

La contenzione fisica

Che cos'è la contenzione?	2
Perché si usa la contenzione?	4
Quali sono le conseguenze della contenzione?	6
Come comportarsi per ridurre l'uso della contenzione?	8

1. Che cos'è la contenzione?

Punti chiave

- Definizione
- Tipi di contenzione
- Mezzi di contenzione

In sintesi

La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Esistono 4 tipi di contenzione: contenzione fisica, chimica, ambientale e psicologica. I mezzi di contenzione fisica sono i dispositivi applicati al corpo del soggetto per limitarne i movimenti. La contenzione deve sempre essere prescritta dal medico e valutata regolarmente in équipe.

La contenzione può essere definita come un atto sanitario-assistenziale che utilizza mezzi chimici-fisici-ambientali applicati direttamente all'individuo o al suo spazio circostante per limitarne i movimenti. Il Royal College of Nursing definisce la contenzione come una restrizione intenzionale dei movimenti o del comportamento volontario del soggetto. In tale definizione viene sottolineato come la contenzione impedisca al soggetto cosciente di compiere azioni volontarie: impedisce a un soggetto di fare ciò che voleva fare o che stava facendo.

L'opportunità dell'uso della contenzione è quindi discutibile in molteplici circostanze, occorre tuttavia sottolineare che in alcuni casi la contenzione è giustificata e richiesta per favorire un bilanciamento corretto tra indipendenza, libertà del soggetto e sicurezza. La contenzione deve essere prescritta dal medico ma la sua validità deve essere valutata in équipe. La decisione di utilizzare mezzi di contenzione per un determinato soggetto deve essere riportata sulla documentazione clinica (cartella medica e infermieristica) del soggetto.¹⁻³

Si possono distinguere quattro tipi di contenzione:

- contenzione fisica, che si ottiene con presidi applicati sulla persona, o usati come barriera nell'ambiente, che riducono o controllano i movimenti;
- contenzione chimica, che si ottiene con farmaci che modificano il comportamento, come tranquillanti e sedativi;
- contenzione ambientale, che comprende i cambiamenti apportati all'ambiente in cui vive un soggetto per limitare o controllarne i movimenti;
- contenzione psicologica o relazionale o emotiva, con la quale ascolto e osservazione empatica riducono l'aggressività del soggetto perché si sente rassicurato.¹

In questo dossier viene affrontata la contenzione fisica e meccanica.

Si definiscono mezzi di contenzione fisici e meccanici i dispositivi applicati al corpo o allo spazio circostante la persona per limitare la libertà dei movimenti volontari. Si può definire mezzo di contenzione anche qualcosa che limita o controlla i movimenti o i comportamenti di una persona. I mezzi di contenzione fisica si classificano in:

- mezzi di contenzione per il letto (per esempio le spondine);
- mezzi di contenzione per la sedia (per esempio il corpetto);
- mezzi di contenzione per segmenti corporei (per esempio polsiere o cavagliere);
- mezzi di contenzione per una postura obbligata (per esempio cuscini anatomici).¹

E' in discussione tuttavia se l'uso delle spondine del letto debba sempre essere considerato una forma di contenzione fisica. Secondo una revisione³ sistematica del 2007 le spondine, applicate o corredate al letto, sono strumenti di sicurezza utilizzati per ridurre il rischio di scivolare, rotolare o cadere accidentalmente dal letto. Non sono una forma di contenzione se usate per proteggere il soggetto dalla caduta accidentale dal letto, o se usate per i pazienti immobilizzati. Se invece sono usate per contrastare la volontà di un paziente di alzarsi dal letto sono da considerare una forma di contenzione. Tuttavia le spondine in genere non circondano completamente il letto cosicché non potrebbero impedire di trattenere il paziente a letto contro la sua volontà.

In situazioni di emergenza e in assenza del medico l'infermiere può decidere di ricorrere a mezzi di contenzione, tale decisione deve però essere valutata dal medico nel più breve tempo possibile. Inoltre prima di procedere con la contenzione è necessario richiedere il consenso informato del paziente o dei familiari. Nella prescrizione il medico deve indicare quale mezzo di contenzione usare e la durata della contenzione.

Bibliografia

1. Gulizia D, Lugo F, Cocchi A, et al. La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda 2008.
2. Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights risks and responsibility. Royal College of Nursing 2008.
3. Casciarri G. Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria 2007;3:13-20.
4. National Patient Safety Agency. Bedrails rewing the evidence. A sistematic literature review. The National Patient Safety Agency 2007.

2. Perché si usa la contenzione?

Punti chiave

- Tutela della sicurezza
- Prevenzione delle cadute

In sintesi

La contenzione deve essere considerata come un evento straordinario da motivare e da utilizzare solo se strettamente necessaria. La tutela della sicurezza del paziente è il motivo che giustifica l'utilizzo dei mezzi di contenzione. Secondo una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute gli operatori sanitari spesso utilizzano la contenzione per poter svolgere del lavoro programmato. L'uso della contenzione andrebbe invece limitato solo ai casi in cui è necessario. L'abuso della contenzione è punito in base all'articolo 571 e all'articolo 610 del Codice penale.

La contenzione non dovrebbe essere un metodo abituale di accudimento e andrebbe considerata come un evento straordinario, da motivare. Alcuni studi hanno trovato che spesso la contenzione viene utilizzata in modo non opportuno: nei reparti per acuti dal 6 al 17% dei soggetti ricoverati è sottoposto a contenzione. Tale percentuale sale al 18-20% nei soggetti con più di 65 anni e passa al 22% per quelli con più di 75 anni. Nelle case di riposo dal 19 all'84% dei residenti è sottoposto a contenzione.¹

La durata della contenzione varia da una media di 2,7 fino a 4,5 giorni.

Secondo una revisione sistematica del Joanna Briggs Institute² i soggetti con diagnosi psichiatriche o con deterioramento cognitivo, allettati o con comportamenti dissociativi evidenti, sono quelli che nei reparti per acuti sono più facilmente contenuti. Nelle strutture residenziali i soggetti per i quali si ricorre più spesso a contenzione sono quelli fragili, incontinenti e che svolgono con difficoltà le attività quotidiane. La revisione ha riportato come motivazione degli operatori sanitari l'orientamento del soggetto, la sicurezza, il trattamento dell'agitazione, dell'aggressione, la prevenzione del wandering e la prevenzione delle cadute. Occorre tuttavia sottolineare che non ci sono prove che la contenzione fisica riduca né aumenti il rischio di caduta nei soggetti anziani ospedalizzati. Sembra quindi che gli anziani cadano dal letto indipendentemente dall'uso di contenzione, per cause associate ai processi di invecchiamento e alla presenza di fattori di rischio. Inoltre l'uso della contenzione può aumentare la gravità degli effetti associati alla caduta in quanto la contenzione tende ad aggravare l'osteoporosi e riduce la massa e il tono muscolare nei soggetti che potrebbero muoversi.²

La contenzione viene anche spesso utilizzata per motivi organizzativi del reparto: se il soggetto è contenuto non ha bisogno di sorveglianza e il personale può dedicarsi ad altre attività, si evita di disturbare gli altri ricoverati (i soggettiche vagano importunano gli altri) ed è più semplice somministrare la terapia farmacologica o evitare che il paziente rimuova dispositivi quali sondini o cateteri.

L'unica ragione che può giustificare l'utilizzo di sistemi di contenzione è la tutela della sicurezza del paziente. La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

Secondo l'American Psychiatric Association i mezzi di contenzione vanno utilizzati per:

- evitare un danno imminente ad altri (personale sanitario oppure degenti);
- evitare un danno imminente al soggetto (qualora altri mezzi di controllo risultino inefficaci);
- evitare gravi interruzioni al programma terapeutico o danni significativi all'ambiente.

L'American Psychiatric Association ricorda inoltre che:

- tutti i soggetti in terapia devono essere trattati con dignità e rispetto della propria sensibilità culturale e umana;
- la contenzione e l'isolamento non devono essere usati per motivi di comodità;
- la contenzione e l'isolamento devono essere utilizzati per il minimo tempo necessario e solo per tutelare la sicurezza del soggetto;
- la riduzione dell'uso dei mezzi di contenzione deve essere un obiettivo organizzativo della realtà operativa.⁴

Aspetti normativi della contenzione^{5,6}

L'operatore sanitario che utilizza mezzi di contenzione deve sempre tenere conto delle implicazioni sul piano della responsabilità dell'operatore stesso. La Costituzione, il Codice penale, il Codice civile e il Codice etico e deontologico infatti tutelano il rispetto e la libertà dell'individuo e puniscono l'abuso e l'uso improprio di tali mezzi. In particolare l'abuso dei mezzi di contenzione è punibile in base all'articolo 571 del Codice penale ("Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente...") e all'articolo 610 del Codice penale ("*L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza*"). Altrettanto punibile è la mancata segnalazione, da parte degli operatori sanitari, all'autorità competente di maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito (articolo 33 Codice deontologico dell'infermiere: L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente; articolo 40 del Codice penale: *Non impedire un evento che si ha il dovere di impedire, equivale a cagionarlo*).^{5,6}

Bibliografia

1. National Institute of Nursing Research. 5 problems associated with the use of physical restraints. National Institute of Nursing Research 2006.
2. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. I Quaderni. Superare la contenzione: si può fare. IPASVI 2002.
3. Joanna Briggs Institute. Best Practice Physical restraint. Joanna Briggs Institute 2002.
4. American psychiatric Association. 2007 position statement on the use of seclusion and restraint (original 2000, revised 2007). American Psychiatric Association 2007
5. Casciarri G. Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria 2007;3:13-20.
6. Lebiu G. Contenzione fisica, meccanica e farmacologica. Infermieristica forense.

3. Quali sono le conseguenze della contenzione?

Punti chiave

- Danni diretti
- Danni indiretti

In sintesi

Le conseguenze dell'uso della contenzione fisica sono classificabili in due gruppi: danni diretti e danni indiretti. I primi sono causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (per esempio lacerazioni, abrasioni) i secondi invece comprendono tutte le possibili conseguenze associate all'immobilità prolungata (per esempio lesioni da decubito, prolungamento dell'ospedalizzazione). Considerando i rischi associati all'uso della contenzione occorre sempre tenere sotto controllo i soggetti contenuti al fine di prevenire le conseguenze a breve e a lungo termine.

A partire dagli anni ottanta l'uso della contenzione del paziente è stato messo in discussione sia in termini di efficacia sia sul piano etico. Ancora oggi è acceso il dibattito per definire quando e se è opportuno ricorrere ai mezzi di contenzione e a quali.

Se è vero che la contenzione in alcune circostanze è necessaria per la sicurezza del soggetto e di chi lo assiste è altrettanto vero che va utilizzata con coscienza e solo in caso di effettiva necessità. Occorre infatti tenere presente che l'uso inappropriato o prolungato dei mezzi di contenzione può avere ripercussioni sia sul piano psicologico (del soggetto sottoposto a contenzione e dei familiari) sia sul piano fisico. L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere prescritto dal medico (vedi box sotto), va valutato con attenzione e deve essere limitato nel tempo.

Le conseguenze dell'uso della contenzione sono classificabili in due gruppi:

- danni diretti causati dalla pressione esercitata dal mezzo di contenzione (per esempio lacerazioni, abrasioni);
- danni indiretti che comprendono tutte le possibili conseguenze dell'immobilità forzata (lesioni da pressione, aumento della mortalità, cadute, prolungamento dell'ospedalizzazione).

Prescrizione della contenzione

- Prima di procedere alla contenzione occorre chiedere il consenso al soggetto o ai familiari. Se il soggetto è cosciente occorre cercare di tranquillizzarlo cercando di far capire che gli interventi attuati hanno come obiettivo la sua sicurezza.
- L'uso della contenzione deve essere prescritto dal medico. Nella prescrizione deve essere indicata la motivazione e il tipo di contenzione.
- La prescrizione deve indicare il termine dell'intervento contenitivo o della rivalutazione della sua reale necessità. Il prolungamento o la riduzione della contenzione deve avvenire solo dopo ulteriore verifica del soggetto da parte dell'équipe.
- La contenzione non può essere imposta per più di 12 ore consecutive.
- Durante il periodo di contenzione il soggetto deve essere controllato ogni 15 minuti dal personale infermieristico e almeno ogni 8 ore dal personale medico.
- Durante il periodo di contenzione occorre garantire al soggetto la possibilità di movimento ed esercizio per non meno di 10 minuti ogni 2 ore con esclusione della notte.
- Ogni 3-4 ore vanno valutati eventuali effetti dannosi come abrasioni o lesioni da decubito.
- Durante il periodo di contenzione si devono garantire confort e sicurezza del soggetto
- Oltre le 24 ore di immobilizzazione è necessario provvedere all'applicazione delle linee guida sulla prevenzione della trombosi venosa profonda^{1,2}

Il 90% delle fratture dello sterno nelle strutture residenziali è causato dal mezzo di contenzione. Alcuni studi² hanno dimostrato che la contenzione può essere causa diretta di morte perché il soggetto può rimanere incastrato tra il letto e il mezzo di contenzione e venire quindi soffocato. Anche le spondine del letto possono aumentare il rischio di morte. Per tale motivo è importante tenere sotto stretto controllo i soggetti sottoposti a contenzione. Il ricovero ospedaliero dei soggetti contenuti è più lungo di quelli non contenuti. Inoltre sembra vi sia una relazione diretta tra durata della contenzione e comparsa di danni indiretti in quanto i soggetti sottoposti a contenzione per più di quattro giorni hanno un'alta incidenza di infezioni ospedaliere e di lesioni da decubito.^{3,4}

Oltre ai danni fisici, diretti o indiretti, la contenzione fisica causa danni psicologici anche se pochi studi hanno valutato gli effetti della contenzione sulla sfera psicologica.

Rischi e benefici associati alla contenzione

Rischi

- Aumento del numero di cadute
- Morte per strangolamento, asfissia o traumi
- Aumento del rischio di lesioni da decubito, contratture, polmoniti, incontinenza urinaria

Benefici

- Non ci sono prove a favore della contenzione sulla riduzione del rischio di cadute o di agitazione del soggetto. Sembra tuttavia che la contenzione possa avere effetti benefici nei casi in cui il soggetto minaccia di volersi suicidare, è aggressivo o tende a rimuovere i dispositivi salvavita.⁴

La contenzione quindi deve essere imposta per periodi limitati, non più di 12 ore consecutive. Ogni 3-4 ore bisogna valutare la sicurezza del mezzo di contenzione utilizzato e l'assenza di conseguenze. Quando si utilizzano mezzi di contenzione bisogna garantire ai soggetti la possibilità di movimento per almeno 10 minuti ogni 2 ore. L'uso dei mezzi di contenzione deve quindi essere limitato a condizioni di emergenza (rischio di suicidio, aggressività e protezione dei sistemi salvavita).

Raccomandazioni per contenere un soggetto in sicurezza riducendo il rischio di conseguenze^{6,7}

- Prima di applicare un mezzo di contenzione controllare l'ambiente togliendo oggetti che non servono e che potrebbero essere di intralcio
- Disporre tappeti o materassi vicino al letto per attutire un'eventuale caduta
- Rimuovere dalle proprie tasche oggetti come matite o penne che potrebbero ferire il soggetto
- Indossare occhiali, guanti e mascherina
- Procedere alla manovra con un piccolo team di 3 o al massimo 6 operatori sanitari
- Chiedere a tutti coloro che non sono implicati nella manovra di allontanarsi
- Stabilire un leader con il compito di guidare il gruppo nell'eseguire l'operazione
- Cercare di immobilizzare il soggetto in prossimità del letto evitando così di doverlo trascinare;
- Evitare, se possibile, di immobilizzare il soggetto in posizione prona perché tale posizione può interferire con la capacità respiratoria del soggetto

Bibliografia

1. Gulizia D, Lugo F, Cocchi A, et al. La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda 2008.
2. Royal College of Nursing. Let's talk about restraint. Rights risks and responsibility. Royal College of Nursing 2008.
3. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices – Asphyxia is a common finding. Forensic science international 2008;178-84.
4. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. I Quaderni. Superare la contenzione: si può fare. IPASVI 2002.
5. [Azienda Ospedaliera di Bologna S. Orsola-Malpighi. La contenzione fisica in ospedale. Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica.](#)
6. Gulizia D, Lugo F, Cocchi A, et al. La contenzione fisica in ospedale – evidence based guideline. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda 2008.
7. [Regions Hospital Emergency Medical Services. Patient restraint. Emergency Medical Services 2000](#)

4. Come comportarsi per ridurre l'uso della contenzione?

Punti chiave

- Ruolo degli operatori sanitari
- Ruolo dei familiari
- Alternative alla contenzione

In sintesi

Una maggiore preparazione degli operatori sanitari e una maggiore informazione dei familiari può ridurre l'uso dei mezzi di contenzione senza aumentare il rischio di cadute. Per ridurre l'uso della contenzione occorre innanzitutto coinvolgere tutti gli operatori sanitari e i familiari. Occorre infatti tenere sempre sotto controllo i soggetti cercando di distrarli e occuparli in attività come passeggiare, ascoltare musica o vedere un film.

Gli studi hanno dimostrato che una maggiore formazione del personale sanitario associato alla possibilità di richiedere consulenze specifiche può ridurre l'uso della contenzione fisica senza aumentare il numero di cadute o di lesioni gravi nei soggetti ricoverati in strutture residenziali. Per ridurre l'uso dei mezzi di contenzione quindi è consigliata la formazione di tutti gli operatori sanitari sui rischi e i problemi associati all'uso di tale metodica. Le strutture sanitarie dovrebbero prendere in esame l'organizzazione aziendale e valutare l'opportunità di chiedere la consulenza di esperti per:

- effettuare specifici interventi di formazione;
- valutare accuratamente e sistematicamente i soggetti sottoposti a contenzione per verificare la possibilità di rimuoverla;
- informare la famiglia e se possibile il soggetto in cura;¹
- intervenire sull'ambiente per ridurre il rischio di cadute (per esempio usando materassi concavi, sistemare ai bordi del letto una coperta arrotolata, sistemare dei tappeti morbidi ai piedi del letto);
- personalizzare la cura e l'assistenza al paziente.

La maggior parte dei programmi mirati alla riduzione dei mezzi di contenzione insiste sulla necessità di un coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari. E' suggerita anche l'opportunità di consultare un comitato o di una commissione di studio e supervisione multidisciplinare che aiuti il *team* a trovare le strategie, partecipi ai programmi di formazione e suggerisca strategie nuove. E' importante che il soggetto non rimanga mai da solo soprattutto nelle ore notturne.²

A tal fine i familiari possono aiutare facendo compagnia e sorvegliando il soggetto in cura. Inoltre possono aiutare i soggetti ansiosi e/o agitati a rilassarsi e a distrarsi proponendo attività diversive e distensive come la visione di un film, una passeggiata o l'ascolto di musica. Non sempre, tuttavia, l'atteggiamento collaborativo dei familiari è sufficiente a tranquillizzare il soggetto. Se l'agitazione dovesse essere eccessiva e dovessero manifestarsi atteggiamenti aggressivi, occorre segnalare tali comportamenti al medico che valuterà se utilizzare mezzi di contenzione.

I soggetti con disturbo d'ansia trovano grande beneficio da un atteggiamento positivo e di apertura da parte degli operatori sanitari e/o dei familiari. L'ascolto, il conforto, il contatto fisico e il tenere compagnia sono tutti interventi che possono evitare o allontanare l'uso della contenzione.

Si consiglia di intervenire anche sull'ambiente in modo da renderlo più sicuro riducendo la necessità di contenere. Per esempio migliorare l'illuminazione e facilitare l'accesso agli interruttori in modo che il soggetto possa accendere la luce prima di alzarsi dal letto, predisporre pavimenti antiscivolo. Per prevenire il rischio di caduta dal letto è possibile utilizzare materassi concavi, oppure si può limitare il bordo del letto con alcune coperte arrotolate.^{1,2}

Tabella 1. Interventi specifici per alcune tipologie di soggetti³

Condizione	Intervento
Deficit cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ proporre attività distraenti come radio, televisione, attività ludiche ▪ disporre oggetti che aiutino l'orientamento temporale per esempio appendere un calendario o un orologio ▪ posizionare il letto dei soggetti con deficit cognitivi vicino alla stanza dove sosta il personale ▪ segnalare immagini per indicare alcuni locali (bagno, cucina) o alcune funzioni (suonare il campanello)
Soggetti che vagano (<i>wandering</i>)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mascherare le porte o le vie di fuga per esempio utilizzando le tende ▪ installare dispositivi di allarme o telecamere in prossimità delle porte o delle vie di fuga ▪ predisporre un percorso sicuro anche all'esterno, dove i soggetti possono camminare in sicurezza ▪ dotare i soggetti di un dispositivo elettronico che segnala l'uscita dalla struttura o l'ingresso in zone non sicure ▪ proporre attività distraenti, anche durante la notte se il soggetto tende a vagare anche nelle ore notturne
Soggetti con comportamenti violenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ cercare di rilassare i soggetti facendo ascoltare musica ▪ proporre attività diversive come vedere un film o fare una passeggiata ▪ rivolgersi ai soggetti che possono essere violenti con tono rassicurante, non alzare la voce e cercare di tranquillizzarli
Soggetti a rischio di caduta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ valutare i rischi associati all'ambiente e intervenire modificandolo, per esempio attrezzare il bagno in modo che il pavimento non sia scivoloso, attrezzarlo con maniglioni in modo che il soggetto possa alzarsi e con campanelli in modo che possa chiamare in caso di bisogno; ▪ disporre i mobili in modo che non siano di intralcio ▪ utilizzare calzature adatte alla conformazione del piede e con soles in gomma antiscivolo; ▪ proporre esercizi per rafforzare la muscolatura e stabilizzare l'equilibrio (per esempio il Tai Chi); ▪ tenere sotto controllo i soggetti che assumono psicofarmaci

Bibliografia

1. Casciarri G. Prevenire gli errori, imparare dagli errori. La contenzione del paziente. Professione Infermiere Umbria 2007;3:13-20.
2. [Azienda Ospedaliera di Bologna S. Orsola-Malpighi. La contenzione fisica in ospedale. Schede informative per il miglioramento dell'assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica.](#)
3. Zanetti E, Castaldo A, Gobbi P. I Quaderni. Superare la contenzione: si può fare. IPASVI 2002.