturne per coloro che vagano in tale fascia oraria, attività ricreative(39, 52, 54).

Rientrano in queste attività anche una serie di interventi che possono essere affidati a volontari e familiari istruiti o formati: compagnia, supporto, assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, ascolto di musica, passeggiate(15, 36, 40, 50, 54).

PERSONALIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Uno spazio rilevante è certamente quello occupato dall'organizzazione delle cure, che devono essere personalizzate e rispettose delle abilità residue del soggetto. Ciò è certamente un compito non facile, affidato agli infermieri e al personale di supporto, ma rappresenta il passaggio obbligato per finalizzare gli interventi scegliendo tra le diverse soluzioni quella che più risponde alle caratteristiche del soggetto(15, 33, 40, 50, 52, 54).

PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

La prevenzione delle infezioni, la valutazione del dolore, la promozione del riposo e del sonno, l'attenzione agli effetti collaterali dei farmaci sono aspetti che, oltre ad esprimere la qualità dell'assistenza, riducono, soprattutto nei pazienti cronici, episodi di confusione, agitazione, cadute accidentali. Eventi che spesso determinano la decisione di ricorrere alla contenzione fisica(15, 40, 50, 51, 52, 54).

INTERVENTI PER SPECIFICI GRUPPI DI PAZIENTI

In letteratura sono stati proposti per specifici gruppi di pazienti alcuni interventi, per i quali non si dispone di prove di efficacia. Gli interventi sono proposti al fine di suggerire studi di efficacia e ulteriori soluzioni che diminuiscano sempre più il ricorso alla contenzione(13).

PERSONE CON DEFICIT COGNITIVO

Numerose strategie alternative all'utilizzo dei mezzi di contenzione sono state proposte in letteratura per i soggetti con deficit cognitivo e disturbi del comportamento:

- attività distraenti come radio, televisione, attività ludiche, piccoli lavori domestici(15, 31, 48);
- strategie per richiamare le informazioni nei soggetti disorientati, ad es. orologio, calendario, lavagna con indicato il giorno, la data, il luogo, il nome dei componenti dell'équipe, scomposizione delle procedure(48, 50);
- orientamento alla realtà, coinvolgendo nelle conversazioni i soggetti confusi e disorientati(50).

Alcuni studi suggeriscono l'utilizzo di dispositivi che aumentino la sicurezza ambientale o segnalino tempestivamente una situazione di rischio per il paziente. In particolare:

- allarmi al letto o alla sedia(33);
- l'avvicinare i pazienti più confusi alla stanza dove sosta il personale(50);
- allarmi per porte e spazi dove non è possibile controllare direttamente i pazienti(57).

Altri studi richiamano la necessità di disporre di immagini per indicare alcuni locali (bagno, cucina) o alcune funzioni (suonare il campanello per chiamare il personale)(51).

Nei setting residenziali è dimostrato che nei pazienti con demenza, che presentano importanti disturbi del comportamento, si ottiene una significativa riduzione della gravità e della frequenza delle manifestazioni comportamentali (e di conseguenza diminuisce il ricorso alla contenzione fisica e l'uso di psicofarmaci) accogliendo questi soggetti in spazi appositamente strutturati, dove opera personale medico, infermieristico e socio assi-

stenziale selezionato ed opportunamente formato. In particolare questi setting si caratterizzano per il numero ridotto di ospiti (massimo 20) e un aumentato numero di operatori, tale da fornire per ciascun ospite 2.5 ore/die di assistenza infermieristica, 2.1 ore/die di attività occupazionali o riabilitative ed una visita medica geriatrica quotidiana. L'organizzazione del lavoro è orientata a fornire piani di assistenza individualizzati.

L'ambiente fisico è strutturato tenendo conto di tutti quegli elementi che possono contribuire a ridurre i deficit mnesici, fisici e comportamentali: gli stimoli rumorosi sono ridotti e i colori alle pareti tenui, mentre degli ausili visivi sono utilizzati per facilitare l'orientamento(58).

Nei setting per acuti sono stati recentemente sperimentati modelli di cura e assistenza finalizzati a ridurre il discomfort, la perdita di abilità funzionali, la durata della degenza nei soggetti anziani confusi e/o affetti da deficit cognitivi ospedalizzati per un evento medico o chirurgico.

Nella tabella 1 alla pagina seguente è descritto l'*Elder Care Supportive Intervention Protocol* di Miller(59).

PERSONE CHE MANIFESTANO WANDERING

Una tra le ragioni più comuni per l'attivazione di contenzione in un soggetto con deficit cognitivo è rappresentata dall'incessante pulsione a deambulare che, non di rado, spinge il soggetto a tentare la fuga. Obiettivo comune a tutti gli interventi messi in atto per ridurre la contenzione in questi soggetti è poter disporre di spazi sicuri dove lasciarli liberamente deambulare. Tra gli interventi suggeriti dalla letteratura, alcuni fanno riferimento alla necessità di dotare queste aree di semplici o sofisticati interventi di controllo:

- mascheramento di porte o vie di fuga con tende(15, 53);
- dispositivi di allarme o telecamere per porte e vie di fuga(53, 60);
- percorso circolare con possibilità di percorso protetto esterno(53);
- dispositivo elettronico applicato al paziente che segnala ad una centrale l'ingresso del paziente in aree non consentite o l'uscita dalla struttura(61).

Altri studi propongono di educare tutto il personale della struttura, sanitario e non, ad un controllo attivo di quei pazienti che vagano rischiando di perdersi o di allontanarsi:

- tutti i soggetti che all'ingresso sono confusi e manifestano wandering devono essere segnalati (foto, nome e cognome) al personale di portineria o sorveglianza(37);
- un operatore (o un volontario) per turno ha il compito di sorvegliare uno o due residenti con wandering(37);
- per i soggetti che deambolano anche durante la notte, spesso recando disturbo agli altri degenti, è consigliato proporre attività distraenti(52).

PERSONE CHE MANIFESTANO COMPORAMENTI AGITATI E VIOLENTI

Pochi suggerimenti sono riportati in letteratura per ridurre la necessità di contenere i soggetti agitati o violenti:

- utilizzo di una sedia a dondolo o basculante(33);
- ascolto di melodie rilassanti(33,40);
- attività diversive come la visione di un film, l'ascolto di musica o una passeggiata(50).

PERSONE A RISCHIO DI CADUTA

Una revisione sistematica della letteratura curata da Evans(62) dimostra che vi è una debole dimostrazione di efficacia dei programmi di prevenzione delle cadute nei soggetti a rischio che utilizzano un approccio multidimensionale e multiprofessionale. Nessuna efficacia è dimostrata per i singoli interventi quali:

- modificazione dell'ambiente dopo valutazione dei rischi ambientali;
- adozione di calzature adatte alla conformazione del piede;
- cura del piede;
- adozione di sedute (sedie e poltrone) adattabili alle caratteristiche del soggetto.

La recente revisione della Cochrane(63) individua come efficaci nel prevenire le cadute una serie di interventi tra i quali gli esercizi di rafforzamento muscolare e di stabilizzazione dell'equilibrio, il Tai Chi, l'accorto utilizzo degli psicofarmaci e la correzione delle aritmie cardiache. Gli autori concludono che se oggi sono disponibili interventi per prevenire le cadute, ancora non si conosce la loro efficacia nel ridurre la gravità delle lesioni in caso di caduta accidentale.

Alcuni autori suggeriscono di affrontare il problema distinguendo due sottogruppi di pazienti fra coloro che sono a rischio di caduta:

- a) persone con attività motoria conservata, per i quali il piano di cura e di assistenza deve prevedere soluzioni altamente personalizzate, fra le quali, ad esempio, l'adozione di letti ad altezza regolabile e, con prudenza per le valutazioni di efficacia ad oggi contraddittorie, di proteggi anche (hip protector) (64,65);

TABELLA 1

ELDER CARE SUPPORTIVE INTERVENTION PROTOCOL (ECSIP) - MILLER (2004)

Obiettivi. Il modello ECSIP applicato in divisioni mediche e chirurgiche si propone di ridurre il discomfort, la perdita di abilità funzionali, la durata della degenza nei soggetti anziani confusi e/o affetti da deficit cognitivo ospedalizzati. Il modello, inoltre, è proposto come metodo per la formazione degli studenti infermieri, affinché aumenti la loro soddisfazione e il loro interesse per l'assistenza agli anziani.

Target. Al modello sono ammessi i soggetti con età uguale o superiore a 74 anni (64 anni se provenienti da una casa di riposo), con diagnosi di disturbo cognitivo o demenza, presenza documentata di dipendenza funzionale e presenza all'ammissione di delirium o di elevato rischio di svilupparlo.

Il modello ECSIP si compone di tre gruppi di interventi finalizzati all'assessment (*client profile*), alla personalizzazione dell'assistenza (*individualized care protocol*) e al sostegno dei caregiver (*elder guide*).

Il modello prevede che entro 24 ore dall'ammissione l'infermiere con competenze esperite in ambito geriatrico valuti il paziente rispetto alle usuali modalità di soddisfazione dei bisogni di base, le preferenze rispetto al cibo e alle attività, la storia personale e a particolarità nell'esprimere disagio. Le informazioni (oltre al paziente sono fonte di informazioni i caregiver o gli infermieri della casa di riposo contattati telefonicamente) sono utilizzate per la definizione del protocollo di assistenza individuale, che prevede due gruppi di interventi: il primo finalizzato alla prevenzione del discomfort promuovendo attività in accordo alle abitudini e preferenze del paziente; il secondo finalizzato a prevenire possibili situazioni di disagio attraverso il controllo dei fattori ambientali, la comunicazione e la prevenzione o il trattamento di sintomi fisici quali il dolore, la sete, la stipsi.

I caregiver sono considerati membri a tutti gli effetti del team di cura e la elder guide individua tre ambiti di intervento rivolti ai familiari: la valutazione delle abilità di cura della famiglia, la spiegazione dei principali interventi assistenziali adottati in ospedale, le modalità di sostegno economico per facilitare la presenza dei familiari in ospedale (es. buoni pasto e parcheggio gratuiti). Molte delle informazioni rivolte ai familiari sono riassunte in un agile testo a loro rivolto e intitolato: *Grazie per essere presenti*.

Sperimentazione. Il modello ECSIP è stato sperimentato presso le divisioni di medicina e ortopedia di un ospedale universitario attraverso uno studio analitico di coorte, preceduto da un intervento formativo rivolto agli staff infermieristici delle due divisioni. L'implementazione del protocollo ha reso possibile evidenziare e risolvere eventuali aspetti nell'organiz-

zazione che avrebbero potuto ostacolarne l'utilizzo. Gli studenti infermieri hanno affiancato gli staff per tutta la durata dello studio, al fine di supportare gli infermieri nella personalizzazione del protocollo di assistenza, affiancare e educare i familiari, rilevare i dati utili ai fini della ricerca.

Lo studio prevedeva tre step di valutazione: entro 24 ore dall'ammissione, da 48 a 72 ore dall'ammissione e 24 ore prima della dimissione. Durante i 4 mesi di durata dello studio sono risultati eleggibili 181 pazienti; di questi hanno partecipato allo studio 38 soggetti per il gruppo di controllo e 43 per il gruppo sperimentale, ma solo 20 pazienti per il gruppo di controllo e 32 per il gruppo sperimentale hanno completato lo studio con la valutazione a 24 ore dalla dimissione.

Non vi erano significative differenze nei due gruppi per quanto riguarda il sesso, l'età, la provenienza all'ammissione e la diagnosi di deficit cognitivo.

Il 71% dei pazienti è rappresentato da donne con un'età media di 82 anni (range 67-101 anni); il 45% dei pazienti provengono dal loro domicilio, il 14,9% dal domicilio dei figli o di un familiare e il 39,4% da una casa di riposo. Per la valutazione delle funzioni cognitive lo studio prevedeva l'utilizzo del *Functional Activities Questionnaire* (FAQ) che indaga l'abilità di portare a termine 10 attività complesse. Il FAQ è raccomandato per lo screening della presenza o assenza di demenza (*Department of Health and Human Services*, 1996). Il 70,7% dei soggetti ammessi allo studio aveva un punteggio al FAQ maggiore di 8, compatibile con diagnosi di demenza possibile.

La presenza e la gravità del delirium è stata investigata utilizzando la *NEECHAM Confusion Scale*, una scala osservazionale a 9 item (Neelon, 1996): il 53% dei partecipanti avevano all'ammissione un punteggio alla NEECHAM inferiore a 20, che indica una confusione severa.

Risultati. L'applicazione del protocollo e la successiva valutazione dei risultati attesi ha evidenziato una significativa riduzione del delirium e una marginale riduzione della disabilità nel gruppo di intervento. Non si è osservata alcuna differenza nella durata della degenza nei due gruppi (5,23 giorni di degenza media). Il discomfort, valutato utilizzando una griglia osservazionale a 6 item (DSDAT modificato), da applicarsi a 105 situazioni di evidente disagio (venipuntura, cateterismo vescicale, medicazioni) e a 132 situazioni di possibile disagio (Hurley, 992; Miller, 2004), diminuisce nei pazienti del gruppo di intervento ricoverati in medicina e aumenta, sia nel gruppo di intervento, sia nel gruppo di controllo, ospiti in ortopedia, forse per effetto dei postumi dell'intervento, dell'immobilità e del dolore conseguenti.

Conclusioni. L'utilizzo del protocollo ha reso possibile un reale ed effettivo coinvolgimento dei familiari nella cura dei pazienti: i familiari erano infatti presenti per oltre la metà del tempo in cui erano presenti anche gli studenti infermieri cui erano affidate le cure di base e l'affiancamento dei familiari.

Gli studenti coinvolti nello studio hanno dimostrato un maggior interesse e attitudine a lavorare, una volta concluso il corso di studio, in unità geriatriche.

Raccomandazioni per l'assistenza

Implementare la ricerca di interventi alternativi che riducano la necessità di contenere nei setting per acuti, nelle strutture riabilitative e nelle case di riposo.

Si raccomanda l'adozione di un approccio standardizzato per l'uso dei mezzi di contenzione nei setting per acuti, nelle strutture riabilitative e nelle case di riposo:

1. La contenzione deve essere utilizzata come ultima risorsa e solo se i potenziali benefici sono superiori ai potenziali danni.
2. Utilizzare il minimo contenimento per il minor tempo.
3. Rivalutare frequentemente la necessità di contenere.
4. Applicare i mezzi di contenzione nel rispetto delle indicazioni fornite dal costruttore.
5. Osservare la persona durante il periodo di contenzione.
6. Durante il periodo di contenzione garantire alla persona la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore, con esclusione della notte.
7. Durante il periodo di contenzione la persona deve avere la possibilità di essere idrata, nutrita, accompagnata in bagno.
8. La valutazione di eventuali effetti dannosi direttamente attribuibili alla contenzione, quali abrasioni o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni 3 o 4 ore.
9. Registrare eventuali osservazioni rilevate durante il controllo e i conseguenti interventi adottati.

Bibliografia

- Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* 1997;45(6): 675-81.
- Miller J, Campbell J, Moore K, & Schofield A. Elder Care Supportive Interventions Protocol: Reducing Discomfort in Confused, Hospitalized Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 2004, 30(8): 1018.
- Park M., HsiaoChen Tang J AdamsS., Titler MG: EvidenceBased Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care Gerontological Nursing 2007; 33 (2):917

- b) persone con attività motoria limitata che necessitano prevalentemente di ancoraggio e supporto ortesico per mantenere una corretta postura. Il programma alternativo alla contenzione per questi pazienti prevede un programma riabilitativo e l'uso intelligente del mezzo di contenzione, che in questo caso diviene un supporto ortesico, pertanto privo di quelle accezioni negative proprie della contenzione (89).

RACCOMANDAZIONI PER L'ASSISTENZA

Sebbene ci sia ancora molta strada da compiere per cercare soluzioni che rendano possibile perseguire contemporaneamente sicurezza e libertà, è già sin da ora possibile affermare che la formazione degli operatori e la disponibilità di consulenza da parte di esperti rappresentano uno strumento per ridurre il ricorso alla contenzione fisica nei setting residenziali.

Nelle strutture residenziali i programmi di riduzione della contenzione si sono dimostrati efficaci e non si è assistito ad un aumento di incidenti significativi; l'implementazione di un programma strutturato di attività si è rilevato un utile supporto alla riduzione della contenzione.

Nelle unità per acuti solo pochi studi sono disponibili per documentare l'efficacia di interventi e programmi volti a ridurre l'utilizzo della contenzione fisica. Tuttavia i risultati sin ora documentati incoraggiano a perseguire l'adozione sistematica di modelli e programmi per la riduzione della contenzione fisica.

In entrambe i setting la ricerca di soluzioni volte a prevenire il bisogno di contenere o a sostituire la contenzione è da incoraggiare, con particolare riferimento ai pazienti che presentano uno o più fattori che li pongono a rischio di contenzione: deficit cognitivo, rischio di caduta, disabilità funzionale.

CONCLUSIONI

La pratica della contenzione fisica in geriatria non è che la punta di un iceberg nella cui restante parte sommersa si celano i diritti negati agli anziani, residenti in istituzioni più orientate a custodire che a promuovere autosufficienza e qualità di vita, o accolti nei servizi ospedalieri la cui organizzazione li definisce, spesso a torto, *ricoveri inappropriati*. Oggi in Italia gli anziani ricoverati per un evento acuto rappresentano il 40% di tutti i ricoverati, il 60% dei ricoverati nelle unità di medicina e il 25% di quelli nelle unità chirurgiche (65). La riduzione del numero degli anziani sottoposti a contenzione e delle ore/die di contenzione possono dunque essere proposte come indicatori di qualità dell'assistenza in geriatria, che necessariamente si traduce in una migliore qualità di vita degli anziani, soprattutto dei più fragili e bisognosi di cure.

BIBLIOGRAFIA

- Scherer Y.K., Janelli L.M. et al.: *The nursing dilemma of restraints*. Journal of Gerontological Nursing 17:1417, 1991.
- Strumpf N.E., Evans L.H., Schwartz D.: *Restrainfree care: for dream to reality*. Geriatric Nursing, 1990; May/June:122.
- 1994;49: 4350.
- Marks W: *Physical restraints in the practice of medicine. Current Concepts*. Arch Intern Med, 1992;152:22032206.
- Strumpf NE, Evans LK: *The ethical problems of prolonged physical restraint*. Journal of Gerontological Nursing 1991;17:2730
- PL 100203. Omnibus Budget Reconciliation Act, Subtitle C, *Nursing Home Reform*. Washington, 1987: U.S. Government Printing Office.
- Weiner C, Tabak N, Bergman R. *Use of restraints on dementia patients: an ethical dilemma of a nursing staff in Israel JONA'S healthcare law, ethics and regulation* 2003; 5(4):8793.
- Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB *Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients*. Journal of the American Geriatrics Society 2002 Mar;50(3):5269.
- Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G *Physical restraint use and falls in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society. 1996 Jun;44(6):62733.
- Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin *The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents*. G. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1998 Jan;53(1):M4752
- Capezuti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. *Side rail use and bedrelated fall outcomes among nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society. 2002 Jan;50(1):906
- Capezuti E, Wagner LM, Brush BL, Boltz M, Renz S, Talerico KA *Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes*. Journal of the American Geriatrics Society 2007 Mar;55(3):33441.
- Evans D, et al., 2002, *Physical Restraint in Acute and Residential Care*, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
- Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. *Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs*. Journal of the American Geriatrics Society. 1994 Sep;42(9):9604
- Werner P, Cohen Mansfield J, Koroknay V, Braun J. *The impact of a restraintreduction program on nursing home residents*. Geriatric Nursing: American Journal of Care for the Aging 1994;15(3):1426.
- Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. *Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society 1999;47(10):12027.
- Werner P, Cohen Mansfield J, Braun J, Marx MS. *Physical restraints and agitation in nursing home residents*. Journal of the American Geriatrics Society 1989;37(12):11226.
- Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organisations. *Preventing restraint deaths*, Sentinel Event Alert; 1998. Report No.: Issue 8.
- Miles SH, Irvine P. *Deaths caused by physical restraints*. Gerontologist 1992;32(6):7626.

20. Parker K, Miles SH. *Deaths caused by bedrails*. Journal of the American Geriatric Society 1997;45(7):797802.
21. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H *Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding*. Forensic Sci Int. 2008 Jul 4;178(23):17884. Epub 2008 May 1
22. Scott TF, Gross JA. *Brachial plexus injury due to vest restraints*. New England Journal of Medicine 1989;320:598.
23. McLardySmith P, Burge PD, Watson NA. *Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint*. Journal of Hand Surgery 1986;11:657.
24. Dube A, Mitchell E. *Accidental strangulation from vest restraints*. JAMA 1986;256:27256.
25. Langslow A. *Safety and physical restraint*. Australian Nurses Journal 1999;7(2):345.
26. Park M., HsiaoChen Tang J AdamsS., Titler MG: *Evidence Based Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care* Gerontological Nursing 2007; 33 (2):917
27. Tinetti ME, Liu W, Ginter SF. *Mechanical restraint use and fallrelated injuries among residents of skilled nursing facilities*. Annals of Internal Medicine 1992;116(5):36974.
28. Mason R, O'Connor M, Kemble S *Untying the elderly: response to qualityoflife issues*. Geriatric Nursing 1995 MarApr;16(2):6872
29. Evans LK, Strumpf NE, Allen Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. *A clinical trial to reduce restraints in nursing homes*. Journal of the American Geriatrics Society 1997;45(6):67581.
30. Kramer J. *Reducing restraint use in a nursing home*. Clinical Nurse Specialist 1994;8(3):15862.
31. Dunbar JM, Neufeld RR, Libow LS, Cohen CE, Foley WJ. *Taking charge: the role of nursing administrators in removing restraints*. Journal of Nursing Administration 1997;27(3):428.
32. Sundel M, Garrett RM, Horn RD. *Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes*. Journal of the American Geriatrics Society 1994;42(4):3817.
33. Ejaz FK, Folmar SJ, Kaufmann M, Rose MS, Goldman B. *Restraint reduction: can it be achieved?* Gerontologist 1994;34(5):6949.
34. Shadlen F. *Reducing restraint for dementia patients in long term care*. Journal of the American Geriatric Society 1991;39:A5.
35. Kramer J. *Reducing restraint use in a nursing home*. Clinical Nurse Specialist 1994;8(3):15862.
36. Swauger KC, Tomlin CC. *Moving toward restraintfree patient care*. Journal of Nursing Administration 2000;30(6):3259.
37. Chalifour R. *Implementing a nonrestraint environment*. Canadian Nurse 1997;93(6):478.
38. Jensen B, Hess Zak A, Johnston SK, Otto DC, Tebbe L, Russell CL et al. *Restraint reduction: a new philosophy for a new millennium*. Journal of Nursing Administration 1998;28(7/8):328.
39. Stratmann D, Vinson MH, Magee R, Hardin SB. *The effects of research on clinical practice: the use of restraints*. Applied Nursing Research 1997;10(1):3943.
40. Si M, Neufeld RR, Dunbar J. *Removal of bedrails on a shortterm nursing home rehabilitation unit*. Gerontologist 1999;39(5):6114.
41. Lever JA, Molloy DW, Bedard M, Eagle DJ. *Reduction of restraint use through policy implementation and education*. Perspectives 1995;19(1):38.
42. Levine JM, Marchello V, Totolos E. *Progress toward a restraintfree environment in a large academic nursing facility*. Journal of the American Geriatrics Society 1995;43(8):9148.
43. Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. *Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs*. Journal of the American Geriatrics Society 1994;42(9):9604.
44. Werner P, Koroknay V, Braun J, Cohen Mansfield J. *Individualized care alternatives used in the process of removing physical restraints in the nursing home*. Journal of the American Geriatrics Society 1994;42(3):3215.
45. Koch S, Lyon C. *Case study approach to removing physical restraint*. International Journal of Nursing Practice 2001;7:15661.
46. Moore K, Haralambous B *Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities*. J Adv Nurs. 2007 Jun;58(6):53240
47. Strumpf NE, Evans LK, Wagner J, Patterson J. *Reducing physical restraints: developing an educational program*. Journal of Gerontological Nursing 1992;18(11):217.
48. Missildine K, Harvey S. *Restraints rock*. Nursing Management 2000;31(6):44, 67.
49. Middleton H, Keene RG, Johnson C, Elkins AD, Lee AE. *Physical and pharmacologic restraints in longterm care facilities*. Journal of Gerontological Nursing 1999;25(7):2633.
50. Stolley JM. *Freeing your patients from restraints*. American Journal of Nursing 1995;February:2730.
51. Capezuti E, Talerico KA, Cochran I, Becker H, Strumpf N, Evans L. *Individualized interventions to prevent bedrelated falls and reduce siderail use*. Journal of Gerontological Nursing 1999;25(11):2634.
52. Molassiotis A. *Use of physical restraints 2: Alternatives*. British Journal of Nursing 1995;4(4):201, 1920.
53. Sloane MD. *Alternatives to physical and pharmacological restraints in long term care*. American Family Physician 1992;45(2):7639.
54. Mahoney DF. *Analysis of restraintfree nursing homes*. Image: Journal of Nursing Scholarship 1995;27(2):15560.
55. Kallmann SL, Denine Flynn M, Blackburn DM. *Comfort, safety, and independence: restraint release and its challenges*. Geriatric Nursing 1992;13(3):1428.
56. Johnson D. *Make your own chairbound alternatives!* Geriatric Nursing 1991;12(1):189.
57. Weisman G.D., Cohen U, Ray K., Day K.: *Architectural planning ad design for dementia care units*. In Coons D.H.: Specialized dementia care units, John Hopkins Unniversity Press, Baltimore, 1991.
58. Bianchetti A., Trabucchi M.: *Efficacia dei Nuclei Alzheimer nelle RSA: studio di validazione nell'ambito del Piano Alzheimer della Regione Lombardia*. Giornale di Gerontologia, 1996;44:249253.
59. Miller J, Campbell J, Moore K, & Schofield A. *Elder Care Supportive Interventions Protocol: Reducing Discomfort in Confused, Hospitalized Older Adults*. Journal of Gerontological Nursing, 2004, 30(8): 1018.
60. Negley EN, Molla PM, Obenchain J. *No exit: the effects of an electronic security system on confused patients*. Journal of Gerontological Nursing 1990;16(8):215, 367.
61. Hughes JC, Louw SJ: *Electronic tagging of people with dementia who wander* BMJ 2002; 325: 847848.
62. Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. *Fall prevention: a systematic review*. Clinical Effectiveness in Nursing 1999;3:10611.
63. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH *Interventions for preventing falls in elderly people*. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2):CD000340
64. Parker MJ, Gillespie WJ, Gillespie LD *Hip protectors for preventing hip fractures in older people*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD001255
65. Griffiths P. *Review: evidence from individually randomised trials shows that hip protectors do not reduce hip fractures in elderly people*. Evid Based Nurs. 2005 Jan;8(1):24.
66. Ministero della Salute *Statistiche sui ricoveri ospedalieri*, Anno 2005, www.ministerosalute.it

la **CONTENZIONE FISICA** *degli* **ANZIANI:** *i* **RISULTATI** *di* **ALCUNI STUDI** *di* **PREVALENZA** *dagli* **ANNI '90** *ad* **OGGI**

> Quanto è utilizzata la contenzione fisica negli anziani? Esistono delle differenze tra i vari Paesi e tra i vari *setting* di cure (ospedali e *nursing home*)? Quali sono le motivazioni addotte per giustificare il ricorso a la contenzione fisica?

La prevalenza della contenzione fisica, riportata in letteratura varia tra il 3% (1) e l'83% (2) nelle *nursing home*, e tra il 4% e il 68% negli ospedali. Uno degli elementi che diversifica la prevalenza è rappresentato dai mezzi di contenzione considerati nello studio; infatti alcuni studi includono le spondine, altri le escludono. La questione se le spondine siano un mezzo di contenzione o meno è ancora aperta; non c'è un chiaro accordo in primis tra il personale e non esistono al momento delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi. Ciononostante l'analisi delle definizioni della contenzione fisica riportate in letteratura fanno propendere per una loro inclusione. Ad esempio l'*Health Care Financing Administration* (1992) definisce la contenzione: "Ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo". Laddove le spondine sono incluse esse rappresentano il tipo di contenzione più frequentemente utilizzato, sia nelle *nursing home*, sia negli ospedali. Nelle *nursing home* (Tabella 1), oltre alle spondine, le cinture o altri mezzi fissati alle sedie e ai letti e la sedia geriatrica utilizzata per prevenire l'alzata dei pazienti sono i mezzi di contenzione più utilizzati. In ospedale (Tabella 2), oltre all'uso di cinture per sedie e per letti, è prevalente l'uso dei bracciali o di altri mezzi fissati utilizzati per immobilizzare i polsi.

Molti pazienti oltre ad essere contenuti fisicamente ricevono contemporaneamente anche farmaci psicoattivi (3, 4, 5, 6), oppure questi sono somministrati in alternativa alla contenzione fisica (6, 7).

All'interno degli ospedali l'uso della contenzione è più frequente nei reparti di medicina rispetto ai reparti chirurgici (4) e nei reparti di cure intensive rispetto a quelli non intensivi (8).

Nelle unità specializzate nell'assistenza alle persone con demenza (all'interno delle *nursing home*), sono state ritrovate differenze nel tipo di contenzione applicata rispetto ai nuclei tradizionali. I mezzi di contenzione meccanica (spondine, cinture per sedie o letti) sono applicati più frequentemente nelle *nursing home* rispetto alle unità per persone con demenza (9).

¹ Le *nursing home* corrispondono alle nostre case di riposo protette o alle residenze sanitarie assistenziali per anziani.

In merito alla durata si rileva che nelle nursing home la contenzione è usata come misura di routine. Per esempio Hamers ha rilevato che il 90% dei residenti è contenuto per almeno tre mesi; lo studio di Karlsson indica che la durata della contenzione (84%) superava il mese. Anche in ospedale il periodo di contenzione è abbastanza lungo: normalmente, laddove si decide di utilizzarla, la contenzione è applicata per tutta la durata della degenza. Irving individua che il tempo di contenzione varia in un range compreso tra 1 e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni e una mediana di 4,5. Nello studio di De Vries il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) risulta contenuto per circa 10 ore durante il giorno; nei servizi ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore è maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%). Il fatto che la contenzione sia applicata per periodi così lunghi può indicare che essa non è un intervento di urgenza, quindi “straordinario”, ma che è utilizzata come modalità assistenziale ordinaria.

Le ragioni che inducono ad applicare un mezzo di contenzione sono molteplici e differiscono tra i vari setting. In particolare nelle nursing home (tabella 3) il motivo più frequente è la prevenzione delle cadute e la gestione/controllo dell'agitazione dei residenti, mentre negli ospedali (tabella 4), tra le ragioni principali, oltre alla prevenzione delle cadute, è riportata la protezione dei presidi medicali al fine di prevenire l'interruzione di terapie o la rimozione dei presidi stessi. A queste si aggiungono il controllo della confusione e dell'agitazione. L'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, la presenza di deficit cognitivi (2, 3, 4, 5, 6, 7, 10) e il rischio di cadute (5, 7), sono i fattori che predicono un maggior ricorso alla contenzione.

Il basso numero di operatori dedicato alle cure assistenziali è un elemento che predice un elevato uso della contenzione: in particolare, il carico di lavoro del personale, generalmente legato al grado di disabilità fisica e cognitiva dei residenti, è un predittore di contenzione fisica (10). Nello studio di Irving si osserva che in ospedale il numero di operatori non è associato significativamente con il numero di pazienti contenuti, tranne nel caso in cui ad un basso numero di operatori sia associata l'età molto avanzata dei pazienti. Gallinagh ha messo in luce che la riduzione del personale in alcune fasce orarie (pomeriggio e notte) determina un maggior utilizzo delle spondine al letto.

L'impatto sul ricorso alla contenzione delle caratteristiche strutturali, come la dimensione dei servizi e il numero di residenti, è controversa e differisce nei vari studi e nei diversi Paesi: Feng ha riscontrato un minor utilizzo della contenzione nelle nursing home di grandi dimensioni in Canada e in Finlandia, ma non negli altri Paesi coinvolti nell'indagine. Hantikainen invece indica che il personale che lavora in unità con più di 25 residenti riferisce un più frequente ricorso alla contenzione fisica rispetto al personale che lavora in unità più piccole (dai 10 ai 25 residenti).

L'atteggiamento del personale nei confronti della contenzione, le conoscenze specifiche, il livello di soddisfazione lavorativa possono essere dei deterrenti importanti; per esempio lo studio di Karlsson fa emergere che una bassa attitudine all'utilizzo della contenzione da parte del personale è associata significativamente all'assenza di contenzione o ad una bassa applicazione. Il livello di conoscenza del personale, riguardo alle istruzioni operative sull'uso della contenzione, risulta più alto nei servizi in cui la contenzione non viene utilizzata, rispetto a quelli dove l'utilizzo è moderato o alto. Inoltre, nei servizi in cui la contenzione non è applicata il livello di soddisfazione del personale è significativamente più alto.

Nel recente studio di Feng è riportata negli Usa una bassa prevalenza della contenzione rispetto ad altri Paesi e rispetto agli anni '90. Tale risultato è verosimilmente legato agli standard definiti in un regolamento federale emanato alla fine degli anni '80 (11) il quale si poneva tra l'altro l'obiettivo di ridurre la contenzione fisica. Esso infatti stabilisce che “i residenti hanno diritto di essere liberi dalla contenzione fisica e farmacologica quando utilizzata per fini punitivi o interessi organizzativi e quando non sia rivolta al trattamento di problemi clinici”. Allo stesso modo in altri Paesi (Austria, Danimarca, Germania e Olanda), in cui esiste una regolamentazione specifica sull'uso della contenzione fisica, è riportata una minore prevalenza rispetto ad altri stati europei in cui è assente (12).

Tabella 1 - PREVALENZA DELLA CONTENZIONE FISICA NEGLI OSPEDALI

Autore/i Anno	Paese	%	Mezzi di contenzione
Minnick et al. 1998	USA	5,8	Bracciali o altri mezzi fissati ai polsi bilaterali (59%) unilaterali (14%) Pettorine (16%) <i>Spondine Escluse</i>
Irving 2004	Australia	9,4 *	Spondine (62%) Contenzione farmacologica (17%) Pettorine (9)
De Vries 2004	Nove Paesi europei (Austria, Belgio, Francia, Danimarca, Repubblica Ceca, Finlandia, Germania, Svizzera, Olanda)	% Media: 4,0** Range 0-22	Cinture (o altri mezzi) fissate alle sedie (60%) Cinture (o altri mezzi) fissate ai letti (27%) <i>Spondine Escluse</i>
Gallinagh 2002	Irlanda del Nord	68,0***	Spondine bilaterali Spondine unilaterali Letto contro la parete Sedie molto basse Tavolino per carrozzine

* Ospedale Universitario

** 17 Reparti di geriatria ospedalieri

*** Reparti di Riabilitazione

Tabella 3 - MOTIVAZIONI ADDOTTE ALL'USO DELLA CONTENZIONE FISICA NELLE NURSING HOME

Autore	Motivazioni all'uso della contenzione	%
Hantikainen 1998	Autolesionismo del paziente Scarsa consapevolezza dei residenti della loro incapacità di deambulare Evitare di disturbare altri residenti Irrequietezza/agitazione Aggressività	% non definite
Karlsson 2001	Prevenire le cadute Supporto posturale	44 29
Hamers et al 2004	Prevenire le cadute Agitazione Protezione dei presidi medicali	80 24 1
De Vries 2004	Prevenire le cadute Agitazione psicomotoria	67 12

Tabella 4 - MOTIVAZIONI ADDOTTE ALL'USO DELLA CONTENZIONE FISICA IN OSPEDALE

Autore	Motivazioni all'uso della contenzione	%
Minnick et al. 1998	Prevenire le interferenze del paziente nella somministrazione della terapia Confusione Prevenire le cadute Proteggere da lesioni secondarie a wandering Gestione dei disturbi del comportamento Supporto posturale Personale insufficiente Altro	53 17 13 6 6 1 > 1 4
Irving 2004	Prevenire le cadute in pazienti che hanno scarsa consapevolezza della loro compromissione della mobilità Controllo dell'agitazione Prevenire il wandering Prevenire lesioni allo staff ed ad altri Prevenire le interferenze del paziente nella somministrazione della terapia Motivazione non definita	59 21 7 7 4 2
De Vries 2004	Prevenire le cadute Agitazione psicomotoria	67 12
Gallinagh 2002	Wandering Supporto posturale Confusione Prevenire le cadute Andatura instabile Altro	89 88 80 58 54 40

Tabella 2 - PREVALENZA DELLA CONTENZIONE FISICA NELLE NURSING HOME

Autore/i anno	Paese	%	Tipo di contenzione (%)
Ljunggren 1997	1. Danimarca	4,5	Sedia geriatrica (1,6)
	2. Francia	38,3	Sedia geriatrica (14,8)
	3. Islanda	18,4	Sedia geriatrica (6,5)
	4. Italia	38,7	Sedia geriatrica (13,5)
	5. Giappone	9,4	Sedia geriatrica (3,2)
	6. Spagna	83,3	Sedia geriatrica (37,9)
	7. Svezia	42,7	Busti o pettorine (11,6)
	8. USA	35,2	Busti o pettorine (12,0)
Hantikainen 1998	Svizzera	Media 3,7	Spondine (58)
		(range 121)	Cintura di sicurezza/pettorina per sedie (36)
			Cintura di sicurezza per letti (23)
			Sedia geriatrica con tavolo (9)
Karlsson 2001	Svezia	24,0 (NH)*	Porta della camera chiusa (3)
		9,0 (USD)**	Cinture per sedie (62)
Kirkevold, Engedal 2004	Norvegia	36,7(NH)	Tavoli per carrozzine (35)
		45,0 (USD)	Spondine Escluse
			NH
			USD
			Contenzione meccanica (23,3) 12,8
			Contenzione non meccanica (3,0) (8,3)
Hamers et al 2004	Olanda	49,0	Sorveglianza elettronica (0,9) (7,2)
			Uso della forza durante esami o trattamenti medici (13,5) (19,1)
			Uso della forza nelle ADL (16,6) (20,9)
			Spondine (98)
De Vries 2004	Nove Paesi europei (Austria, Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Svizzera, Olanda)	Range 0-22 % media: 7,0	Cinture (o altri mezzi) fissate alle sedie (60%)
			Cinture (o altri mezzi) fissate ai letti (27%)
			Spondine Escluse
Meyer 2008	Germania	26,2	Spondine (24,5)
		39,8	Cinture per carrozzine o letto (2,7)
		(follow up di 12 mesi)	Tavolo per carrozzina (2,1)
Feng 2009	Canada	31,4	Non è definita la percentuale di ciascun mezzo di contenzione.
	Finlandia	28,0	
	Hong Kong	20,2	
	Svizzera	6,1	
	USA	8,8	

*NH: Nursing Home

**USD: Unità Specializzate per Demenza (all'interno di nursing home)

BIBLIOGRAFIA

- Hantikainen Virpi, Physical Restraint: a descriptive study in swiss nursing homes, *Nursing Ethics*, 1998; 5; 330
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A., Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 Suppl 2:437.
- Feng Z., Hirdes J.P., Smith T. F., FinneSoveri H., Chi I., Du Pasquier J.N., Gilgen R., Ikegami N., Mor V., Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a crossnational study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009.
- Irving Kate, Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals, *Australian Journal of Advanced Nursing*; JunAug 2004; 21, 4;
- Meyer G., Köpke S., Haaster B., Mühlhauser I., Restraint use among nursing home resident: cross sectional study and prospective cohort study, *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 18, 981990
- Gallinagh Róisín, Nevin Rosemary, Mc Ilroy David, Mitchell Fionnuala, Campbell Linda, Ludwick Ruth, McKenna Hugh, The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study, *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002) 147-156
- Hamers J. P.H., Gulpers Math J.M., Strik Willem, Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(3), 246-251
- Minnick A. F., Mion L. C., Leipzig R., Lamb K., Palmer R. M., Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting, *The Journal of Nursing Administration*, Volume 28(11), November 1998, pp 1924.
- Kirkevold Øyvind, Engedal Knut, Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes, *Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 281-286
- PL 100203. Omnibus Budget Reconciliation Act, Subtitle C, Nursing Home Reform. Washington, 1987: U.S. Government Printing Office.
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO., Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings, *Journal American Geriatric Society*, 2001 Dec;49(12):17228.
- De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T; European Academy of Medicine of Ageing Course III. 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*. 2004 Sep;59(9):M91920.