



# Best Practice



Informazioni evidence based per la pratica della professione infermieristica

## Contenzione del paziente

**P**er molti anni la contenzione fisica dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti o in strutture residenziali è stata una pratica usata abitualmente. Oggi invece è molto discussa, per questo il Joanna Briggs Institute ha condotto una revisione sistematica, disponibile online all'indirizzo [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au), che riassume le migliori prove disponibili.<sup>1</sup>

### Pratica corrente

Questa revisione ha rilevato che veniva sottoposto a contenzione fisica dal 3,4 al 21% (in media il 10%) dei soggetti ricoverati nei reparti per acuti. La durata media della contenzione variava da 2,7 a 4,5 giorni. In una struttura residenziale la percentuale di soggetti sottoposti a contenzione variava invece dal 12 al

47% (in media 27%). Uno studio singolo ha riportato che la durata media della contenzione per gli ospiti delle strutture residenziali era di 86,5 giorni. Comunque la durata, valutata a un anno di follow up, variava da 1 a 350 giorni e il 32% dei soggetti era sottoposto a contenzione per almeno 20 giorni ogni mese.

Questi risultati hanno messo in luce che un'alta percentuale di soggetti era sottoposta a contenzione (sia nei reparti per acuti sia nelle strutture residenziali) e che questa pratica era più frequente nelle strutture residenziali. I dispositivi di contenzione fisica usati nei reparti per acuti erano molto diversi da quelli usati nelle strutture residenziali. I 3 tipi di dispositivi più usati nei reparti per pazienti acuti

➤ Soggetti sottoposti a contenzione . . . . .	2
➤ Motivi di ricorso alla contenzione . . . . .	2
➤ Effetti negativi della contenzione . . . . .	2
➤ Limitazione dell'uso della contenzione . . . . .	2
➤ Programmi per limitare l'uso della contenzione . . . . .	3
➤ Metodi alternativi alla contenzione . . . . .	5
➤ Suggerimenti . . . . .	7
➤ Raccomandazioni . . . . .	7

erano quelli da applicare ai polsi, alla vita e al torace. Nelle strutture residenziali invece erano quelli da applicare alla vita e al torace (una sorta di

### Una definizione comune

In questo numero di *Best Practice* con contenzione si intende "qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchio posto vicino o sul corpo del paziente che non può essere controllato o rimosso facilmente dal paziente stesso e che ha lo scopo specifico di prevenire o di bloccare i movimenti intenzionali".<sup>3</sup>

Per controllare i pazienti si possono usare anche farmaci specifici che agiscono con un meccanismo d'azione molto diverso da quello dei dispositivi di contenzione fisica. Questa revisione si è limitata però a considerare solo la contenzione fisica.

### Livelli delle prove

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

<b>Livello I</b>	Prova ottenuta da una revisione sistematica di studi randomizzati, tutti rilevanti.
<b>Livello II</b>	Prova ottenuta da almeno uno studio randomizzato ben progettato.
<b>Livello III.1</b>	Prova ottenuta da studi ben progettati ma non randomizzati.
<b>Livello III.2</b>	Prova ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben progettati, preferibilmente condotti da più centri piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca.
<b>Livello III.3</b>	Prova ottenuta da serie di casi con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate.
<b>Livello IV</b>	Opinioni di esperti basate su esperienza clinica, studi descrittivi o relazioni di commissioni di esperti.

corsetto). Queste differenze sono emerse in tutti gli studi.

Attualmente non c'è accordo su come dovrebbe essere usata la contenzione e mancano prove per stabilire una pratica standard.

### Soggetti sottoposti a contenzione

La revisione ha valutato quali erano le caratteristiche dei soggetti che con maggiore probabilità erano sottoposti a contenzione fisica.

Nei reparti per acuti erano i pazienti provenienti da strutture residenziali, con diagnosi psichiatriche, con disturbi cognitivi, allettati, con comportamenti distruttivi evidenti o a rischio di caduta.

Nelle strutture residenziali invece erano gli anziani fragili e i malati gravi in genere incontinenti o incapaci di svolgere da soli le attività quotidiane.

I risultati della revisione hanno suggerito che in entrambi i casi i soggetti più fragili erano quelli che venivano sottoposti con maggiore probabilità a contenzione.

### Motivi di ricorso alla contenzione

I motivi riportati dagli operatori sanitari erano di tutela verso il paziente. I principali erano: garantire la sicurezza della persona, controllare l'agitazione, l'aggressività e alcuni comportamenti del paziente, prevenire il vagare e dare sostegno fisico al malato.

Tuttavia la contenzione fisica era usata anche per consentire lo svolgimento di attività (per esempio per poter finire i lavori programmati), mantenere un ambiente sociale confortevole (per esempio fermando i soggetti che importunano gli altri) e per facilitare il trattamento (per esempio per evitare la manomissione di dispositivi medici o la rimozione di medicazioni o cateteri).

### Effetti negativi della contenzione

La revisione ha preso in esame gli effetti negativi della contenzione fisica e li ha classificati in diretti e indiretti.

Gli effetti negativi diretti sono quelli causati da un'eccessiva pressione dei dispositivi di contenzione sul corpo e comprendono per esempio traumi meccanici come abrasioni, contusioni o strangolamento. Gli effetti negativi indiretti, o esiti avversi, sono l'aumento della mortalità, lo sviluppo di ulcere da pressione, le cadute o il non poter essere dimessi.

#### Effetti negativi diretti

In letteratura ci sono poche informazioni sulla frequenza con cui la contenzione causa danni. Alcune descrizioni di casi hanno riscontrato i seguenti effetti negativi.

#### Danni al sistema nervoso

L'associazione di misure di contenzione per il torace (corsetti) e per i polsi può causare una compressione del plesso brachiale distale quando i pazienti sono tenuti nel letto con la testata alzata. I ferma polsi possono far scivolare in avanti il paziente facendo di conseguenza risalire il corsetto fino alle ascelle e determinando così la compressione del plesso brachiale.

#### Danni ischemici

Bloccare le mani al bacino con una cinghia di cuoio per più di 48 ore può causare una contrattura ischemica dei muscoli delle mani.

#### Asfissia

Un certo numero di articoli ha rilevato un'associazione tra uso dei dispositivi di contenzione e rischio di asfissia. Sono stati riportati casi in cui la persona rimaneva impigliata nel dispositivo o addirittura appesa nel tentativo di alzarsi dal letto o dalla sedia.

#### Morte improvvisa

Due studi hanno descritto casi di morte improvvisa dopo un lungo periodo di agitazione e di lotta per liberarsi del dispositivo di contenzione.

#### Morte

Le indagini sui certificati di morte hanno riscontrato numerosi decessi a causa dei dispositivi di contenzione, ma questi certificati hanno dato poche informazioni sulla frequenza.

#### Effetti negativi indiretti

L'uso dei dispositivi di contenzione sembra associato anche a un certo

numero di effetti negativi indiretti, anche se non è sempre facile dimostrarne il legame. È importante avere cautela nell'interpretare queste informazioni.

Gli studi hanno suggerito che i pazienti sottoposti a contenzione abbiano maggiori probabilità rispetto ai soggetti liberi di cadere, prolungare la degenza in ospedale, incorrere in un'infezione nosocomiale e morire in ospedale e minori probabilità di sopravvivere e di essere dimessi.

L'uso di dispositivi di contenzione negli anziani residenti in casa di riposo è stato associato a numerosi effetti avversi come un peggioramento del comportamento sociale, delle capacità cognitive e della mobilità oltre a un aumento del disorientamento, alla formazione di piaghe da decubito e di incontinenza urinaria e fecale.

Sebbene la contenzione venga usata per prevenire le cadute gli anziani residenti in casa di riposo sottoposti a contenzione hanno un rischio uguale o maggiore di cadere rispetto agli altri. Inoltre negli anziani residenti in casa di riposo in caso di cadute sono più frequenti i danni gravi. Gli anziani che sono sempre sottoposti a contenzione, rispetto a quelli che devono ricorrere solo in alcuni periodi, hanno più probabilità di avere un effetto negativo. Interrompere la contenzione riduce quindi il rischio di danni associati alle cadute.

In letteratura si trovano molti suggerimenti per ridurre il rischio di effetti negativi, i più comuni sono:

- ▶ seguire le raccomandazioni dei produttori dei dispositivi;
- ▶ istruire gli operatori sanitari sull'uso corretto e sui pericoli dei dispositivi di contenzione;
- ▶ non lasciare sola la persona sottoposta a contenzione;
- ▶ ridurre al minimo l'uso della contenzione.

### Limitazione dell'uso della contenzione

In letteratura sta crescendo il dibattito sull'opportunità di evitare sempre la contenzione o se può essere sufficiente limitarne l'uso. Chi è a favore dell'assistenza senza contenzione di solito non vuole neanche tenere i dispo-

## Il segno lasciato dalle esperienze di contenzione

Che cosa significa essere stati o aver avuto un parente sottoposto a contenzione? Ecco una raccolta di alcune esperienze.

### Soggetti sottoposti a contenzione

Molti racconti riportati in letteratura hanno messo in luce l'impatto negativo della contenzione fisica definito come senso di limitazione e disagio.

Le limitazioni sono state correlate alla mancanza di libertà e di controllo su ciò che sta accadendo durante il ricovero e all'impedimento dei movimenti. Una persona ha descritto questa esperienza dicendo "sono in prigione, sono bloccato". Molti collegano questa situazione penosa a quella degli animali "mi sento come un uccello in gabbia..." oppure "... sono bardato come un somaro". La restrizione dei movimenti è stata descritta da un paziente con queste parole: "non posso neanche unire le mie mani". Il disagio è dovuto al fatto di essere sottoposti a contenzione sia al fastidio fisico dell'immobilità. Riguardo al primo punto una persona ha detto: "E' una cosa per i matti io non lo sono mai stato". Il disagio fisico è dovuto sia al dolore causato dai dispositivi di contenzione sia al fatto di non essere in grado di fare le azioni più comuni come per esempio andare in bagno.

### Parenti di soggetti sottoposti a contenzione

Anche i parenti descrivono la contenzione come un'esperienza negativa e ne parlano con rabbia e disagio. Non sopportano che un loro parente sia sottoposto a contenzione e questa rabbia traspare da alcune affermazioni: "... mi fa impazzire" oppure "ho tolto quella cosa e l'ho scaraventata via". Una persona ha detto: "lei non aveva fatto niente ed è stata legata".

Alcuni parenti sono infastiditi anche dai modi degli infermieri: "... sono entrati hanno applicato i dispositivi di contenzione e non hanno detto una parola". Alcuni racconti sottolineano il disagio che a volte è legato al senso di colpa, per esempio uno ha detto: "Ho pianto e mi sono sentito colpevole". Altri hanno visto la contenzione come un intervento degradante, per esempio: "Morirei piuttosto che farmi fare una cosa simile". Le persone che hanno visto i loro parenti sottoposti a contenzione hanno capito che c'erano poche speranze di recupero. Per esempio: "Vedere la contenzione mi ha reso tutto molto più chiaro. Capisco che non faremo mai le cose che avevamo progettato".

essere usati diversi metodi tra cui corsi di formazione durante l'orario di lavoro, seminari e attività didattiche con l'ausilio del computer o del video. La durata dei corsi di formazione è molto varia, vanno dalle 2 alle 8 ore, alcuni corsi durano 2 giorni e possono esserci anche 10 sessioni condotte nell'arco di 4 mesi. La maggior parte dei corsi viene condotta in una sola struttura sanitaria, alcuni però possono interessare 2 o più strutture.

Nei diversi corsi di formazione vengono affrontati molti temi, quelli comuni sono: l'impatto della contenzione fisica, i diritti e l'autonomia degli anziani residenti in casa di riposo, i miti e i pregiudizi legati all'uso della contenzione fisica, aspetti etici della contenzione fisica, aspetti legali, pericoli ed esiti avversi, problemi comportamentali specifici (cause e gestione) tra cui l'agitazione, il vagare, il rischio di caduta, i problemi di postura e i metodi alternativi alla contenzione.

## Attività di sostegno

Molti programmi comprendono oltre alla formazione del personale altre attività (vedi oltre); occorre molta cautela nell'interpretazione delle informazioni al riguardo dato che ogni attività non è stata oggetto di una valutazione rigorosa. Inoltre ci sono poche informazioni sulla struttura ottimale, il tempo, la durata e l'associazione delle varie attività.

## Organizzazione del centro di assistenza

La maggior parte dei programmi per limitare l'uso della contenzione proposti in letteratura riguarda l'organizzazione di tutto il centro e non di un solo reparto o di una singola unità. Tale sistema organizzativo comporta la formazione di una commissione multidisciplinare per la formazione e spesso anche un cambiamento della politica organizzativa.

## Limitare o abolire la contenzione

Lo scopo di molti programmi non è abolire l'uso della contenzione, ma limitarlo. Per esempio, un programma descriveva la propria politica come una delle meno restrittive mentre

sistemi di contenzione all'interno dei centri di assistenza. Gli esempi che offre la letteratura sull'assistenza senza contenzione sono tratti da strutture residenziali, mentre sono poche le informazioni sui reparti per acuti.

Uno studio randomizzato condotto in una struttura residenziale ha valutato l'efficacia di un corso di formazione per il personale sanitario associato alla consulenza di un infermiere specializzato in geriatria rispetto al solo corso di formazione e a nessun intervento. Lo studio ha trovato che con il corso di formazione e la consulenza si riduceva l'uso della contenzione del 56% in 12 mesi; il corso da solo invece riduceva l'uso del 23%. Questa riduzione non portava a un aumento del personale o all'uso di psicofarmaci e non ha causato un aumento di cadute e relativi danni.

Diversi studi precedenti e successivi hanno confermato i risultati di questo studio randomizzato. Alcuni studi hanno suggerito che diminuendo l'uso della contenzione possa aumentare l'incidenza di danni non gravi e diminuire quella di danni gravi, ma

questi risultati devono essere ancora confermati.

In letteratura sono stati pubblicati pochi studi sui programmi per limitare l'uso della contenzione nei reparti per acuti. Non ci sono studi controllati e randomizzati né studi controllati, mentre abbiamo trovato 3 studi di tipo "prima e dopo". In base a questi studi sembra che si possa limitare l'uso della contenzione, ma la riduzione osservata non era rilevante come quella osservata nelle strutture residenziali.

## Programmi per limitare l'uso della contenzione

I programmi per limitare l'uso della contenzione si basano innanzitutto sulla formazione del personale per favorire i cambiamenti culturali e organizzativi.

## Corsi di formazione

La formazione è considerata una componente importante nella maggior parte dei programmi; possono

un altro mirava all'applicazione della contenzione al 5% dei soggetti o meno. Un programma usava un protocollo che specificava sotto quali limiti la contenzione dovesse essere usata come ultima risorsa in caso di rischio potenziale di suicidio, violenza o per l'esecuzione di un trattamento salvavita.

### Richiesta di contenzione

Molti programmi hanno modificato le indicazioni per richiedere la contenzione. Per esempio una struttura per pazienti acuti ha predisposto un modulo che deve essere compilato dal medico e che limita a 24 ore l'uso della contenzione e vieta l'uso della contenzione al bisogno. Una struttura residenziale ha predisposto un modulo di riepilogo che deve essere compilato dal medico con l'indicazione del suo consenso e la spiegazione dei motivi per cui è stata usata la contenzione. E' stato previsto anche un modulo per gli infermieri che devono indicare i motivi per cui si chiede di usare la contenzione, gli incidenti recenti e i metodi alternativi usati.

### Durata dei programmi

La maggior parte dei programmi per limitare l'uso della contenzione prevede tempi abbastanza lunghi; non ci sono comunque dati sulla riduzione dell'uso della contenzione in un breve periodo. I programmi in genere hanno l'obiettivo di eliminare la contenzione nei casi non complicati. Per esempio eliminare i dispositivi di contenzione nei soggetti che hanno una buona mobilità e hanno la tendenza ad alzarsi e andare in giro. I casi difficili sono stati gestiti individualmente spesso consultando esperti delle varie discipline sanitarie.

### Sviluppo di un piano

Molti centri di assistenza prima di limitare l'uso della contenzione hanno sviluppato un piano, cioè hanno stilato un protocollo con l'elenco dei casi in cui la contenzione può essere usata e con le linee guida per l'uso dei dispositivi. Uno studio ha descritto anche un protocollo gestito da un gruppo di lavoro interdisciplinare per documentare le aspettative e gli esiti attesi.

### Esperti della contenzione

Pochi programmi hanno previsto la presenza di esperti della contenzione. Questi esperti hanno ricevuto un'intensa formazione per poter sostenere e dare consigli al personale sanitario che sta seguendo un programma per limitare l'uso della contenzione. Inoltre alcuni programmi sfruttavano la consulenza periodica di esperti per aiutare il personale sanitario a organizzare il piano ed evitare di usare i dispositivi di contenzione. Per esempio un infermiere esperto in geriatria prendeva in esame ogni anziano sottoposto a contenzione e lavorava con il personale per trovare un metodo alternativo.

### Valutazione dei soggetti sottoposti a contenzione

Alcuni programmi per limitare l'uso della contenzione hanno in comune l'uso di una scheda di valutazione per determinare se i dispositivi di contenzione possono essere rimossi e per aiutare a sviluppare un programma personalizzato. Per esempio un pro-

gramma ha sviluppato uno strumento di valutazione che elencava i metodi alternativi alla contenzione sulla base della valutazione, mentre un altro usava uno strumento di valutazione al letto del malato che favorisce la valutazione della mobilità della persona nel letto, della sua capacità di stare in piedi, seduta e di camminare. Altri metodi comprendono conferenze e valutazione da parte di un infermiere specializzato in geriatria.

### Coinvolgimento della famiglia

Le famiglie sono coinvolte in molti programmi per limitare l'uso della contenzione, in alcuni casi vengono solo informate dell'uso dei dispositivi di contenzione, in altri vengono organizzati alcuni incontri per i parenti di soggetti sottoposti a contenzione per spiegare loro che cos'è, quali sono i rischi e perché si è dovuto ricorrere alla contenzione.

### Protocolli per categorie di pazienti

Molti programmi hanno previsto protocolli specifici per alcune condizio-

TABELLA 1. Metodi alternativi alla contenzione

Sede di intervento	Tipo di intervento
<b>Ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● migliorare l'illuminazione</li> <li>● posizionare gli interruttori delle luci in punti facilmente raggiungibili</li> <li>● predisporre un sistema antidrucciolo sul pavimento</li> <li>● posizionare i mobili in modo tale che non siano di intralcio</li> <li>● facilitare l'uscita in aree esterne sicure</li> <li>● chiudere a chiave le porte d'uscita</li> <li>● bloccare le porte con delle fasce di tessuto fissate con del velcro</li> <li>● predisporre delle zone di attività alla fine dei corridoi</li> <li>● modificare l'arredamento in modo da favorire la luminosità dei locali</li> </ul>
<b>Letto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● utilizzare materassi concavi</li> <li>● segnare i bordi del letto per esempio arrotolando una coperta sotto le lenzuola</li> <li>● preferire il materasso ad acqua</li> <li>● usare i cuscini per aiutare a mantenere la postura</li> <li>● mettere sul pavimento vicino al letto dei tappeti morbidi o dei materassini per evitare le cadute</li> <li>● far dormire direttamente sul materasso posto a terra i soggetti a rischio di caduta</li> <li>● regolare l'altezza del letto in rapporto al paziente</li> <li>● evitare di tirare su le sponde del letto</li> <li>● togliere le ruote dal letto</li> <li>● tenere sempre una sedia o un tavolino vicino al letto</li> <li>● predisporre il trapezio ai letti per favorire la mobilità dei pazienti</li> <li>● illuminare il campanello di chiamata per incoraggiarne l'uso</li> </ul>

segue a pagina 5

Sede di intervento	Tipo di intervento
<b>Sedie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● usare sedie con seduta profonda</li> <li>● preferire le sedie a dondolo, reclinabili o con schienali alti</li> <li>● mettere sul pavimento grandi cuscini</li> <li>● togliere le ruote ai letti</li> <li>● usare i cuscini sulla sedia per migliorare la postura e ridurre il rischio di caduta per i soggetti con movimenti a scatto</li> <li>● incastrare più cuscini e utilizzare anche quelli con buco al centro per far stare comodi i pazienti seduti</li> </ul>
<b>Attività quotidiane</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● realizzare un programma di riabilitazione per insegnare ai residenti delle case di riposo a spostarsi in sicurezza</li> <li>● far partecipare i residenti a un programma di deambulazione</li> <li>● inserire nel programma di assistenza quotidiana un programma di esercizi fisici</li> <li>● organizzare attività notturne per i soggetti che vagano di notte</li> <li>● organizzare attività di gruppo e individuali di tipo ricreativo e sociali</li> <li>● permettere di dar sfogo a comportamenti ansiosi</li> <li>● organizzare le attività quotidiane</li> <li>● consentire di girare per i corridoi</li> </ul>
<b>Bagno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● dare assistenza ai pazienti quando sono in bagno</li> <li>● pulire la persona appena si sporca</li> <li>● indicare il bagno in modo chiaro anche con disegni</li> <li>● tenere una comoda vicino al letto</li> </ul>
<b>Assistenza infermieristica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● aumentare l'assistenza</li> <li>● valutare e controllare le situazioni che possono cambiare il comportamento</li> <li>● organizzare la giornata con attività</li> <li>● il personale sanitario deve conoscere le necessità personali dell'assistito</li> <li>● posizionare il campanello per la chiamata in modo che sia comodo</li> <li>● sistemare i pazienti a rischio vicino alla guardiola degli infermieri</li> <li>● modificare le terapie più fastidiose, per esempio iniziare l'alimentazione per bocca invece della terapia infusione o nasogastrica e rimuovere cateteri e drenaggi appena possibile</li> <li>● preferire le terapie personalizzate</li> <li>● favorire il riposo diurno</li> <li>● non far trascorrere troppo tempo a letto, limitarlo solo al riposo</li> </ul>
<b>Attività psicosociali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● non lasciare gli anziani soli, farli stare in compagnia</li> <li>● incrementare le visite</li> <li>● incoraggiare le interazioni tra personale sanitario e anziani residenti in casa di riposo</li> <li>● sottoporre i pazienti a massaggi e a tecniche di rilassamento</li> <li>● aiutare i soggetti a orientarsi</li> <li>● usare musiche dolci di sottofondo per i soggetti che soffrono di insonnia</li> <li>● diminuire il rumore ambientale</li> </ul>
<b>Attività fisiologiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● curare le infezioni</li> <li>● pianificare la somministrazione degli analgesici per diminuire il dolore e per migliorare l'insonnia</li> <li>● controllare i farmaci</li> <li>● allontanare tutte le cause fisiologiche di disturbo cognitivo</li> </ul>
<b>Dispositivi di allarme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● posizionare vicino al letto, alla sedia e sul polso dispositivi di allarme per soggetti con disturbi cognitivi</li> <li>● predisporre i dispositivi di allarme per poter gestire i soggetti che vagano</li> <li>● posizionare i dispositivi di allarme sulle porte di uscita</li> </ul>

ni cliniche ben definite. In un programma sono state definite le strategie per la gestione di 4 tipologie di pazienti: quelli che si alzano e vanno in giro nel reparto, quelli con mobilità non sicura, quelli che potrebbero manomettere i dispositivi medici e quelli aggressivi. Un altro ha stilato un protocollo per la gestione delle cadute e uno per i soggetti che si alzano e vagano.

### Imparare dagli altri

In alcuni programmi sono date informazioni sulle esperienze e i diversi metodi che hanno avuto esiti favorevoli. In altri programmi sono organizzate visite in centri che non usano più la contenzione, oppure viene inviata una *newsletter* per informare sulle strategie che hanno avuto successo. Infine in un altro programma viene condiviso con gli altri qualsiasi progresso, come la ripresa della deambulazione, che si è osservato dopo aver rimosso i dispositivi di contenzione.

## Metodi alternativi alla contenzione

In letteratura ci sono pochi studi sui metodi alternativi alla contenzione e spesso le descrizioni riportate non sono adeguate. Per questo la revisione sistematica ha cercato di stilare un elenco con i metodi alternativi alla contenzione. L'elenco non è stato sottoposto a un controllo, le informazioni seguenti quindi possono essere utili come suggerimento ma è importante usarle con cautela.

Per metodo alternativo si intendeva qualunque intervento che venisse usato al posto dei dispositivi di contenzione o che riducesse la necessità dei metodi di contenzione (vedi la tabella 1 a pagina 4).

### Gestione di alcuni gruppi particolari di soggetti

Ci sono molti suggerimenti sulla gestione di alcuni gruppi particolari di soggetti (vedi tabella 2 a pagina 6). Si ricorda che questi consigli non sono stati oggetto di un'attenta valutazione e per questo si propongono solo come suggerimenti.

**TABELLA 2. Suggerimenti per la gestione di alcuni gruppi particolari di soggetti**

Gruppo di soggetti	Interventi
<b>Soggetti con disturbi cognitivi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● appendere al muro una lavagna con indicata la data e i nomi degli operatori sanitari</li> <li>● fornire informazioni per orientare il paziente nel tempo e nello spazio</li> <li>● dare ai pazienti oggetti familiari presi da casa loro</li> <li>● coinvolgere i pazienti in conversazioni</li> <li>● dare ai pazienti piccoli oggetti da tenere in mano</li> <li>● cambiare la disposizione delle sedie degli ospiti nel corso della giornata</li> <li>● far guardare la televisione o ascoltare la radio</li> <li>● lasciare ascoltare la musica</li> <li>● sistemare i dispositivi di allarme sul letto, sulla sedia e sul polso del soggetto</li> <li>● eliminare o curare le cause di delirio</li> <li>● indicare il bagno con immagini</li> <li>● mettere i pazienti con confusione vicino alla guardiola degli infermieri</li> </ul>
<b>Soggetti a rischio di caduta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● identificare con una fascia colorata sul braccio i soggetti a rischio di caduta</li> <li>● riconoscere per ogni soggetto i fattori di rischio e le precauzioni da prendere</li> <li>● stabilire un programma di prevenzione delle cadute</li> </ul>
<b>Soggetti che vagano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● fotografare i soggetti che vagano e lasciare le foto nella guardiola degli infermieri per aiutare a trovarli</li> <li>● individuare in fase di ricovero i soggetti capaci di muoversi e che sono confusi</li> <li>● usare un soprabito dello stesso colore per tutti i soggetti che vagano per aiutare il riconoscimento da parte del personale sanitario</li> <li>● attivare un “codice giallo” che richieda a tutto il personale sanitario di cercare nella sua area il soggetto che si è perso</li> <li>● utilizzare delle barriere visive per le porte, attaccando con del velcro della stoffa colorata</li> <li>● chiudere a chiave le porte</li> <li>● munire di dispositivi di allarme le porte d'uscita</li> <li>● permettere il passaggio in cortili coperti o in giardini sicuri con facili accessi</li> <li>● organizzare aree di attività alla fine di ogni corridoio</li> <li>● organizzare attività ricreative e passeggiate</li> <li>● organizzare attività notturne per i soggetti che vagano di notte</li> </ul>
<b>Soggetti che manomettono i dispositivi medici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● preferire la somministrazione di farmaci per via intramuscolare anziché endovenosa</li> <li>● posizionare il raccoglitore addominale sopra il tubo della gastrostomia</li> <li>● usare sistemi che coprendo le mani impediscono la manomissione dei dispositivi</li> </ul>
<b>Soggetti violenti o agitati</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● usare sedie a dondolo o reclinabili</li> <li>● far ascoltare musica rilassante</li> <li>● proporre attività diversive come la radio e la televisione</li> </ul>
<b>Soggetti con disturbi motori</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● sottoporli a terapia fisica e occupazionale</li> <li>● stabilire un programma di riabilitazione</li> <li>● utilizzare tecniche sicure per spostare il paziente</li> <li>● posizionare i mobili in modo tale che non siano di intralcio</li> <li>● predisporre un sistema antisdrucchio sul pavimento</li> <li>● utilizzare vestiti imbottiti e ausili per facilitare il movimento oppure far appoggiare alle maniglie e al corrimano</li> <li>● fornire scarpe e pantofole adeguate</li> <li>● incoraggiare a usare gli ausili</li> </ul>

## Bibliografia

1. Evans D, et al. Physical restraint in acute and residential care, a systematic review. The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia 2002.
2. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra. National Health and Medical Research Council 1999.
3. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. International Journal of Nursing Studies 1998;35:184-91.

## RACCOMANDAZIONI ►

## Suggerimenti

Anche se ci sono poche prove sulla gestione dei problemi legati alla contenzione, sulla base di studi o ricerche sono stati tratti molti suggerimenti.

### Ridurre il rischio di effetti negativi

- 1 E' necessario assicurarsi che il dispositivo di contenzione venga sempre usato correttamente secondo le raccomandazioni che sono fornite dal produttore e che non venga fatto un uso improprio.
- 2 Tenere sotto controllo i soggetti sottoposti a contenzione.
- 3 Istruire il personale sanitario a usare correttamente i dispositivi di contenzione.

### Limitare l'uso della contenzione fisica

- 1 I reparti per acuti e le strutture residenziali dovrebbero realizzare un programma di attività per ridurre l'uso di dispositivi di contenzione.
- 2 I reparti per acuti e le strutture residenziali dovrebbero indicare i dispositivi, gli interventi e le attività per ridurre la contenzione fisica.
- 3 I reparti per acuti e le strutture residenziali dovrebbero sviluppare strategie di gestione alternative per i soggetti sottoposti a contenzione, cioè per i pazienti con disturbi cognitivi, a rischio di cadute e per quelli che vagano, manomettono i dispositivi medici, sono agitati, violenti o hanno disturbi della mobilità.
- 1 La formazione del personale, da sola o associata alla consulenza clinica di un esperto in geriatria, riduce l'uso della contenzione fisica negli anziani residenti in strutture residenziali (sulla base di un singolo studio randomizzato; livello II).
- 2 Per ridurre la variabilità delle pratiche cliniche si raccomanda di adottare e seguire una linea di condotta standard riguardo all'uso dei dispositivi di contenzione (raccomandazione proposta sulla base di diversi tipi di studi; livello III e IV).
- 3 Per ridurre il rischio di effetti negativi la contenzione dovrebbe essere usata solo come ultima soluzione e quando i benefici potenziali sono maggiori dei rischi (raccomandazione proposta sulla base di diversi tipi di studi; livello III e IV).
- 4 Se la contenzione è necessaria, deve essere impiegato solo il livello minimo che consenta la sicurezza della persona e permetta il trattamento.

#### Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.

[www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au) tel.: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881

Publicato da Blackwell Science-Asia

Questa serie di *BestPractice* è distribuita in collaborazione con:



Le procedure descritte in *BestPractice* devono essere usate solo da personale esperto. L'applicabilità di ogni informazione deve essere valutata caso per caso. E' stata posta molta attenzione nell'assicurare che questo numero di *BestPractice* consideri tutte le ricerche disponibili e l'opinione di esperti; è esclusa ogni responsabilità in caso di danni, costi o spese subite o incorse come conseguenza dell'utilizzo delle procedure qui discusse.

#### Ringraziamenti

Questo numero di *Best Practice* è stato condotto da David Evans, Jackie Wood e Leonnie Lambert sotto la guida di un gruppo di esperti. E' stato poi sottoposto a *peer review* da un gruppo di esperti nominati dai centri neozelandesi, australiani e di Hong Kong che collaborano con il Joanna Briggs Institute.

Il Joanna Briggs Institute ha il piacere di ringraziare i membri del gruppo di revisione: Michael Clinton, Rhonda Nay, Leon Flicker, Andrew Retsas, Sue Koch.

#### Per la versione italiana:

Traduzione: Sabrina Fontana

#### Centro studi Evidence based nursing

Azienda ospedaliera universitaria di Bologna –

Policlinico S. Orsola Malpighi, [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)

Redazione:

**Zadig** srl, via Calzecchi 10, 20133 Milano, [www.zadig.it](http://www.zadig.it)

e-mail: [segreteria@zadig.it](mailto:segreteria@zadig.it) – tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona