

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Contenzione fisica – Parte 1: l'uso nei reparti per acuti e residenziali

Introduzione

La contenzione fisica delle persone durante il ricovero nei reparti per acuti e residenziali è una pratica comune da molti anni. C'è una preoccupazione crescente rispetto l'uso di questi dispositivi durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria e per questo motivo l'Istituto Joanna Briggs ha condotto una revisione sistematica per riassumere le migliori evidenze su questo argomento¹. Vista la vasta portata di questa revisione, i risultati sono stati riassunti in due parti di "Best Practice" e inoltre sono disponibili elettronicamente al www.joannabriggs.edu.au

Parte 1: Contenzione fisica

Il primo Best Practice parla dell'uso della contenzione fisica, l'impatto di essere contenuto ed il rischio di eventi avversi associati alla contenzione fisica. Le raccomandazioni che emergono da questa revisione sono presenti in questo foglio informativo.

Questo foglio informativo comprende i seguenti concetti:

- La pratica corrente
- Le caratteristiche della popolazione sottoposta a contenzione
- Le ragioni per contenere le persone
- Lesioni e contenzione fisica
- L'esperienza della contenzione
- La minimizzazione della contenzione.

Parte 2: minimizzazione della contenzione

Il secondo Best Practice si focalizza specificatamente sulla minimizzazione della contenzione. Gli approcci alla minimizzazione della contenzione che

Livelli di Evidenza

Tutti gli studi sono stati categorizzati secondo la forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione rivisitato.²

Livello I Evidenza ottenuta da una ricerca sistematica di tutti i trials randomizzati controllati rilevanti.

Livello II Evidenza ottenuta da almeno uno studio randomizzato e controllato ben disegnato.

Livello III.1 Evidenza ottenuta da trials pseudo-randomizzato controllato (collocazione alternata o altri metodi).

Livello III.2 Evidenza ottenuta da studi comparativi con controlli simultanei e assegnazione non randomizzata (studi di coorte), studi caso-controllo o serie di casi con un gruppo controllo.

Livello III.3 Evidenza ottenuta da studi comparati con controllo storico, due o più bracci singoli di studi, o una serie di casi senza gruppo di controllo parallelo.

Livello IV Evidenza ottenuta da serie di casi sia post- test o pre-test e post-test.

sono stati identificati nella letteratura sono riassunti. Inoltre, mentre ci sono poche alternative valutate alla contenzione fisica, sono riassunti i suggerimenti provenienti dalla letteratura, per servire come fonte di approcci potenziali.

Definizione della Contenzione

Per gli scopi di questa revisione, la contenzione fisica è stata definita come:

"... qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchiatura fissata, o posta vicino, al corpo di una persona e che non può essere controllata, o rimossa facilmente dalla persona e che previene intenzionalmente o intende evitare il movimento libero del corpo della persona ad una posizione scelta e/o ad un accesso normale della persona al proprio corpo."

Anche i farmaci sono usati volutamente per controllare il comportamento, questa revisione, però, si è limitata a considerare la contenzione fisica a causa dei modi differenti di azione tra la contenzione fisica e chimica.

Pratica corrente

Questa revisione indica che tra 3.4% e 21% (una media del 10%) dei pazienti nei reparti per acuti è soggetto ad alcune forme di contenzione fisica durante l'ospedalizzazione. La durata della contenzione varia da una media di 2.7 giorni fino a 4.5 giorni. Nei reparti residenziali, la percentuale dei residenti contenuti varia dal 12% ad un massimo di 47% (una media del 27%). La durata media della contenzione per gli ospiti delle strutture residenziali, riportata da un solo studio, è di 86.5 giorni. Tuttavia, la variabilità nella durata va da 1 giorno a 350 giorni (durante lo studio di un anno) e il 32% degli ospiti viene trattenuto per almeno 20 giorni ogni mese.

Questi risultati evidenziano che un'alta percentuale di pazienti e di residenti è soggetta alla contenzione fisica. Tuttavia, il suo uso è considerevolmente più alto nei reparti residenziali che nei reparti per acuti.

I tipi di dispositivi della contenzione fisica utilizzati nei reparti per acuti e residenziali sono molto variabili. Nei reparti per acuti, i tre dispositivi utilizzati più comunemente per trattenere i pazienti sono quelli da

applicare al polso, alla vita e al torace. Nei reparti residenziali i più comuni dispositivi sono quelli da applicare al torace, simili a corpetti, e alla vita.

Questa revisione ha identificato una variabilità considerevole nelle modalità di utilizzo della contenzione fisica nei reparti per acuti e nei reparti residenziali. Questa variabilità non emerge soltanto tra studi differenti, ma è stata segnalata anche nei singoli studi. Attualmente c'è uno scarso livello di accordo su come dovrebbe essere usata la contenzione e non vi è nessuna evidenza di standardizzazione nella pratica.

Caratteristiche della popolazione contenuta

La revisione inoltre ha studiato quali persone sono più facilmente soggette alla contenzione fisica. Nei reparti per acuti sono le persone provenienti da strutture residenziali, con diagnosi psichiatriche o con un deterioramento cognitivo, allettati, con comportamenti dissociativi evidenti o persone a rischio di caduta. Nei reparti residenziali, è l'anziano fragile che ha più probabilità di essere contenuto ed i fattori quali l'incontinenza e l'incapac-

ità ad effettuare indipendentemente le attività della vita quotidiana incrementano questo rischio.

In entrambi gli ambiti assistenziali, i risultati della revisione suggeriscono che la popolazione fragile è una di quelle che viene contenuta fisicamente con più probabilità.

Le ragioni della contenzione

Tra le ragioni citate dagli operatori sanitari, quella principale è riferita all'orientamento del paziente. Sono quindi citati il mantenimento della sicurezza della persona, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressione, il controllo del comportamento, la prevenzione del vagare e il fornire supporto fisico. La contenzione è anche utilizzata per aiutare a realizzare obiettivi organizzativi (in modo da permettere il completamento del programma di lavoro), per mantenere un ambiente sociale confortevole (fermando gli ospiti che importunano gli altri) e per facilitare il trattamento (evitando che la persona alteri i dispositivi medicali o la rimozione delle medicazioni e dei cateteri).

Lesioni e contenzione fisica

La revisione ha studiato le lesioni collegate alla contenzione fisica. Sono state considerate due tipi di lesioni. Il primo tipo riguarda le ferite dirette provocate dalla pressione esterna del dispositivo contenitivo e comprende le abrasioni, le lacerazioni, o lo strangolamento. Il secondo tipo riguarda le ferite indirette o gli esiti avversi. Queste lesioni sono dovute all'immobilità forzata di una persona e comprendono un aumentato tasso di mortalità, lo sviluppo delle lesioni da pressione, le cadute, o l'impossibilità di tornare al domicilio dopo la dimissione.

1. Lesioni Dirette

Nella letteratura ci sono poche informazioni sulla prevalenza di lesioni correlate alla contenzione, un piccolo numero di casi studiati le riporta includendo:

- **Lesioni nervose**

Sono causate dalla combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco, simili a corpetti, e i polsini di contenzione ai pazienti con la testata del letto elevata: la forza di scivolamento verso il basso, causata dai polsini di contenzione, determina la risalita, con arrotondamento, del corpetto fino alle ascelle ed esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

- **Lesioni ischemiche**

Dovute a contrattura ischemica dei muscoli intrinseci di entrambe le mani, a seguito di 48 ore di contenzione delle stesse contro il bacino con una cinghia di cuoio.

- **Asfissia**

Un certo numero di articoli ha identificato che esiste un collegamento tra l'uso dei dispositivi di contenzione ed asfissia. In questi documenti la persona è rimasta intrappolata nel dispositivo, o è stata trovata appesa al dispositivo, tipicamente mentre tentava di arrampicarsi dal letto o da una sedia.

- **Morte improvvisa**

Due studi descrivono la morte improvvisa in seguito a un periodo prolungato di agitazione e di lotta contro la contenzione.

- **Morte**

Le indagini sui certificati di morte hanno dimostrato che un certo numero di morti sono avvenute come conseguenza dei dispositivi fisici di contenzione.

Tuttavia, questi certificati forniscono poche informazioni su quanto spesso questo accade

2. Lesioni Indirette

Anche un certo numero di lesioni indirette è stato collegato all'uso dei dispositivi fisici di contenzione. Tuttavia, è più difficile da dimostrare il collegamento tra i dispositivi di contenzione e questo tipo di lesioni, quindi è importante usare cautela nell'interpretazione di queste informazioni.

Gli studi dimostrano che i pazienti ospedalizzati sottoposti a contenzione sono maggiormente esposti al rischio di caduta, hanno degenze di maggiore durata, incorrono nelle infezioni nosocomiali, hanno un'aumentata mortalità e più difficilmente alla dimissione tornano al domicilio rispetto ai pazienti che non sono sottoposti a contenzione. L'uso della contenzione per i residenti delle case di riposo è stato associato con un certo numero di esiti avversi, quali il declino nel comportamento sociale e cognitivo e della mobilitazione e un aumento nel disorientamento, lo sviluppo di lesioni da decubito e l'incontinenza urinaria e intestinale.

Sebbene la contenzione sia usata per prevenire le cadute, i residenti contenuti hanno un rischio uguale o superiore di caduta rispetto ai residenti non contenuti. Inoltre, le lesioni gravi correlate alle cadute sono più comuni nei residenti sottoposti a contenzione.

Per i residenti sottoposti a contenzione in modo permanente il rischio di lesioni, rispetto a quelli soggetti a contenzione ad intervalli, è più elevato. Per concludere, sembra che la sospensione della contenzione riduca il rischio di lesioni correlate alle cadute.

Sono stati identificati nella letteratura molti suggerimenti su come ridurre il rischio da lesione, tra cui più comuni sono:

- seguire le raccomandazioni dei fornitori;
- orientamento dello staff e la formazione sull'uso corretto dei dispositivi della contenzione e sui pericoli ad essi connessi;
- evitare di isolare la persona contenuta;
- ridurre l'uso della contenzione.

L'Esperienza Della Contenzione

Lo scopo di questa sezione della revisione è aiutare a comprendere cosa significhi essere sottoposto a contenzione o avere un parente contenuto.

L'esperienza di essere sottoposti a contenzione

Molte dichiarazioni identificate in letteratura sottolineano chiaramente l'impatto negativo della contenzione fisica. Queste esperienze sono state riassunte in due temi: contenzione e disagio.

Le restrizioni correlate ad una perdita della libertà e del controllo rispetto a ciò che sta succedendo durante il ricovero, e alla restrizione della capacità di muoversi. Una persona ha descritto questa esperienza come:

"sono in una prigione, bloccato".

Molti collegano questa situazione penosa a quella degli animali:

"sono come un uccello in gabbia",

"...sono bardato come un somaro".

La restrizione dei movimenti è stata descritta dai pazienti in questo modo:

"non posso neanche unire le mie mani".

Il disagio è relativo sia alla decisione di essere sottoposti a contenzione che al scomodità fisica determinata da una forzata immobilità. Rispetto alla prima componente una persona ha dichiarato:

"è una cosa per i matti, io non lo sono mai stato".

Il disagio fisico è legato sia al dolore causato dal dispositivo di contenzione sia al fatto di non essere in grado di fare cose come l'andare in bagno.

L'esperienza di avere un parente sottoposto a contenzione

Allo stesso modo, la maggior parte delle esperienze descritte dai parenti sono negative e sono state raggruppate in due temi: rabbia e disagio. Le persone si arrabbiano del fatto che un proprio congiunto è sottoposto a contenzione e questa rabbia traspare da dichiarazioni come:

"mi fa impazzire",

"ho tolto quella cosa e l'ho scaraventata via".

Una persona ha affermato che

"Lei non aveva fatto niente ed è stata legata".

Alcuni parenti si arrabbiano anche per il modo in cui la contenzione è applicata

"..sono entrati, hanno messo la contenzione, e non hanno neanche detto una parola".

Alcune dichiarazioni sottolineano il disagio di avere un parente sottoposto a contenzione. Per alcuni esso è legato al senso di colpa nel vedere il proprio congiunto contenuto, per esempio un parente disse:

"ho pianto e mi sono sentito colpevole".

Altri vedono la contenzione come un intervento degradante, per esempio

"morirei piuttosto che farmi fare una cosa simile".

Coloro che vedono i loro cari sottoposti a contenzione a volte capiscono che ci sono poche speranze di recupero. Per esempio:

"vedere la contenzione mi ha fatto capire che non faremo mai le cose che abbiamo progettato".

I suggerimenti per pratica

Per molti problemi relativi all'uso della contenzione fisica, le evidenze esistenti sono limitate. Nonostante ciò, sono stati formulati molti suggerimenti basati sui risultati degli studi e delle indagini.

Minimizzare il rischio di lesione

- Assicurare la corretta applicazione dei dispositivi di contenzione secondo le raccomandazioni dei fornitori.
- Mantenere un'osservazione adeguata durante il periodo in cui la persona è contenuta.
- Fornire un orientamento allo staff e la formazione sull'uso corretto dei dispositivi fisici della contenzione.

Rispetto alla minimizzazione della contenzione fisica

- Le organizzazioni dei reparti per acuti e residenziali dovrebbero utilizzare programmi d'attività che sostengono la riduzione dell'uso dei dispositivi per la contenzione fisica (discusso in dettaglio nella parte 2).
- Le organizzazioni dei reparti per acuti e residenziali dovrebbero identificare i dispositivi, gli interventi e le attività che riducono l'esigenza di contenzione fisica (discusso in dettaglio nella parte 2).
- Le organizzazioni dei reparti per acuti e residenziali dovrebbero sviluppare strategie alternative per la gestione di queste persone per le quali la contenzione fisica è comunemente impiegata. Queste popolazioni comprendono persone che: hanno un deterioramento cognitivo, sono ad alto rischio di caduta, vagano, alterano dispositivi medici, sono agitati o violenti o hanno compromissione della mobilitazione (discusso in dettaglio nella parte 2)

Minimizzazione della contenzione

Questa parte della revisione ha cercato di determinare l'approccio ottimale per la minimizzazione della contenzione. Una componente di questa parte, inoltre, ha indagato le caratteristiche dei programmi di minimizzazione della contenzione e le alternative alla contenzione fisica (entrambi questi argomenti sono trattati nel secondo foglio informativo sulla Minimizzazione della Contenzione).

Vi è un crescente dibattito nella letteratura professionale rispetto all'assistenza senza contenzione. L'assistenza senza contenzione differisce dalla riduzione della contenzione nel fatto che i dispositivi contenitivi non vengono utilizzati per nessun motivo ed il servizio non ne dispone. Mentre vi sono alcuni esempi di assistenza senza contenzione all'interno di contesti residenziali riportati in letteratura, vi sono scarse informazioni rispetto ai reparti per acuti. Come risultato di ciò, il termine "minimizzazione della contenzione" viene utilizzato in questa pubblicazione, non per offrire supporto all'uso dei presidi di contenzione fisica, ma piuttosto per permettere di riassumere in modo logico e coerente le evidenze.

Mentre ci sono limitate ricerche sulla valutazione della minimizzazione della contenzione nei reparti per acuti, ci sono numerosi studi che segnalano i risultati nei reparti residenziali.

Nei reparti residenziali, i risultati di un RCT hanno dimostrato che la contenzione fisica può essere ridotta con sicurezza. In questo studio, un programma di formazione alla contenzione è stato sostenuto dal consulto clinico da parte di un'infermiera esperta in geriatria e ha ridotto l'uso della contenzione del 56%, senza aumento delle cadute o delle lesioni. Questi risultati sono stati sostenuti da numerosi altri studi.

L'approccio più comune per la minimizzazione della contenzione è avvenuto tramite l'uso di un programma d'attività multiple. La componente principale di questi programmi è stata la formazione. La formazione tratta dei rischi connessi all'uso della contenzione fisica e fornisce le informazioni su come questi rischi possono essere ridotti. Le alternative alla contenzione fisica rimangono le aree più scarsamente valutate rispetto a questo argomento.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Raccomandazioni per Pratica

Rispetto all'uso dei dispositivi per la contenzione fisica, in base ai risultati di un singolo RCT:

- la formazione sulla contenzione accompagnata da consulto clinico, o unicamente l'educazione alla contenzione, può ridurre l'uso della contenzione fisica nei reparti residenziali. (Livello II)

Altre raccomandazioni sono state proposte sulla base dei risultati di alcuni differenti studi (Livello III e IV).

Ridurre la variabilità che esiste nella pratica clinica

- È raccomandato che le organizzazioni ed gli erogatori di assistenza adottino un metodo standardizzato all'uso dei dispositivi per la contenzione fisica.

Ridurre il rischio di ferita

- La contenzione fisica dovrebbe essere usata soltanto come ultima risorsa e soltanto quando i potenziali benefici sono più grandi del danno potenziale.
- Se la contenzione fisica deve essere usata, allora è raccomandato che sia impiegato solo il livello minimo di contenzione che assicura la sicurezza della persona, o che facilita il trattamento.
- Una volta iniziata, l'esigenza della contenzione fisica dovrebbe essere rivalutata regolarmente.

References

1. Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
2. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.
3. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Studies* 1998;35(3):184-91.

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
South Australia, 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
- Published by Blackwell Publishing Asia

The series *Best Practice* is disseminated collaboratively by:



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

This sheet should be cited as:

JB, 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia.

Acknowledgments

This information sheet was developed by Dr David Evans, Ms Jackie Wood and Ms Leonnie Lambert under the guidance of a panel of experts. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute collaborating centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members:

- Professor Michael Clinton
- Professor Rhonda Nay
- Professor Leon Flicker
- Professor Andrew Retsas
- Ms Sue Koch