

# LIBERI DA CONTENZIONE

**Esperienze  
e ricerche  
in Medicina  
Generale**

COSIMO DE CHIRICO

Medico di Medicina Generale, Pieve di Soligo

*Progetto assistenziale per il miglioramento della qualità di vita delle persone non autosufficienti ospiti dell'Istituto Bon Bozzolla attraverso l'eliminazione della contenzione fisica inappropriata e la sua corretta applicazione.*

*Gruppo di progetto: M. Barina, M. Antoniazzi, L. Barriviera e M. Sartori (infermiere), A. Franco e M. Spadetto (fisioterapisti), D. Zambon e B. Volpi (OTA), C. Dall'Asta (animatrice), M. Da Rech e F. Andreola (coordinatori).*

La contenzione viene definita una tecnica di limitazione delle possibilità di movimento di un soggetto, attuata con mezzi fisici e/o farmacologici<sup>1</sup>; mentre i mezzi di contenzione sono strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti "volontari" dell'intero corpo o di un suo segmento<sup>2</sup>. Da questa definizione emerge la possibilità di un uso differente dei presidi per la contenzione, ovvero per la contenzione vera e propria, quando viene violata la libertà di movimenti volontari, oppure per correggere le posture inadeguate quando vengono utilizzate per l'allineamento posturale.

La contenzione è una pratica utilizzata molto nelle residenze per anziani, con lo scopo di prevenire i danni da caduta, di controllare i comportamenti disturbanti, quali l'aggressività e il vagabondaggio, e di consentire la somministrazione di un trattamento medico senza l'interferenza del paziente. Pratica comune nelle *nursing home* statunitensi per la prevenzione delle cadute, per cautelare il personale di assistenza da possibili implicazioni legali<sup>3</sup>, la contenzione fisica è pressoché sconosciuta nei paesi del nord Europa, quali la Svezia e la Danimarca. In Italia la prevalenza della contenzione nelle residenze per anziani varia al 17,5 al 61%.

In realtà si tratta di un intervento raramente appropriato nell'anziano<sup>3,4</sup> a causa delle sequele su molte funzioni fisiche e psichiche, non più stimolate adeguatamente<sup>5</sup>. Si riduce la massa e il tono muscolare, peggiora l'osteoporosi, aumenta l'incontinenza fecale e urinaria e le infezioni, si perdono progressivamente le funzioni di vita quotidiana, come alimentarsi, vestirsi, lavarsi<sup>6</sup>. Si aggiungono

le lesioni provocate dai presidi inadeguati o nel tentativo di liberarsene<sup>7</sup>. Pesanti sono le sequele sul piano psicologico, anche se si tratta di pazienti confusi o dementi: dall'agitazione all'umiliazione, alla paura, all'apatia, alla deprivazione neuro-sensoriale. Le cadute, motivo per cui viene usata la contenzione, spesso non diminuiscono e gli esiti sono più rovinosi<sup>8-10</sup>. La mortalità nei pazienti sottoposti a contenzione pare sia maggiore, anche se è difficile quantificarla<sup>11</sup>.

Sul piano medico-legale occorre ricordare che la Costituzione Italiana sancisce l'inviolabilità della libertà personale (art. 13), e la necessità del consenso informato all'atto terapeutico (art. 32); mentre con l'art. 591 del codice penale, si configura il reato di abbandono di incapace qualora non vengano prese misure protettive in caso di pericolo di danno grave non altrimenti evitabile che con la contenzione.

## MOTIVAZIONI

L'Istituto Bon Bozzolla di Soligo è una Casa di Riposo per persone non autosufficienti; ne risiedono 115 distribuiti in due piani, ognuno gestito da personale proprio. L'età media è di 81 anni in entrambi i piani, mentre è differente la distribuzione per sesso: 34% maschi e 66% femmine al 1° piano, rispettivamente contro il 26 e 74% al 2° piano. La patologia prevalente è rappresentata dalle demenze (> 60%).

Da un'indagine epidemiologica di prevalenza, condotta in aprile 2002 nell'Istituto, è emerso un diverso uso dei presidi per la contenzione nei due piani<sup>12</sup>: al 1° piano 9 (15%) ospiti su 58 utilizzano i presidi per la contenzione per prevenire le cadute; nessuno per il controllo dei disturbi comportamentali. 12 (21%) ospiti usano i presidi per allineamento posturale. Le cadute nei tre mesi precedenti la rilevazione (maggio-luglio 2002) sono state 3 con esiti modesti (abrasioni, ferite) e 4 senza esiti. 16 ospiti complessivamente usano psicofarmaci, 5 dei quali sono in contenzione. Al 2° piano 21 ospiti su 57 (37%) utilizzano presidi per la contenzione dei quali 8 (14%) per prevenire le cadute, 11 (19%) per controllare i disturbi comportamentali, 2 (4%) per facilitare la somministrazione di terapie. 20 (35%) ospiti utilizzano presidi per allineamento posturale. Le cadute sono state 6 con esiti, non gravi e 6 senza esiti. 33 ospiti assumono psicofar-

## **Finalità generale dell'intervento di miglioramento**

La finalità generale dell'intervento è quella di utilizzare appropriatamente la contenzione fisica e le modalità applicative al fine di garantire la migliore qualità di vita possibile.

### **Obiettivi specifici**

1. Ridurre complessivamente il ricorso alla contenzione a meno del 20% degli ospiti.
2. Ridurre la variabilità tra i due piani di almeno il 50%.
3. Eliminare la contenzione per il controllo dei disturbi comportamentali (aggressività, vagabondaggio), tranne nelle situazioni eccezionali di emergenza per prevenire danni reali al paziente o agli altri.
4. Limitare il ricorso alla contenzione ai pazienti con elevato rischio cadute, determinato da un test di Tinetti < 19.
5. L'eventuale utilizzo di più di un presidio contenitivo contemporaneamente non deve superare il 10% del numero complessivo delle contenzioni.

maci, dei quali ben 23 riguarda i pazienti in contenzione. In entrambi i piani non c'è una linea guida scritta per la contenzione.

L'analisi quali-quantitativa dei dati fa emergere l'esistenza di alcune aree critiche dell'assistenza suscettibili di miglioramento, quali la riduzione complessiva della contenzione, in particolare quella utilizzata per il controllo dei disturbi del comportamento, nonché di modalità di utilizzo dei presidi.

Il personale dell'istituto ritiene che il proprio lavoro sia orientato a rendere autonome le persone, perciò occorre dotarsi di una linea guida<sup>12</sup>, tuttavia le conoscenze sulle indicazioni alla contenzione e sulle sequele psicofisiche della contenzione necessitano di essere implementate; occorre pertanto formare il personale di assistenza se si vuole cambiare metodo di lavoro.

## **MATERIALI E METODI**

1. Indagine epidemiologica di prevalenza sulla contenzione, sulle indicazioni, sulle modalità applicative e sull'uso di psicofarmaci (sedativi, ipnotici, neurolettici) viene condotta in aprile 2002 separatamente nei due piani, allo scopo di contestualizzare le aree critiche per meglio modulare gli interventi di miglioramento.
2. Rilevazione delle cadute, utilizzando apposita scheda, riferita ai 3 mesi precedenti l'applicazione del progetto di miglioramento (maggio-luglio 2002), differenziando le cadute con esiti (ferite, contusioni, fratture, emorragie), da quelle senza esiti; vengono confrontate con quelle registrate nei 4 mesi successivi all'applicazione del progetto.
3. Indagine sulle opinioni del personale circa la percezione del problema, le conoscenze sulle indicazioni alla contenzione e sulle sequele psico-fisiche.
4. Corso di formazione multidisciplinare allo scopo di implementare le conoscenze del personale e di porre le basi cognitive per l'elaborazione e la condivisione delle strategie operative raccolte in una linea guida.

5. Produzione e implementazione della linea guida (allegata), ad opera del Gruppo di Progetto multidisciplinare appositamente costituito. La linea guida viene condivisa da tutto il personale e l'implementazione in incontri periodici da parte del gruppo di progetto.
6. Le decisioni in merito alla contenzione vengono assunte nell'ambito dell'Unità Operativa Interna, composta da tutte le componenti professionali dell'Istituto, con l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale (scheda SVAMA per la valutazione dei profili di dipendenza, MMSE per la valutazione dello stato cognitivo, il Test di Tinetti per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura, ADL per la valutazione delle funzioni quotidiane, ADL mobilità, Scheda sociale per valutare il grado di relazione ambientale). L'indicazione alla contenzione viene registrata in apposita scheda.
7. Il monitoraggio della linea guida e la verifica dei risultati verranno realizzate in apposite riunioni del gruppo di progetto che analizzerà la scheda, la stessa utilizzata per l'indagine epidemiologica iniziale. Le riunioni saranno guidate dal referente di progetto e strutturate in modo da analizzare in particolare gli indicatori di seguito elencati per la Valutazione complessiva del progetto.

### **Indicatori**

1. N. complessivo di pazienti che utilizzano presidi per la contenzione.
2. N. contenzioni in pazienti con rischio di cadute (scala Tinetti < 19).
3. N. contenzioni in pazienti con basso rischio di cadute (scala di Tinetti >19).
4. N. contenzioni in pazienti con disturbi del comportamento.
5. N. contenzioni in emergenza in situazioni di reale grave rischio per il paziente o per gli altri.
6. N. contenzioni per facilitare la somministrazione della terapia (es. fleboclisi) in pazienti con disturbi psichici che interferiscono sull'intervento.

7. N. di pazienti che utilizzano i presidi a scopo di allineamento posturale.
8. N. di pazienti che utilizzano più di un presidio per la contenzione nello stesso momento.
9. N. di cadute con e senza esiti. Obiettivo: non superiore al trimestre precedente l'applicazione del progetto.
10. N. di pazienti in trattamento con psicofarmaci, in contenzione fisica e senza contenzione.

## RISULTATI

I risultati sono riassunti in Tabella I.

La verifica a 4 mesi dall'applicazione della linea guida fa rilevare una riduzione del 40% del numero complessivo

dei pazienti che utilizzano presidi per la contenzione e per l'allineamento posturale; in particolare la riduzione ha interessato i pazienti con disturbi comportamentali (Fig. 1). Contemporaneamente si è verificata una riduzione delle cadute (-58%), sia con, sia senza esiti (Fig. 2). Anche il numero dei pazienti in trattamento con psicofarmaci, quali neurolettici, ansiolitici e ipnotici, si è ridotto in termini di prevalenza del 22% (Fig. 3).

L'analisi dei dati separata tra i due piani fa emergere una sensibile riduzione della variabilità della contenzione esistente prima dell'applicazione del progetto.

Al 1° piano la contenzione, applicata solo ai pazienti con alto rischio per cadute, è lievemente ridotta, e contemporaneamente è aumentato il numero di pazienti che usano

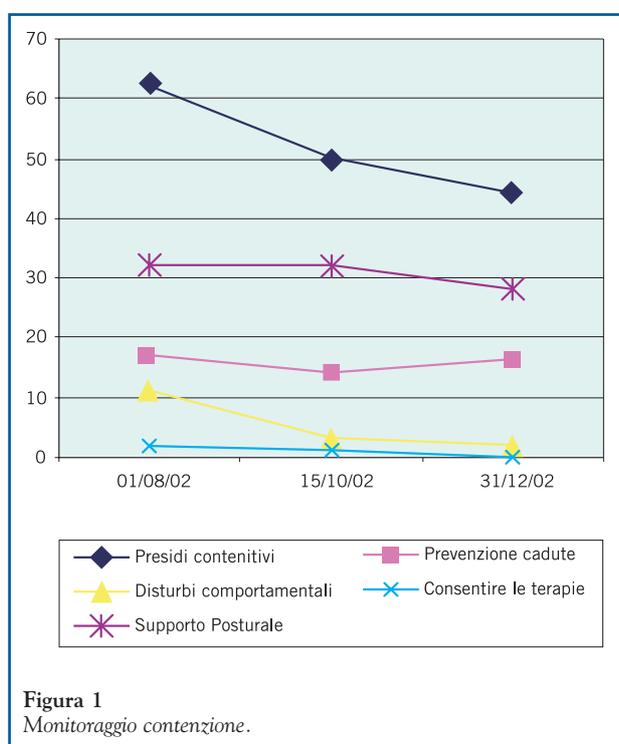


Figura 1  
Monitoraggio contenzione.

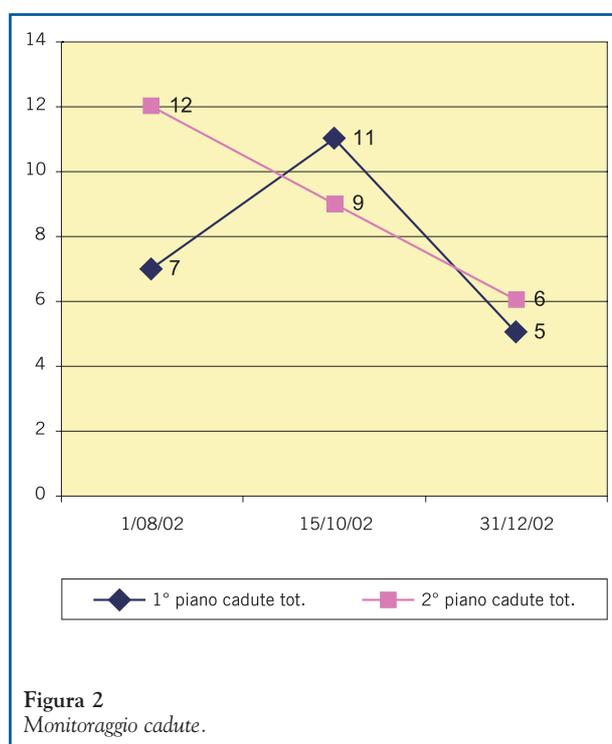
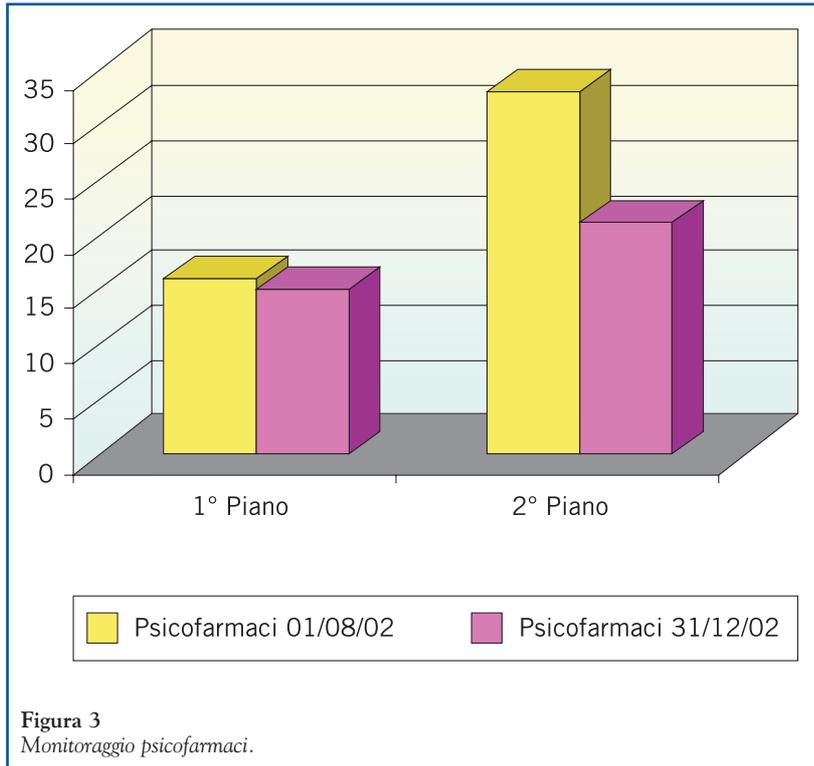


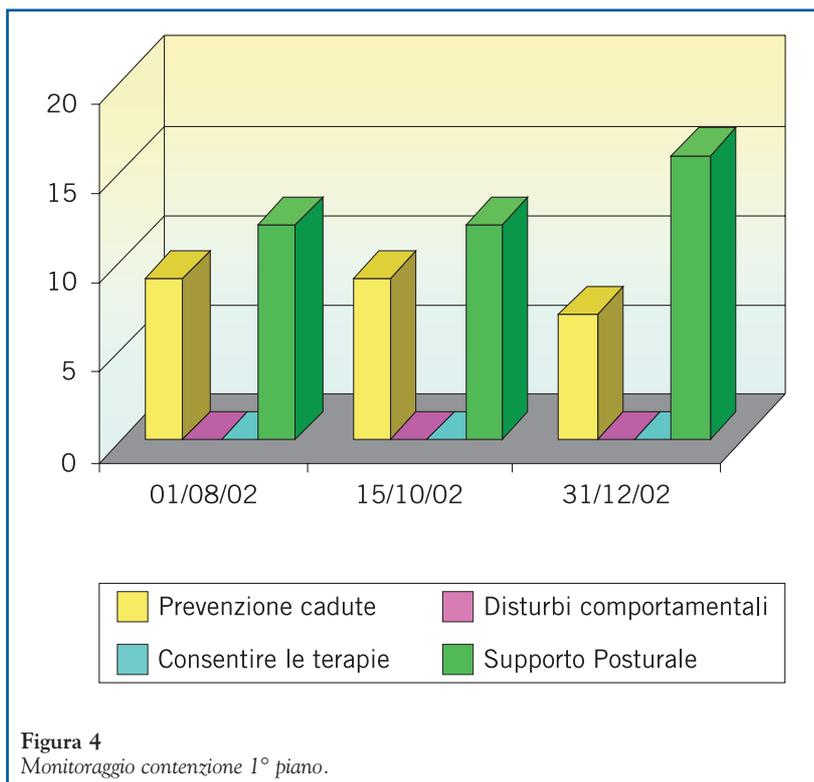
Figura 2  
Monitoraggio cadute.

**TABELLA I**  
**Monitoraggio della contenzione e correlazione con uso di psicofarmaci e cadute.**

	01/08/2002	15/10/2002	31/12/2002
Pazienti con presidi per la contenzione (%)	62 (54%)	50 (43%)	44 (38%)
Contenzione vera:			
Motivazioni			
Prevenzione cadute	17 (15%)	14 (12%)	16 (14%)
Controllo disturbi comportamentali	11 (10%)	3 (3%)	2 (2%)
Consentire somministrazione terapie	2 (2%)	1 (1%)	0
Supporto posturale	32 (28%)	32 (28%)	28 (24%)
Cadute			
Con esiti (ferite, contusioni ecc.)	9	11	4
Senza esiti	10	9	7
Pazienti in trattamento con psicofarmaci	49 (43%)		36 (29%)



presidi per supporto posturale (Fig. 4). La contenzione non è stata applicata a nessun paziente con disturbi comportamentali o per permettere la somministrazione di terapie. Le cadute sono ridotte da 7 (3 con esiti traumatici e 4 senza) a 5 (3 con esiti e 2 senza). I pazienti che usano psicofarmaci sono passati da 16 a 15; nessuno dei 7 pazienti in contenzione ne fa uso.



Al 2° piano dell'Istituto la contenzione si è ridotta del 52%, in particolare per i pazienti con disturbi comportamentali. Si sono ridotte anche le contenzioni per la somministrazione delle terapie da 2 a 0 pazienti, mentre è aumentata di una unità, da 8 a 9, la contenzione per prevenzione di cadute (Fig. 5). I pazienti che utilizzano psicofarmaci sono passati da 33 a 21, mentre le cadute sono ridotte da 12 (6 con esiti e 6 senza) a 6 (1 con esiti e 5 senza).

11 dei 18 pazienti in contenzione (pari al 61%) fa uso di due presidi per la contenzione nello stesso momento.

## CONCLUSIONI

L'analisi quantitativa e qualitativa della contenzione nei due piani ha consentito di evidenziare le aree critiche sulle quali si è concentrato l'intervento di miglioramento dell'assistenza. In particolare l'applicazione della linea guida ha consentito di ridurre significativamente la contenzione per disturbi comportamentali nel 2° piano dell'Istituto, essendo un'indicazione impropria, e di ridurre di oltre il 50% la variabilità di trattamento tra i due piani. Le cadute, motivo per cui la contenzione è indicata, sono ridotte, non solo quelle senza esiti, ma anche quelle con esiti traumatici, a conferma che la contenzione non riduce il rischio cadute, né i danni da caduta. La riduzione del consumo di psicofarmaci ha riguardato solo il 2° piano, dove il consumo era doppio rispetto al 1°, ed è coinciso con la riduzione della contenzione, ovvero è diminuito il bisogno di trattare i disturbi comportamentali. Il numero relativamente elevato (61%) dei pazienti che utilizzano contemporaneamente più di un presidio per la contenzione è giustificato dalla necessità di evitare le cadute dal letto provocate dallo scavalco delle spondine, utilizzando contemporaneamente la fascia addominale a letto; questo metodo ha consentito anche di evitare pericolose lesioni da fascia addominale in quei pazienti particolarmente ipercinetici se non ci fosse stato l'uso contemporaneo delle spondine. Altri aspetti critici sui quali il progetto ha determinato un cambiamento sono: la valutazione multidimensionale del paziente e il processo decisionale, illustrati nella linea guida allegata. In particolare la decisione nel singolo pazien-

te sull'utilizzo della contenzione spetta al medico, ma viene concordata in Unità Operativa Interna sulla base della valutazione fatta dai professionisti con strumenti validati (Test Tinetti, ADL, MMSE ecc.).

Il modello assistenziale è suscettibile di ulteriore miglioramento con l'implementazione degli interventi alternativi alla contenzione; in particolare con l'adozione di presidi protettivi (caschi, imbottitura trocanterica) e di attrezzature che rendono meno lesive le eventuali cadute (letti ad altezza regolabile, carrozzine ergonomiche, poltrone reclinabili posteriormente) e sistemi di sicurezza ambientale privi di ostacoli.

### Bibliografia

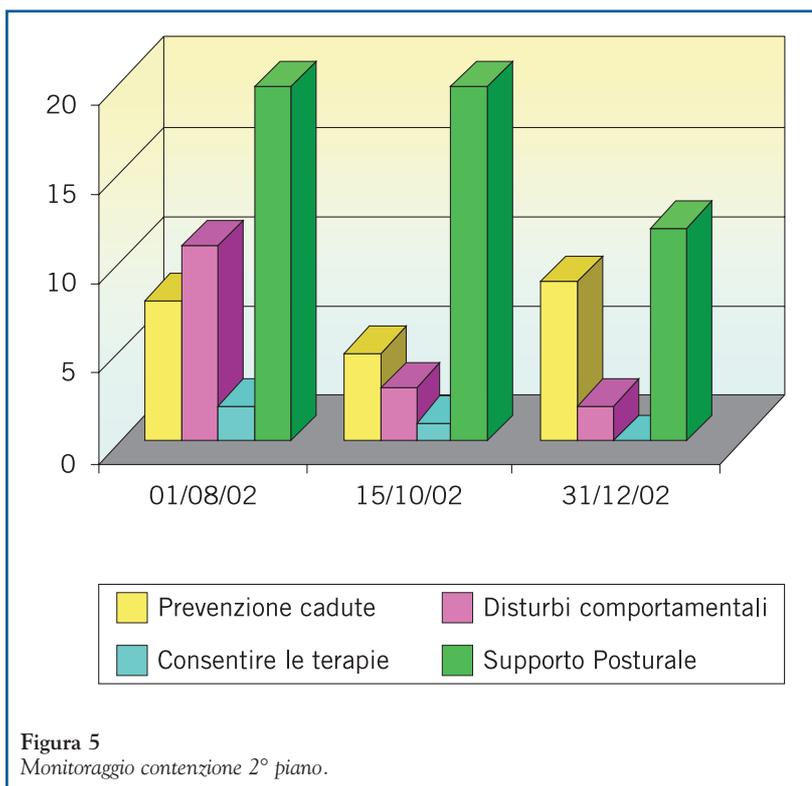
- <sup>1</sup> Cester A. *Uso e pratica della contenzione*. In: Cester A, Gumirato G, eds. *I percorsi della contenzione dal caos al metodo*. Treviso: Manuali Edizioni VEGA 1997:19-35.
- <sup>2</sup> Cester A. *Dagli aspetti teorici alle necessità operative del contenimento: gli strumenti, le tecniche e i materiali*. In: Cester A, Gumirato G, eds. *I percorsi della contenzione dal caos al metodo*. Treviso: Manuali Edizioni VEGA 1997:42-8.
- <sup>3</sup> Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. *Falls among nursing Home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs*. J Am Geriatr Soc 1994;42:960-4.
- <sup>4</sup> Ouslander JG, Osterweil D, Morley J. *Medical care in the nursing Home*. McGraw Hill, Inc. 1991:129-33.
- <sup>5</sup> Pajusco E, De Leo D. *Conseguenze del contenimento sul paziente anziano*. In: De Leo D, Stella A, eds. *Manuale di psichiatria dell'anziano*. Padova: Piccin 1994:713-25.
- <sup>6</sup> Evans LK, Strumpf NE. *Myths and facts about restraints for the elderly*. J Nursing 1991;22:124-7.
- <sup>7</sup> Calder CJ, Kirby RL. *Fatal wheelchair-related accidents in the United States*. Am J Phys Med Rehabil 1990;69:184-90.
- <sup>8</sup> Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. *Falls in the nursing home*. Ann Intern Med 1994;121:442-51.
- <sup>9</sup> Brady R, Chester FR, Pierce LL, Salter JP, Schreck S, Radziewicz R. *Geriatric falls: prevention strategies for the staff*. J Gerontol Nurs 1993;19:26-32.
- <sup>10</sup> Ginger FS, Mion LC. *Falls in the nursing home: preventable or inevitable?* J Gerontol Nurs 1992;18:43-8.
- <sup>11</sup> Evans LK, Strumpf NE. *Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint*. J Am Geriatr Soc 1989;37:65-74.
- <sup>12</sup> De Chirico C. *Epidemiologia della contenzione e le opinioni del personale di due nuclei della casa di riposo Istituto Bon Bozzola di Sligo*. G Gerontol 2002;L(Suppl.5);126.

## LIBERI DA CONTENZIONE

### Linea guida

La linea guida si articola in 4 punti:

1. la prescrizione della contenzione e le modalità;
2. i criteri di inclusione e di esclusione dalla contenzione;
3. le modalità di gestione della contenzione;
4. i sistemi alternativi.



**Figura 5**  
Monitoraggio contenzione 2° piano.

Si adoperano apposite schede per la registrazione della contenzione.

### Prescrizione della contenzione

- La contenzione è una prescrizione che spetta al Medico, che ne indica le motivazioni, le modalità e la durata scritte sul diario clinico; la decisione va condivisa in Unità Operativa Interna, ad eccezione di provvedimenti di emergenza, sulla base della valutazione multidimensionale e multidisciplinare; si informano i familiari con quali si cerca il consenso e la persona interessata se è in possesso delle facoltà mentali per esprimere il consenso. Qual'ora la decisione viene assunta al di fuori della Unità Operativa e in condizioni di non emergenza, la stessa viene concordata con il personale infermieristico e di assistenza.
- La valutazione multidimensionale ad opera delle figure multiprofessionali consente di acquisire le conoscenze necessarie per assumere le decisioni in merito;
  - a. medico: esegue la valutazione clinica;
  - b. infermiere: compila la scheda di accoglimento e di monitoraggio infermieristico;
  - c. fisioterapista: compila la scala di Tinetti per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura, ed esegue la valutazione funzionale relativa alle risorse fisiche residue;
  - d. operatore: compila la scheda sulle abilità funzionali delle attività quotidiane (ADL);
  - e. animatore-Psicologo-Logopedista: eseguono la valutazione psicoaffettiva, sociale, cognitiva (SCHEDA SVAMA. MMSE);
  - f. i Coordinatori dei due piani si adoperano quali

garanti della corretta applicazione delle procedure da parte del personale.

#### Quando la contenzione può essere usata

- Elevato rischio cadute, determinato di norma da un valore della scala di Tinetti < 19.
- Protezione per dispositivi terapeutici in soggetti con disturbi psico-comportamentali (es.: fleboclisi, PEG, catetere vescicale), dopo ripetuti tentativi di manomissione del dispositivo.
- Situazioni di emergenza per prevenire rischi immediati e gravi di auto-eterolesionismo.

#### Quando la contenzione non va usata

- Per controllare gli stati di irrequietezza e di agitazione.
- Per limitare il vagabondaggio dei malati dementi.
- Per motivi che non hanno nulla a che vedere con la salute della persona.

#### Modalità di utilizzo della contenzione

- Deve essere usato il mezzo meno restrittivo possibile; i presidi devono essere imbottiti allo scopo di ridurre le probabilità di danno da pressione, abrasione o stiramento sui sottostanti tessuti e devono essere usati preferibilmente uno alla volta. I presidi ammessi sono:
  1. divaricatore inguinale;
  2. piano di appoggio fisso per carrozzina;
  3. imbracatura inguinale;
  4. spondine per letto;
  5. fascia addominale per letto e per carrozzina;
  6. corpetti;
  7. bracciali per polsi e caviglie;
  8. manopole per mani e polsi. Il corredo dei mezzi di contenzione va aggiornato in relazione alla immissione in commercio di nuovi presidi più confortevoli.
- In rare occasioni, la contenzione di breve durata può essere indicata per effettuare terapie in pazienti anziani confusi. In questi casi è necessaria la prescrizione medica che va rinnovata ogni 24 ore.
- Nelle situazioni di urgenza, per auto o etero-lesionismo, la decisione di adottare le misure contenitive, dopo aver verificato l'impossibilità di interventi alternativi, può essere assunta da qualsiasi operatore, che adopererà il mezzo più appropriato, e rivalutata appena possibile dal medico per verificarne l'utilità.
- Nelle persone allettate con dubbio rischio cadute, la contenzione va applicata a scopo cautelativo per un

periodo variabile, di norma entro la settimana, per consentire una più precisa valutazione del rischio.

- Sia i pazienti che gli strumenti di contenzione devono essere controllati frequentemente e il dispositivo rimosso periodicamente. Una persona immobilizzata in sedia deve essere periodicamente fatta muovere e, se possibile, fatta camminare a intervalli ragionevoli. Adeguata attenzione deve essere posta alla idratazione, all'evacuazione, al confort. Devono essere assicurati sufficienti relazioni sociali.
- La contenzione va rivalutata periodicamente, in base al programma stabilito; la rivalutazione deve essere anticipata ogni qualvolta, su segnalazione del personale, volontari, familiari, subentrano indicazioni all'utilizzo di misure alternative.
- Le decisioni assunte relative all'applicazione o alla rimozione della contenzione o all'utilizzo di mezzi alternativi vanno comunicate con avviso scritto ed esposto in bacheca interna.

#### I sistemi alternativi alla contenzione

I sistemi alternativi all'uso della contenzione vengono attuati per ridurre il rischio di cadute e per rendere meno drammatici gli esiti delle cadute stesse.

- Letti ad altezza variabile che, abbassati, riducono la gravità di eventuali cadute.
- Sedie inclinate con la gambe posteriori più corte.
- Calzature chiuse con suola idonea al tipo di deambulazione.
- Caschi di protezione imbottiti per attutire gli eventuali traumi cranici.
- Imbottitura trocanterica.
- Ausili per la deambulazione: bastone, tripode, girello.
- Sistemi di sicurezza ambientali, quali corrimano, rimozione di ostacoli lungo il percorso e sistemazione di punti sosta (sedie) lungo il tragitto; rialzo del wc; illuminazione specie notturna lungo il percorso per il bagno; mimetizzazione delle vie d'uscita.

#### Bibliografia

- <sup>1</sup> Use of restraints-federal standard. Washington, DC, Departement of Health and Human Services, 1984. In: Marini G, Salsi A, eds. *La contenzione nell'anziano confuso: principi e pratica*. Argomenti di Gerontologia 1994;6:37-44.
- <sup>2</sup> Wright GS. *Nursing the Older Patient*. London: Harper Ron Publishers 1999.
- <sup>3</sup> Brungardt GS. *Patient restraints: new guidelines for a less restrictive approach*. Geriatrics 1994;49:43-50.