

La contenzione fisica degli anziani: i risultati di alcuni studi di prevalenza dagli anni '90 ad oggi

Anna Castaldo

Formazione Provincia Religiosa di S. Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo Milano

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Commissione Geriatria, Collegio Ipasvi di Milano-Lodi

Quanto è utilizzata la contenzione fisica negli anziani? Esistono delle differenze tra i vari paesi e tra i vari setting di cure (ospedali e nursing home¹)? Quali sono le motivazioni che inducono ad utilizzare la contenzione fisica?

Queste sono alcune delle domande a cui si è cercato di rispondere attraverso una revisione della letteratura e più specificamente sono stati selezionati gli studi più rilevanti dagli anni '90 ad oggi, attraverso le banche dati Medline e Cinahl, usando le seguenti parole chiave: "Restraint, Physical"[Mesh] AND "Prevalence"[Mesh]. L'analisi è stata limitata agli studi di prevalenza nei setting ospedalieri e residenziali.

Al fine di rendere più chiara possibile la lettura, i principali risultati sono stati rappresentati nella tab. n. 1 e n. 2 che includono, per ciascun setting analizzato, l'autore/i e l'anno di pubblicazione dello studio, il paese, la prevalenza della contenzione e dei mezzi utilizzati.

La prevalenza della contenzione fisica, riportata dalla letteratura, varia tra il 3% (Hantikainen) e l'83% (Ljunggren) nelle nursing home e tra il 4% e il 68% negli ospedali. Uno degli elementi che diversifica la prevalenza è rappresentato dai mezzi di contenzione considerati nello studio; infatti alcuni studi includono le spondine altri le escludono. La questione se le spondine siano un mezzo di contenzione o meno è ancora aperta; non c'è un chiaro accordo in primis tra il personale e non esistono al momento delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi. Ciononostante l'analisi delle definizioni della contenzione fisica riportate nella letteratura fanno propendere per una loro inclusione. Ad esempio l'Health Care Financing Administration (1992) definisce la contenzione: "ogni metodo manuale o fisico, ogni dispositivo meccanico applicato o adiacente al corpo di un soggetto che non può facilmente essere rimosso e che limita la libertà di movimento o il volontario accesso a parti del proprio corpo".

Laddove le spondine sono incluse nello studio, esse rappresentano il tipo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle nursing home sia negli ospedali. A parte le spondine, le cinture o altri mezzi fissati alle sedie e ai letti e la sedia geriatrica - utilizzata per prevenire l'alzata dei pazienti - sono le tipologie di contenzione più utilizzate nelle nursing home. In ospedale, oltre all'uso delle cinture per sedie e per letti, è prevalente l'uso dei bracciali o di altri mezzi fissati ai polsi.

C'è da evidenziare che molti pazienti oltre ad essere contenuti fisicamente ricevono contemporaneamente anche farmaci psicoattivi (Feng, Irving, Meyer, Gallinagh) oppure questi sono somministrati in alternativa alla contenzione fisica (Hamers, Gallinagh).

Riguardo ai giorni della settimana non esistono differenze sostanziali tra i giorni feriali e il fine settimana (sabato e domenica) e i giorni festivi (Minnick et al.).

All'interno degli ospedali, il setting di cure è un predittore di una maggiore applicazione della contenzione fisica. L'uso della contenzione è più frequente nei reparti di medicina rispetto ai reparti chirurgici (Irving) e nei reparti di cure intensive rispetto a quelli non intensivi (Minnick et al.).

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

Nelle unità specializzate nell'assistenza alle persone con demenza (all'interno delle nursing home), sono state ritrovate differenze nel tipo di contenzione applicato rispetto ai nuclei tradizionali. Kirkevold e Engedal (2004) trovarono che i mezzi di contenzione meccanica (spondine, cinture per sedie o letti) sono applicati più frequentemente nelle nursing home rispetto alle unità per persone con demenza, in cui invece prevale:

- l'utilizzo di mezzi di contenzione non meccanici (chiusura dei residenti in una stanza, ritenzione fisica...);
- la sorveglianza elettronica (dispositivi sui residenti che chiudono automaticamente le porte, dispositivi su residenti che segnalano al personale i movimenti irregolari, dispositivi che suonano quando il residente lascia il letto, dispositivi che monitorano i movimenti dei residenti);
- l'uso della forza durante l'applicazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche (somministrare i farmaci all'interno di cibo o bevande, uso della forza per effettuare un esame o la somministrazione di terapie);
- l'uso della forza durante le attività di vita quotidiana (tenere ferme le mani, le gambe e la testa durante l'igiene personale o la vestizione/svestizione, fare la doccia o il bagno quando la persona resiste fisicamente o verbalmente, forzare il residente ad andare in bagno, alimentare il residente contro la sua volontà).

In merito alla durata della contenzione si rileva che nelle nursing home, laddove utilizzata, la contenzione è usata come una misura di routine. Per esempio Hamers trovò che il 90% dei residenti è contenuto per almeno tre mesi; Karlsson trovò che la durata della contenzione tra le persone contenute (84%) è maggiore di un mese.

Anche in ospedale il periodo di contenzione è abbastanza lungo: normalmente, laddove si decide di utilizzarla, la contenzione è applicata per tutta la durata della degenza. Irving trovò che il tempo di contenzione variava in un range compreso tra uno e 104 giorni con un periodo medio di 17,6 giorni e una mediana di 4,5.

Nello studio di De Vries il 69% dei pazienti (in ospedale e nelle nursing home) era contenuto per circa 10 ore o meno durante il giorno; in particolare nei reparti ospedalieri la percentuale dei pazienti contenuti per 24 ore o per più di 24 ore era maggiore rispetto ai residenti delle nursing home (rispettivamente 33% versus 4%).

Il fatto che la contenzione sia utilizzata per periodi così lunghi può indicare che essa non è un intervento di urgenza e quindi "straordinario" (o in termini legali "legati ad uno stato di necessità") ma che piuttosto è accettata come una modalità assistenziale ordinaria.

Le ragioni che inducono ad applicare ai pazienti un mezzo di contenzione sono molteplici e differiscono tra i vari setting. In particolare nelle nursing home il motivo più frequente è la prevenzione delle cadute e la gestione/controllo dell'agitazione dei residenti, mentre negli ospedali tra le ragioni principali, oltre alla prevenzione delle cadute, è riportata frequentemente la protezione dei presidi medici al fine di prevenire l'interruzione di terapie o la rimozione degli stessi presidi. A questi si aggiungono il controllo della confusione e dell'agitazione. Nelle tabelle n. 3 e n. 4 sono descritte più dettagliatamente le motivazioni e le loro percentuali ritrovate negli studi analizzati, rispettivamente nelle nursing home e negli ospedali.

L'età avanzata, la compromissione della mobilità, la dipendenza nelle cure assistenziali (dovuta all'incapacità di eseguire autonomamente le attività di vita quotidiana), la presenza di deficit cognitivi (Hamers, Meyer, Ljunggren, Karlsson, Feng, Irving, Gallinagh) e il rischio di cadute (Hamers, Meyer), sono alcuni tra i fattori che predicono un maggior ricorso alla contenzione.

Il numero di operatori dedicato alle cure assistenziali è un elemento che predice un elevato o un basso uso della contenzione. Il carico di lavoro del personale, generalmente legato al grado di disabilità (fisica e cognitiva) dei residenti, è chiaramente evidenziato anche nello studio di Karlsson.

Nello studio di Irving invece si osserva che il numero di operatori rispetto ai pazienti assistiti in ospedale non è associato significativamente con il numero di pazienti contenuti tranne nel caso in cui ad un basso numero di operatori è contemporaneamente associato un'età molto avanzata dei pazienti. Allo stesso modo Gallinagh trovò un'associazione debole tra la quantità di personale e l'utilizzo della contenzione, anche se osservò che la riduzione del personale in alcune fasce orarie (pomeriggio e notte) determina un maggior utilizzo dei mezzi di contenzione, nella fattispecie le spondine sia nelle ore notturne sia nelle prime ore del pomeriggio (riposo pomeridiano).

L'influenza delle caratteristiche organizzative, come per esempio la dimensione dei reparti e il numero di residenti, è controversa e può differire tra i vari Paesi. Feng infatti trovò un minor utilizzo della contenzione nelle nursing home di grandi dimensioni in Canada e in Finlandia, ma non negli altri paesi coinvolti nell'indagine. Hantikainen invece trovò che il personale che lavora in reparti con più di 25 residenti (26-30 residenti) riporta un più frequente ricorso alla contenzione fisica rispetto al personale che lavora in reparti più piccoli (dai 10 ai 25 residenti).

L'atteggiamento del personale nei confronti della contenzione, le conoscenze specifiche sulla contenzione, il livello di soddisfazione lavorativa possono essere dei deterrenti importanti; per esempio lo studio di Karlsson rilevò che una bassa attitudine del personale era associata significativamente all'assenza di contenzione o ad una bassa applicazione, come pure il livello di conoscenze del personale, riguardo alle istruzioni operative sull'uso della contenzione, risultò più alto nei reparti in cui la contenzione non veniva utilizzata rispetto a quelli dove l'utilizzo era moderato o alto. Inoltre nei reparti in cui la contenzione non era applicata il livello di soddisfazione del personale era significativamente più alto.

Nel recente studio di Feng negli USA è riportata una bassa prevalenza della contenzione rispetto ad altri paesi e rispetto agli anni '90 (si veda per esempio anche la prevalenza rilevata da Ljunggren nel 1997). Tale risultato è verosimilmente legato ad una maggiore adesione da parte delle nursing home agli standard, definiti in un regolamento federale emanato alla fine degli anni ottanta. Si tratta del "The Nursing Home Reform Act" del 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act - meglio noto come OBRA '87) il quale si poneva tra l'altro l'obiettivo di ridurre la contenzione fisica. Esso infatti stabilisce che "i residenti hanno diritto di essere liberi dalla contenzione fisica e farmacologica quando utilizzata per fini punitivi o interessi organizzativi e quando non sia rivolta al trattamento di problemi clinici"

Allo stesso modo anche in alcuni paesi (Austria, Danimarca, Germania e Olanda) in cui esiste una regolamentazione specifica sull'uso della contenzione fisica è riportata una minore prevalenza rispetto ad altri stati europei in cui è assente una legislazione restrittiva (De Vries).

E' evidente che la legislazione ha un chiaro impatto sull'uso della contenzione fisica nella pratica clinica, a prescindere dal setting di cure. Non meno rilevante è però la filosofia assistenziale dello staff in termini di rispetto della dignità e della libertà delle persone e quindi l'atteggiamento critico del personale nei confronti della contenzione.

Bibliografia essenziale

1. Minnick A. F., Mion L. C., Leipzig R., Lamb K., Palmer R. M., Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting, *The Journal of Nursing Administration*, Volume 28(11), November 1998, pp 19-24.
2. Kirkevold Øyvind, Engedal Knut, Prevalence of patients subjected to constraint in Norwegian nursing homes, *Scand J Caring Sci*; 2004; 18, 281-286
3. Irving Kate, Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals, *Australian Journal of Advanced Nursing*; Jun-Aug 2004; 21, 4;

4. Hamers J. P.H., Gulpers Math J.M., Strik Willem, Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents, *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 45(3), 246–251
5. Virpi Hantikainen, Physical Restraint: a descriptive study in swiss nursing homes, *Nursing Ethics*, 1998; 5; 330
6. Gallinagh Ròisín, Nevin Rosemary, Mc Ilroy David, Mitchell Fionnuala, Campbell Linda, Ludwick Ruth, McKenna Hugh, The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: findings from an exploratory study, *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002) 147–156
7. De Vries OJ, Ligthart GJ, Nikolaus T; European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Sep;59(9):M919-20.
8. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO., Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings, *Journal American Geriatric Society*, 2001 Dec;49(12):1722-8.
9. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A., Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 Suppl 2:43-7.
10. Meyer G., Köpke S., Haaster B., Mühlhauser I., Restraint use among nursing home resident: cross sectional study and prospective cohort study, *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 18, 981-990
11. Feng Z., Hirdes J.P., Smith T. F., Finne-Soveri H., Chi I., Du Pasquier J.N., Gilgen R., Ikegami N., Mor V., Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009.
12. PL 100-203. Omnibus Budget Reconciliation Act, Subtitle C, Nursing Home Reform. Washington, 1987: U.S. Government Printing Office.

Tab. 1 Prevalenza della contenzione fisica negli ospedali

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

* Ospedale Universitario

** 17 Reparti di geriatria ospedalieri

*** Reparti di Riabilitazione

Tab. 2 Prevalenza della contenzione fisica nelle nursing home

Autore/i Anno	Paese	%	Tipo di contenzione (%)		
Ljunggren 1997	1. Danimarca	4,5	Sedia geriatrica (1,6)	<i>Spondine Escluse</i>	
	2. Francia	38,3	Sedia geriatrica (14,8)		
	3. Islanda	18,4	Sedia geriatrica (6,5)		
	4. Italia	38,7	Sedia geriatrica (13,5)		
	5. Giappone	9,4	Sedia geriatrica (3,2)		
	6. Spagna	83,3	Sedia geriatrica (37,9)		
	7. Svezia	42,7	Busti o pettorine (11,6)		
	8. USA	35,2	Busti o pettorine (12,0)		
Hantikainen 1998	Svizzera	Media 3,7 (range 1-21)	Spondine (58) Cintura di sicurezza/pettorina per sedie (36) Cintura di sicurezza per letti (23) Sedia geriatrica con tavolo (9) Porta della camera chiusa (3)		
Karlsson 2001	Svezia	24,0 (NH)* 9,0 (USD)**	Cinture per sedie (62) Tavoli per carrozzine (35) <i>Spondine Escluse</i>		
Kirkevold, Engedal 2004	Norvegia	36,7(NH) 45,0 (USD)		NH	USD
			Contenzione meccanica	(23,3)	12,8)
			Contenzione non meccanica	(3,0)	(8,3)
			Sorveglianza elettronica	(0,9)	(7,2)
			Uso della forza durante esami o trattamenti medici	(13,5)	(19,1)
Uso della forza nelle ADL	(16,6)	(20,9)			
Hamers et al 2004	Olanda	49,0	Spondine (98) Cinture per sedie (57) Sedia geriatrica con tavolo (36) Cinture per letto (27)		
De Vries 2004	Nove paesi europei (Austria, Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Svizzera, Olanda)	Range 0-22 % media: 7,0	Cinture (o altri mezzi) fissate alle sedie (60%) Cinture (o altri mezzi) fissate ai letti (27%) <i>Spondine Escluse</i>		
Meyer 2008	Germania	26,2 39,8 (follow up di 12 mesi)	Spondine (24,5) Cinture per carrozzine o letto (2,7) Tavolo per carrozzina (2,1)		
Feng 2009	Canada	31,4	Non è definita la percentuale di ciascun mezzo di contenzione. Nello studio erano considerate le contenzioni per il tronco, per gli arti e le sedie geriatriche. <i>Spondine Escluse</i>		
	Finlandia	28,0			
	Hong Kong	20,2			
	Svizzera	6,1			
	USA	8,8			

*NH: Nursing Home

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

Tab. 3 Motivazioni addotte all'uso della contenzione fisica nelle nursing home

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

Tab. 4 Motivazioni addotte all'uso della contenzione fisica in ospedale

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

*Le percentuali sono complementari a quelle riscontrate nelle persone non contenute con lo stesso problema