

LA CONTENZIONE FISICA MECCANICA e FARMACOLOGICA:

implicazioni assistenziali,
etiche e deontologiche

Collegio IPASVI
Como - 12.03.2008



P. Verga

OBBIETTIVI DELLA GIORNATA

ANALIZZARE IL FENOMENO DELLA
CONTENZIONE

(Dove si attua la contenzione? Chi è contenuto? Chi
contiene? Perché? In quali modi?)

RIFLETTERE SULLE ESPERIENZE
PROFESSIONALI DEGLI OPERATORI CHE
PRATICANO ED EVITANO LA CONTENZIONE

IPOSTIZZARE STRATEGIE OPERATIVE PER
DIMINUIRE IL RICORSO ALLA
CONTENZIONE



CONTENUTI (1)

I VISSUTI DELL'OPERATORE DAVANTI AL PAZIENTE "INCONTENIBILE"

QUALCHE PRECISAZIONE:

- ✓ Cosa vuol dire "contenere"?
- ✓ I dispositivi di contenzione
- ✓ Rischi e danni derivanti dalla contenzione
- ✓ Rischi e danni derivanti dalla non contenzione



CONTENUTI (2)

Programmi di **DIMINUZIONE** della contenzione

Le **ALTERNATIVE** alla contenzione:

Gli interventi sull'ambiente

La sicurezza a letto

Supporti per la postura

Attività riabilitative

INTERVENTI SPECIFICI per **FASCE** di pazienti



CONTENUTI (3)

LA PRESCRIZIONE MEDICA FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE FISICA

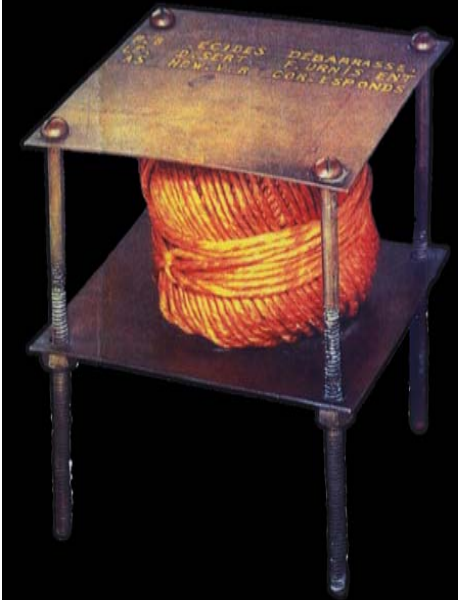
- ❖ Caratteristiche dell'ordine medico per attuare la contenzione
- ❖ Caratteristiche del processo assistenziale durante l'applicazione della contenzione



CONTENUTI (4)

ASPETTI ETICI E GIURIDICI RELATIVI ALL'IMPIEGO DELLA CONTENZIONE

- ❖ Riferimenti deontologici
- ❖ Riferimenti giuridici



RIFERIMENTI STORICI (1)

In Italia la prima legge in materia di contenzione nata dal bisogno di regolamentarne il fenomeno fu quella presentata da Giolitti: la n. 36 del 1904 intitolata "Legge sui manicomî e sugli alienati".

Essa istituì l'Ospedale Psichiatrico e il ricovero per "i matti pericolosi". Fu seguita dal Regio Decreto n. 615 del 1909.



RIFERIMENTI STORICI (2)

REGOLAMENTO MANICOMIALE

n. 615 DEL 1909-ART. 60:

“Nei manicomî devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione [...] l'uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private”.



RIFERIMENTI STORICI (3)

REGOLAMENTO MANICOMIALE

n. 615 DEL 1909-ART. 60:

E' stato abolito con la riforma
psichiatrica del 1978

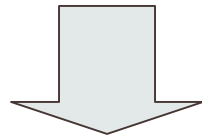


Attualmente in Italia non c'è alcuna
disposizione di legge che implicitamente o
esplicitamente autorizzi l'uso dei mezzi
di contenzione



CONTENZIONE / RESTRIZIONE (1)

Dal termine "restraint"



Il termine indica **CONTENZIONE**
ogni mezzo di costrizione fisica della
libertà di movimento della persona o
del normale accesso al proprio corpo.

Spinogatti F.-Agrimi E., "La Contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi", in Quaderni Italiani di Psichiatria - Vol. XXIV, Giugno 2005



CONTENZIONE / RESTRIZIONE (2)

"I mezzi di contenzione sono quegli strumenti o dispositivi applicati al corpo, a parti di esso o nell'ambiente circostante l'individuo, atti a limitare la libertà dei movimenti volontari dell'intero corpo o di un suo segmento."

Cester A., Gumirato G., "I Percorsi della contenzione, dal caos al metodo", S. Lucia di Piave, Vega Editore, 1997.



CONTENZIONE



FISICA: gli operatori intervengono per bloccare fisicamente i movimenti di un paziente



MECCANICA: vengono usati mezzi o ausili omologati per limitare i movimenti

(Department of Health Tari Ora. Procedural Guidelines for Physical Restraint. New Zealand 1993.)



ISOLAMENTO

Il termine **ISOLAMENTO**, limitato alla Psichiatria, indica il confinamento fisico e obbligato del paziente in uno spazio ristretto e chiuso.

(Department of Health Tari Ora. Procedural Guidelines for Physical Restraint. New Zealand 1993.)



CONTENZIONE FARMACOLOGICA (1)

Si tratta di una vera e propria sedazione farmacologica il cui insuccesso è spesso all'origine della decisione di contenere meccanicamente il paziente.

Spinogatti F.-Agrimi E., "La Contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi", in *Quaderni Italiani di Psichiatria* - Vol. XXIV, Giugno 2005



CONTENZIONE FARMACOLOGICA (2)

La contenzione chimica è ammissibile solo quando l'iniziativa rappresenta un intervento sanitario e sia parte della terapia. È illecita se praticata al di fuori di un trattamento di tipo terapeutico, cioè per riportare l'ordine in un reparto, o con intenti punitivi nei confronti del paziente

Spinogatti F.-Agrimi E., "La Contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi", in *Quaderni Italiani di Psichiatria* - Vol. XXIV, Giugno

2005



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (1)

L'utilizzo della contenzione varia in base a:

- ✓ Cultura professionale
- ✓ Formazione personale

DI CHI GESTISCE IL SERVIZIO
DI CHI NEL SERVIZIO LAVORA



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (2)

Non è sempre agevole effettuare stime precise relative all'utilizzo della contenzione causa i diversi modi di intenderla...

(contenzione = solo fissaggio quattro arti;
contenzione = qualsiasi ausilio limitante il movimento della persona)



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (3)

I pazienti in fase acuta di malattia subiscono nel 3,4 - 21% qualche forma di contenzione in Ospedale.

I pazienti in ospedale sono mediamente contenuti nel 10% dei casi, con una durata che varia da 2,7 a 4,5 giorni.

(EVANS D. et al., "PHYSICAL RESTRAINT", Best Practice 2002; 3: 1-6)



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (4)

Gli ospiti delle strutture residenziali geriatriche subiscono nel 12 - 47% qualche forma di contenzione.

I pazienti in strutture geriatriche sono mediamente contenuti nel 27% dei casi, con una durata media di 86,5 giorni.

(EVANS D. et al., "PHYSICAL RESTRAINT", Best Practice 2002; 3: 1-6)



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (5)

Nelle RSA italiane si passa dal

41,7% dell'Emilia Romagna

al 17,5% dell'Abruzzo,

al 25% del Veneto

Costantini S., L'emergenza contenzione nelle residenze sanitarie per anziani, in Anzivino F.-Bonati P.A., Il demente nelle istituzioni: le realtà e le prospettive, Atti del Congresso SIGG, Piacenza 1996



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (6)

La contenzione in ambito
psichiatrico per acuti è presente
in Australia



3,3 per mille il tasso dei contenuti;

Motivazioni:

- Violenza o minaccia di violenza (52%)
- Psicosi (10%)
- Sindromi cerebrali organiche (10%)

(Studio su 116 Dipartimenti d'urgenza di Canon M.E. et Al.
"Restraint practices in Australasian emergency departments."
Austr NZJ Psychiatry 2001; 35:464-7)



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (7)

La contenzione in ambito
psichiatrico per acuti è presente
negli USA...

- ➡ 4,2 contenuti ogni 100 dimessi:
- ➡ 4.9 contenzioni ogni 100 giornate di degenza

(JCAHO. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals.
The Official Handbook. Joint Commission on Accreditation of
Healthcare Organizations, 2000.)



DIFFUSIONE EPIDEMIOLOGICA (8)

La contenzione in ambito
psichiatrico per acuti è presente
in svizzera (nel 75% dei
reparti)

(Needham I. et Al., "Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry", Swiss Med 2002; 18,132(19-20): 253-8.)



DISPOSITIVI DI CONTENZIONE MECCANICA (1)

- Mezzi di contenzione per il letto
- Mezzi di contenzione per la sedia
- Mezzi di contenzione per segmenti corporei

Cester A., Gumirato G., "I Percorsi della contenzione, dal caos al metodo", S. Lucia di Piave, Vega Editore, 1997, p.24.



DISPOSITIVI DI CONTENZIONE MECCANICA (2)

- Fascia per carrozzina o poltrona
- Tavolino per carrozzina
- Spondine per letto
- Bracciali di immobilizzazione
- Fasce di sicurezza per letto

Zanetti E. et al. "Contenzione: una pratica da limitare",
L'Infermiere, 2/1998, p. 47



PERSONE A RISCHIO DI CONTENZIONE MECCANICA

NEI REPARTI PER ACUTI

- ✓ I pazienti provenienti da strutture residenziali
- ✓ I pazienti con diagnosi psichiatriche
- ✓ I pazienti con deterioramento cognitivo
- ✓ I pazienti con disturbi del comportamento
- ✓ I pazienti a rischio di caduta
- ✓ I pazienti allettati

Evans D. et al., 2002, "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



MOTIVI DELLA CONTENZIONE MECCANICA

NEI REPARTI PER ACUTI

1) Protezione dei presidi medicali:

prevenzione rimozione C.V.C, erogatori di ossigeno, tubo endotracheale, S.N.G., C.V., medicazioni e suture

Robbins L.J.et al., Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in acute care hospital", in J.Am.Ger. Soc., n. 35 (4) 1987 pp. 290-296

Thomas A.-Redfern L.-John R., Perceptions of acute care in the use of restraint, in Journal of Gerontological Nursing, n. 21 (6) 1995, pp.32-38.



MOTIVI DELLA CONTENZIONE MECCANICA

NEI REPARTI PER ACUTI

2) Agitazione, auto-eteroaggressività,
wandering, disturbi del comportamento,
(soprattutto confusione e impulsività)

Evans D. et al., 2002, "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia



MOTIVI DELLA CONTENZIONE MECCANICA

NEI REPARTI PER ACUTI

3) "salvaguardia" del sistema organizzativo,
carenza di personale.

Thomas A.-Redfern L.-John R., Perceptions of acute care in the use of restraint, in *Journal of Gerontological Nursing*, n. 21 (6) 1995, pp.32-38.



PERSONE A RISCHIO DI CONTENZIONE meccanica

NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

- ✓ Gli anziani con disabilità nelle attività di base della vita quotidiana
- ✓ I pazienti a rischio di caduta

Evans D. et al., 2002, "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



MOTIVI DELLA CONTENZIONE MECCANICA

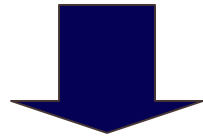
NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

L'età avanzata non sembra essere uno dei motivi determinanti la contenzione.

Evans D. et al., 2002, "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



Efficacia/inefficacia della contenzione

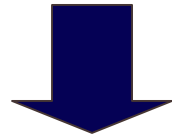


a) La riduzione dell'utilizzo dei mezzi di contenzione non si associa ad un aumento delle cadute.

Shadlen F., Reducing restraint for dementia patients in long term care, in *J. Am. Ger. Soc.* n. 39 (1991), p. 5



Efficacia/inefficacia della contenzione



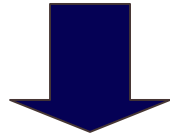
b) Non è presente alcun cambiamento significativo nell'incidenza delle lesioni traumatiche in relazione all'uso/non uso della contenzione.

Shadlen F., Reducing restraint for dementia patients in long term care, in *J. Am. Ger. Soc.* n. 39 (1991), p. 5

Kramer J., Reducing restraint use in a nursing home, in *Clinical Nurse Specialist*, n. 8 (3) 1994, pp.158-163



Efficacia/inefficacia della contenzione

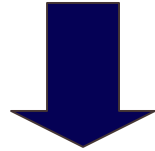


c) In alcuni studi la riduzione della contenzione ha ridotto le lesioni più gravi e aumentato quelle più lievi

Neufeld R.R. et al., Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207



Efficacia/inefficacia della contenzione

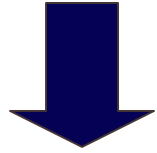


d) Non vi è diminuzione dell'agitazione mediante la contenzione. In alcuni casi vengono riportati tassi elevati della stessa nei soggetti contenuti.

Werner P. et al., "Physical restraints and agitation in nursing home residents." *Journal of American Geriatric Society* 1989; 37(12):1122-6.



Efficacia/inefficacia della contenzione



e) La contenzione è efficace nel proteggere i presidi medicali e nel consentire agli operatori lo svolgimento del loro lavoro.



La contenzione può avere gravi
ripercussioni sulla qualità di
vita della persona ed essere causa
diretta di morte

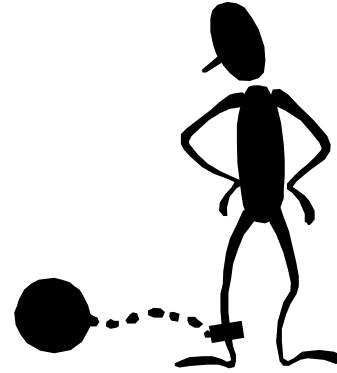
Miles S.H., Irvine P., Deaths caused by physical restraints, in *Gerontologist*, n. 32 (6) 1992 pp.762-766

Parker K., Miles S.H., Deaths caused by bedrails, in *J Am. Ger. Soc.*, n. 45 (7) 1997, pp.797-802



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

PSICOLOGICI



In chi è sottoposto alla contenzione:

Senso di impotenza

Umiliazione

Aumento dell'insicurezza

Aumento dello stato di agitazione

Rabbia



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

“sono bloccato”

“sono in gabbia”

“sono bardato come un somaro”

“non posso neanche unire le mie mani”

“è una cosa da matti”

“i cani hanno solo un guinzaglio, ...io invece...”



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

PSICOLOGICI



In chi attua la contenzione:

Negli operatori favorisce un atteggiamento di acritica indifferenza che può portare al rigetto dei compiti assistenziali e all'apertura di un conflitto nell'equipe fra chi giustifica e chi condanna il contenimento

Scherer Y.K. Et al., "The nursing dilemma of restraints", in J. Gerontological Nursing, n. 17 (1991), pp. 14-17



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

FISICI DIRETTI

Provocati dalla pressione esterna
del dispositivo contenitivo

FISICI INDIRETTI

Dovuti all'immobilità forzata

Evans D. et al., 2002, "Physical Restraint in Acute and Residential Care, a systematic review", n. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

1) NERVOSE

causate da combinazione di dispositivi di contenzione da applicare al tronco e polsini di contenzione: l'arrotolamento del corpetto fino alle ascelle esercita una pressione sul plesso brachiale distale.

Scott T.F., Gross J.A., Brachial plexus injury due to vest restraints, in *New England Med*, n. 320 (1989), p. 598



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

2) ISCHEMICHE

in ogni distretto corporeo a valle di un presidio applicato in modo improprio

McLardy-Smith P., Burge P.D., Watson N. A., "Ischaemic contracture of the intrinsic muscles of the hand: a hazard of physical restraint", in J Hand Surgery, n. 11 (1986) pp.65-67



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

3) ASFISSIA

Da intrappolamento o sospensione nel dispositivo, durante movimenti per liberarsene.

Miles S.H., Irvine P., Deaths caused by physical restraints, in Gerontologist, n. 32 (6) 1992 pp.762-766

Parker K., Miles S.H., Deaths caused by bedrails, in J Am. Ger. Soc., n. 45 (7) 1997, pp.797-802



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

4) MORTE

L' FDA ha stimato negli USA 100 casi di morte all'anno da uso improprio della contenzione.

FDA. Safe Use of Physical Restraint Devices. FDA, 1992



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

4) MORTE

Nello stato del Connecticut, negli anni 1989-1999 ci sono stati 142 morti da contenzione

Charatan F. US reconsider use of recluses and restraints in psychiatric patients. *BMJ* 1999; 10:319-77.



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

4) MORTE

in uno studio della JCAHO

Su 20 casi di decesso da contenzione,

12 sono avvenuti in ambito psichiatrico

6 in ospedali generali

2 decessi in strutture geriatriche.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8

http://www.jcaho.org/search_frm.html



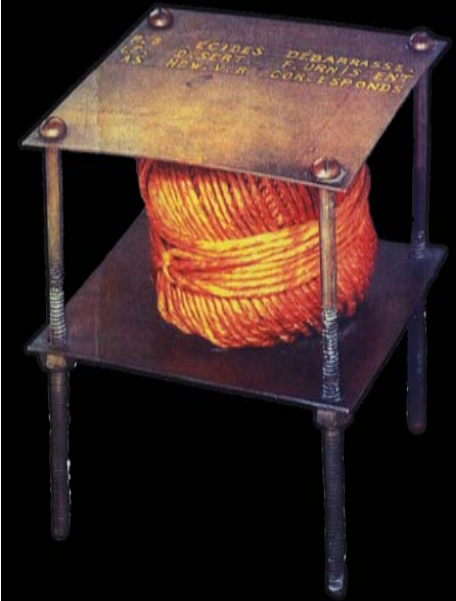
EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

4) MORTE

Cause di morte:

- asfissia (40%)
- strangolamento (solo anziani e dovuti a scivolamento sul corsetto o tra le sbarre delle spondine)
- arresto cardiaco
- incendio



Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8

http://www.jcaho.org/search_frm.html

EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

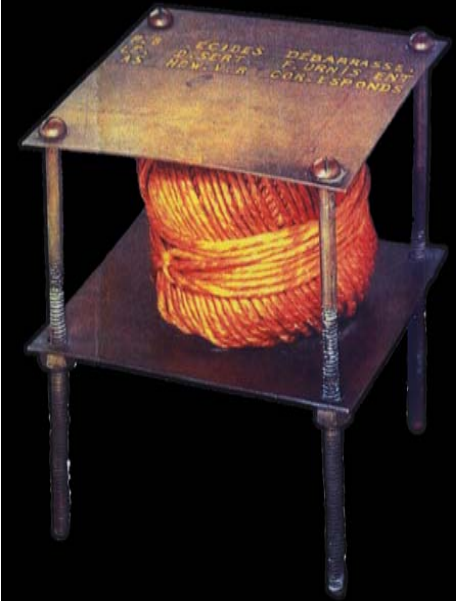
4) MORTE

Fattori di rischio per il decesso:

- pazienti fumatori
- pazienti con deformazioni fisiche che impediscono la corretta applicazione della contenzione
- contenzione del paziente in una stanza fuori dal diretto controllo del personale

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8

http://www.jcaho.org/search_frm.html



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE DIRETTE

4) MORTE

Problemi alla base dei decessi:

- valutazione medica affrettata
- osservazione inaccurata del paziente
- assenza di procedure di osservazione del paziente
- insufficiente competenza/n. degli operatori

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
Sentinel Event Alert 1998; Issue n. 8
http://www.jcaho.org/search_frm.html



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE INDIRETTE NEI SETTORI PER ACUTI

- ❖ maggiore durata del ricovero
- ❖ aumentata mortalità intraospedaliera
- ❖ diminuzione della sopravvivenza dopo la dimissione

Frengley J.D.-Mion L.C., Incidence of physical restraints on acute general medical wards, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 34 (8) 1986, pp.565-568;

Robbins L.J. Et al, Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital, in *Am. Ger. Soc.*, n. 35 (4) 1987, pp.290-296

Mion L, A further exploration of the use of physical restraint in hospitalized patients, in *Am. Ger. Soc.*, n. 37 1989, pp.994-956



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE INDIRETTE NEI SETTORI PER ACUTI

- ❖ Aumento delle infezioni acquisite durante il ricovero
- ❖ Aumento delle cadute
- ❖ Incontinenza funzionale e danni da immobilizzazione

Mion L, A further exploration of the use of physical restraint in hospitalized patients, in *Am. Ger. Soc.*, n. 37 1989, pp.994-956



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE INDIRECTE NEI SETTORI RESIDENZIALI

- ❖ Diminuzione della mobilità, della cognitivit , dei contatti sociali, sviluppo di lesioni da decubito e comparsa di incontinenza urinaria e fecale



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE INDIRETTE NEI SETTORI RESIDENZIALI

❖ I soggetti contenuti cadono quanto quelli non contenuti e le lesioni da caduta più gravi si verificano fra i contenuti

Stiebeling M. et al, Morbidity of physical restraints in hospitalised patients, in in Am. Ger. Soc., n. 38 1990, p.45

Folmar S.-Wilson H, Social behaviour and physical restraints, in Gerontologist, n. 29 (1989), pp.650-653



EFFETTI INDESIDERATI DA CONTENZIONE

LESIONI FISICHE INDIRETTE NEI SETTORI RESIDENZIALI

- ❖ La contenzione continua provoca lesioni più gravi di quella discontinua

Tinetti M.E. et al, Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities, in *Annals Int. Med.*, n. 116 (1992), pp.369-374



RIDUZIONE DELLA
CONTENZIONE



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

L'implementazione di interventi alternativi richiede profondi cambiamenti culturali, organizzativi e professionali.

I programmi più comuni si articolano in attività per le quali non si dispone singolarmente di informazioni di efficacia ma, se attuate insieme, esse si sono dimostrate efficaci nella riduzione della contenzione.



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

APPROCCIO ORGANIZZATIVO

Sembra abbiano buon esito i programmi che prevedono un gruppo di lavoro multidisciplinare con i compiti di individuare le strategie, partecipare ai programmi di formazione, supervisionare il lavoro, modificare le regole esistenti relative alla contenzione.

E' suggerita l'adozione sistematica di procedure e protocolli standardizzati



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

MINIMIZZAZIONE VS ABOLIZIONE

Obiettivo di molti programmi è la riduzione, piuttosto che l'abolizione;

Standard ottimali di diminuzione:

- ❖ massimo del 5% di ospiti contenuti
- ❖ limitazione della contenzione ai casi di rischio suicidario, aggressività, protezione dei trattamenti salvavita
- ❖ utilizzo delle spondine riservato solo ai residenti che cadono ripetutamente



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

MODIFICHE NELLA PRESCRIZIONE DELLA CONTENZIONE

I lavori esistenti (e le linee guida nazionali) suggeriscono che sia il medico a prescriverla, che ne sia indicata la durata, che sia preceduta da valutazione in équipe sulle cause che la rendono necessaria e sulle possibili alternative

Kramer J., Reducing restraint use in a nursing home, in *Clinical Nurse Specialist* n.8, 1994 pp. 158-162

Levine J.M. et al, Progress toward a restraint-free environment in a large academic nursing facility, in *J.Am.Ger.Soc.* n. 43 (8) 1995 pp. 914-918



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

VALUTAZIONE

Utile per individuare a quali pazienti si può rimuovere la contenzione sia per stabilire gli interventi assistenziali più adeguati, tramite:

- ❖ Impiego di protocolli che indagano le abilità motorie
- ❖ Discussione dei singoli casi da parte dello staff



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

PARTECIPAZIONE della FAMIGLIA

Nella riduzione della contenzione utile si è dimostrato il coinvolgimento della famiglia, la discussione della decisione di rimuovere la contenzione e delle priorità di intervento

Kramer J., Reducing restraint use in a nursing home, in *Clinical Nurse Specialist* n.8, 1994 pp. 158-162

Neufeld R.R. et al., Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

ADOZIONE DI PROTOCOLLI PER SPECIFICHE SITUAZIONI CLINICHE

Per alcune situazioni cliniche è problematico ridurre la contenzione garantendo la sicurezza del paziente. E' opportuno quindi sviluppare protocolli per utenti:

- ❖ a rischio di caduta
- ❖ che interferiscono con i trattamenti
- ❖ agitati
- ❖ aggressivi



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

FORMAZIONE

Riduce con sicurezza il ricorso alla contenzione fisica nelle strutture residenziali. Ha come finalità quella di informare i professionisti della pericolosità e inefficacia della contenzione, promuovendo l'adozione di interventi alternativi.

Evans L.K. Et al., A clinical trial to reduce restraints in nursing homes, in J. Am. Ger. Soc., n. 45 (6) 1997, pp.675-681



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

FORMAZIONE DEL PERSONALE

a) Prevenzione e precoce, identificazione delle situazioni a rischio;

triage psichiatrico

Strumento organizzativo finalizzato a selezionare e ordinare gli accessi non programmati nei servizi per acuti in base al tipo e all'urgenza delle condizioni del paziente. Fa uso di strumenti standardizzati e permette di identificare precocemente le situazioni a rischio.



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

FORMAZIONE DEL PERSONALE

b) Interventi comportamentali

- **Tecniche** che permettono all'operatore psichiatrico di **gestire il rapporto** con il paziente aggressivo/violento in modo efficace e sicuro allo scopo di diminuire la tensione e di recuperare la relazione con il paziente.
- **Tecniche di de-escalation**: al fine di gestire la situazione in termini di sicurezza e di trasmettere al paziente il convincimento che l'operatore si adoparerà per impedirgli di arrecare danno a sé e agli altri.



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

PROCEDURE DI MONITORAGGIO

- Contenzione = evento sentinella;
- Osservazione longitudinale degli episodi di contenzione;
- Confronto con procedure adottate da servizi equivalenti;



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

PROCEDURE DI MONITORAGGIO

- Presenza di indicatori di monitoraggio della contenzione: Es.



1) Episodi di contenzione / Giornate di degenza

(al numeratore escluso l'uso delle spondine e la sedazione farmacologica; al denominatore numero delle giornate di degenza inclusi i pazienti deceduti)



Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
Comprehensive Accreditation Manual for
Hospitals: The Official Handbook

PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

PROCEDURE DI MONITORAGGIO

- Presenza di indicatori di monitoraggio della contenzione: Es



2) Pazienti con una o più contenzioni/
pazienti ricoverati

(al numeratore: numero di pazienti con una o più contenzioni; al denominatore: pazienti ricoverati inclusi i deceduti)

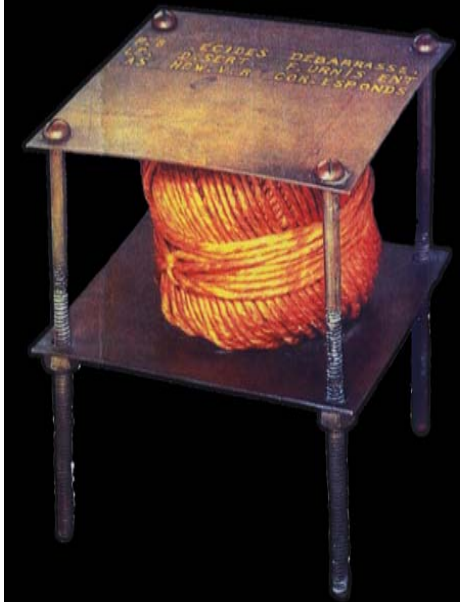
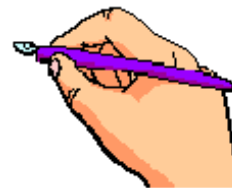
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

Adozione di strumenti di monitoraggio: es

TIPO DI CONTENZIONE	data	M P N M P N					
		M	P	N	M	P	N
Bracciali							
Fasce sicurezza letto	<input type="checkbox"/>						
Spondine per letto	<input type="checkbox"/>						
Fascia pelvica	<input type="checkbox"/>						
Tavolino per carrozzina	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

BIBLIOGRAFIA

- Kramer J., Reducing restraint use in a nursing home, in *Clinical Nurse Specialist* n.8, 1994 pp. 158-162
- Neufeld R.R. et al., Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 47 (10) 1999, pp. 1202-1207
- Evans L.K. Et al., A clinical trial to reduce restraints in nursing homes, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 45 (6) 1997, pp.675-681
- Sundel M et al., Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes, in *J. Am. Ger. Soc.*, n. 42 (4) 1994, pp.381-387
- Ejaz F.K. et al., Restraint reduction: can it be achieved?, in *Gerontologist* n. 34 (5) 1994, pp. 694-699.



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

BIBLIOGRAFIA

- Ejaz F.K. et al., Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs, in J. Am. Ger. Soc., n. 42 (9) 1994, pp.960-964
- Swauger K.C. Tomlin C.C., Moving toward restraint-free patient care, in J. Nursing Administration, n. 30 (6) 2000, pp. 325-329
- Chalifour R., Implementing a non-restraint environment, in Canadian nurse, n. 93(6) 1997, pp.47-48
- Jensen B. et al., Restraint education: a new philosophy for a new millennium, in J. Nursing Administration, n. 28(7/8) 1998, pp. 32-38



PROGRAMMI di RIDUZIONE DELLA CONTENZIONE

BIBLIOGRAFIA

- Neufeld R.R. et al., Removals of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation unit, in Gerontologist, n. 39 (5) 1999, pp. 611-614
- Lever J.A. et al., Reduction of restraint use through policy implementation and education, in Perspective n. 19 (1) 1995, pp.3-8



Alternative alla contenzione

MODIFICHE AMBIENTALI

- ❖ Buona illuminazione
- ❖ Pavimenti non scivolosi
- ❖ Porte schermate con pannelli delle pareti
- ❖ Percorsi senza ostacoli
- ❖ Strisce antiscivolo sul pavimento
- ❖ Sistemi di videosorveglianza
- ❖ Allarmi



Alternative alla contenzione

SICUREZZA a LETTO

- ❖ Materasso concavo, materasso ad acqua,
- ❖ Abbassamento del letto all'altezza minima, materasso posto sul pavimento
- ❖ Trapezio (al fine di aumentare la mobilità nel letto)



Alternative alla contenzione

SUPPORTI per la POSTURA E la POSIZIONE SEDUTA

- ❖ Sedie e poltrone con seduta profonda, con schienale alto o a inclinazione variabile



Alternative alla contenzione

ATTIVITA' RIABILITATIVE e DISTRAENTI

- ❖ La riabilitazione e la deambulazione assistita migliorano alcuni aspetti legati alla disabilità fisica e distraggono i pazienti da comportamenti a rischio (terapia occupazionale, attività notturne per coloro che vagano di notte, attività ricreative)
- ❖ interventi di compagnia e assistenza nelle AVQ possono essere affidate a familiari e/o volontari



Alternative alla contenzione

PERSONALIZZAZIONE delle CURE

- ❖ Prevenzione e trattamento delle infezioni
- ❖ Valutazione e terapia del dolore
- ❖ Promozione del riposo e del sonno
- ❖ Attenzione agli effetti collaterali dei farmaci



Sono aspetti che, oltre ad esprimere la qualità dell'intervento, riducono, soprattutto nei pazienti cronici, episodi di confusione, agitazione, cadute accidentali che spesso sono causa di contenzione.



Alternative alla contenzione

BIBLIOGRAFIA

- Ejaz F.K. et al., Restraint reduction: can it be achieved?, in Gerontologist n. 34 (5) 1994, pp. 694-699.
- Ejaz F.K. et al., Falls among nursing home residents: an axaminations of incident reports before and after restraint reduction programs, in J. Am. Ger. Soc., n. 42 (9) 1994, pp.960-964
- Neufeld R.R. et al., Removals of bedrails on a short-term nursing home rehabilitation unit, in Gerontologist, n. 39(5) 1999, pp. 611-614
- Hammond M., levine J.M., Bedrails, Choosing the best alternative, in Geriatric Nursing, n. 20 (1999), pp.297-300



INTERVENTI PARTICOLARI

INDICATI PER PERSONE CHE:

- ❖ Presentano deficit cognitivo
- ❖ Manifestano wandering
- ❖ Manifestano comportamenti agitati e violenti
- ❖ A rischio di caduta



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

Se la contenzione diventa l'unica scelta percorribile è fondamentale:

NORMARE L'INTERVENTO CONTENITIVO

- a) La prescrizione
- b) La sorveglianza
- c) Le modalità di corretta gestione
- d) La registrazione delle informazioni



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA PRESCRIZIONE

- ❖ E' di competenza del medico
- ❖ In situazioni di emergenza e in assenza del medico è l'infermiere che può decidere di applicare la contenzione
- ❖ La decisione presa andrà valutata dal medico nel più breve tempo possibile;
- ❖ La decisione di contenere un paziente deve essere riportata sui documenti clinici del paziente



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA PRESCRIZIONE scritta

Deve chiaramente indicare:

- ❑ Motivazione (episodio specifico; non prescrizioni AB o per un futuro indeterminato)
- ❑ Tipo di contenzione,
- ❑ Tempo di inizio e tempo di fine
- ❑ La durata massima deve essere di 12 ore



- o Polì N.- Rossetti A.M.L., Linee Guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, in Nursing Oggi, n. 4, 2001 pp. 58-67
- o Pelegalli V.-Ruffini B.-Sansolino S., Raccomandazioni per l'uso della contenzione nell'anziano, in La mente Rubata - Atti, Verona 25-27 Maggio 2005



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA SORVEGLIANZA

- ❖ Durante la contenzione la persona va controllata almeno ogni 30 minuti e la decisione di ricorrere alla contenzione deve essere rivista qualora non sussista più la motivazione che l'ha determinata;

Polí N.- Rossetti A.M.L., Linee Guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, in Nursing Oggi, n. 4, 2001 pp. 58-67



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA SORVEGLIANZA

- ❖ Il controllo è da intendersi almeno come monitoraggio delle condizioni cliniche, dell'orientamento, del corretto posizionamento dei presidi, della motilità e della sensibilità delle estremità legate.

Polí N.- Rossetti A.M.L., Linee Guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica, in Nursing Oggi, n. 4, 2001 pp. 58-67



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA SORVEGLIANZA

- ❖ La valutazione di particolari effetti indesiderati quali abrasioni e/o ulcere da decubito, deve essere fatta ogni 3-4 ore.
- ❖ Obiettivi assistenziali perseguibili anche durante la contenzione sono il comfort e il benessere della persona.



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA CORRETTA GESTIONE

- ❖ Riguarda la scelta del tipo di contenzione di cui è importante conoscere la corretta tecnica di applicazione.
- ❖ L'assistenza al contenuto include anche l'informazione ai caregivers e il loro eventuale ruolo nella diminuzione della traumaticità.



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA CORRETTA GESTIONE

- ❖ Il paziente contenuto va liberato almeno ogni due ore, per consentirgli di bere, mangiare, andare in bagno.
- ❖ Anche il tempo in cui il paziente non è contenuto e le attività che compie devono essere documentate.



ATTUAZIONE DELLA CONTENZIONE

LA REGISTRAZIONE DELLE INFORMAZIONI

- ❖ E' indicato l'uso di una scheda dove registrare eventuali osservazioni rilevabili durante il controllo e gli interventi adottati.
- ❖ I tempi della contenzione dovrebbero essere elaborati in statistiche mensili, accessibili a tutto lo staff, per evidenziare tempi, tipo, causa delle contenzioni attuate.



QUALCHE RIFERIMENTO
ETICO-DEONTOLOGICO



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Comitato Direttivo di Bioetica del Consiglio
d'Europa (CDBI):

Ha elaborato linee direttive in un documento dedicato alla tutela dei diritti dell'uomo e della dignità delle persone affette da disturbi mentali ("Libro Bianco"), con particolare riguardo a quelle ricoverate in ambiente psichiatrico e non consenzienti.



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Libro Bianco:

Linee Direttive:

- il ricorso a **brevi periodi di contenzione** deve essere proporzionato allo stato di agitazione del paziente o a condizioni di rischio;
- Sono opportuni specifici percorsi formativi per il personale;
- La risposta al **comportamento violento** del paziente deve sempre prevedere il tentativo di affrontare la situazione a livello verbale/relazionale;
- Nelle **situazioni più critiche** è concessa la **contenzione fisica**;



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Consiglio d'Europa

Carta dei Diritti del bambino ricoverato in ospedale

“La sicurezza del bambino non può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione fisica, né la sua tranquillità può essere ottenuta mediante mezzi di contenzione chimica: entrambe vanno garantite dall'adeguatezza **quantitativa** e **qualitativa** del personale di assistenza”.



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Art 4.10 Codice Deontologico dell'infermiere (02.1999):

“L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia un'implicita risposta alle necessità istituzionali”



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Art 2.1 Codice Deontologico dell'infermiere
(02.1999):

"Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche"



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Art. 5 Codice Deontologia Médica (10.1998):

“Il médico, nell’esercizio della professione, deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici fondamentali, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; [...]”



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE

Art. 15 Codice Deontologia Médica
(10.1998):

“I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.”...



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE (4)



Quali principi etici della professione
esplicitati dal codice deontologico
possono essere violati
dall'attuazione della contenzione?



ASPETTI ETICI DELLA CONTENZIONE (5)

?

Quali altri articoli del codice deontologico dell'infermiere (1999) fanno riferimento indiretto all'opportunità di non contenere?



ASPETTI NORMATIVI

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Art. 13 della Costituzione Italiana:

... "La libertà personale è inviolabile"



ASPETTI NORMATIVI

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Art. 32 della Costituzione Italiana:

..."La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"



ASPETTI NORMATIVI

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE



Art. 571 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 ragioni 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."



ASPETTI NORMATIVI

ILLEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Si possono configurare i reati di

- ❖ Sequestro di persona (art. 605 c.p.)
- ❖ Violenza privata (art. 610 c.p.)
- ❖ Maltrattamenti (art. 572 c.p.)



ASPETTI NORMATIVI

LEGITTIMITA' DELLA CONTENZIONE

Se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (art. 54 c. p.), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci (art. 591 C.p.)



Concludendo (1)...

- ❖ La prescrizione della contenzione compete al medico esclusi i casi di emergenza, nei quali la necessità di agire tempestivamente per la salute della persona, consente un suo intervento a posteriori.
- ❖ L'adozione dei mezzi di contenzione deve essere immediatamente registrata sui documenti clinici.



Concludendo (2)...

La contenzione :

- ❖ deve essere limitata al tempo strettamente necessario alla risoluzione del problema.
- ❖ Deve essere motivata da circostanze particolari.
- ❖ Deve essere rimossa quando non sussistano più le motivazioni che l'hanno richiesta



Concludendo (3)...

"I assert then, in plain and distinct terms, that in a properly constructed building, with a sufficient number of suitable attendants, restraint is never necessary, never justifiable, and always injurious, in all cases of lunacy whatever"

Robert Gardiner Hill, 1833



GRAZIE
PER LA
PARTECIPAZIONE

