

8° Corso Multiprofessionale di Nursing
29 novembre - 1° dicembre

Le contenzioni: serve ancora parlare di contenzione?

A. Cester (Dolo-VE) Direttore del Dipartimento di Geriatria e Riabilitazione
Az. ULSS 13 Reg. Veneto e mail: alberto.cester@ulss13mirano.ven.it



Do not forget !





“Anziani IN Immagini”



52° Congresso 2007:

Ledo Contemori

Ha ancora un senso parlare oggi di

CONTENZIONE FISICA?

E se sì ... di chi è la pertinenza

prescrittiva?

Abolita l'ottica della **custodia totale** che prevedeva come unici bisogni dell'anziano:

- ✓ **igiene**
- ✓ **alimentazione**
- ✓ **farmaci ...**

Ora io sostengo che non sia più un tema di interesse medico-prescrittivo, bensì infermieristico ... trattasi infatti di tem prevalentemente assistenziale ...

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

- **Art. 4.10:** L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla **contenzione fisica e farmacologica** sia **evento straordinario e motivato**, e non metodica abituale di contenimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri **l'interesse della persona** e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

I luoghi di cure ed i sistemi organizzativi attuali (progettazione, controllo ambientale, standard di personale, cultura media del personale, ecc.) permettono di applicare un uso coerente della contenzione?

Alberto Cester

**Quante sono le persone con disturbi motori aberranti
che può gestire il vostro setting assistenziale
di ricovero senza crisi organizzative ?...**

**Da noi che abbiamo un reparto con sufficiente
personale, con telecamere nei corridoi,
2 postazioni con monitor di controllo a colori,
4 camere video-sorvegliate, ecc., ecc.**

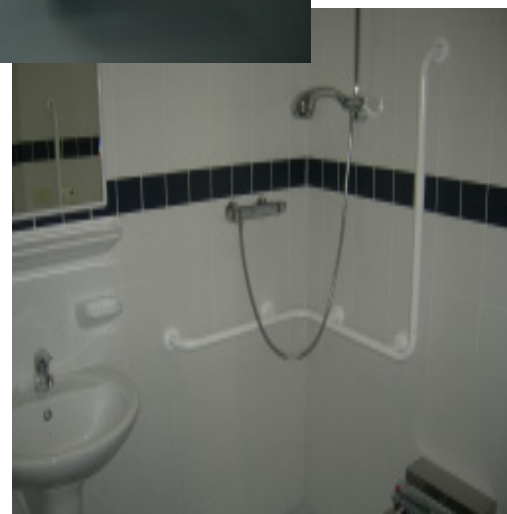
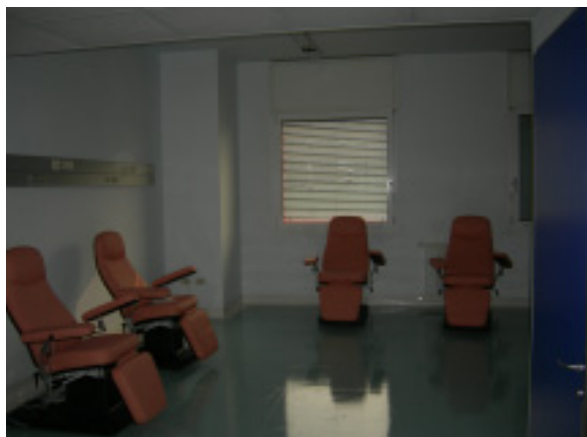
**Il numero di persone oltre il quale
l'organizzazione va in tilt è di**

2 ...

e come si misura questo numero ...
è

Ve lo dirò l'anno prossimo se mi inviterete ...,

così ora avrete tempo per pensare ...



Predittori di contenzione fisica per gli anziani in ospedale e nursing home *(da Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. J Am Geriatric Soc 1989;37:65-74 mod.). MODIFICATA.*

Variabili del paziente

- **Età avanzata**
- **Delirium** (1° predittore in ospedale per acuti)
- **Deficit cognitivo**
- **Disabilità** (perdita ADL ed instabilità posturale)
- **Fragilità** fisica

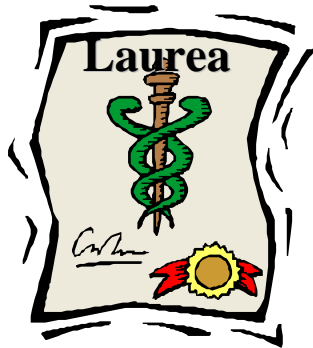
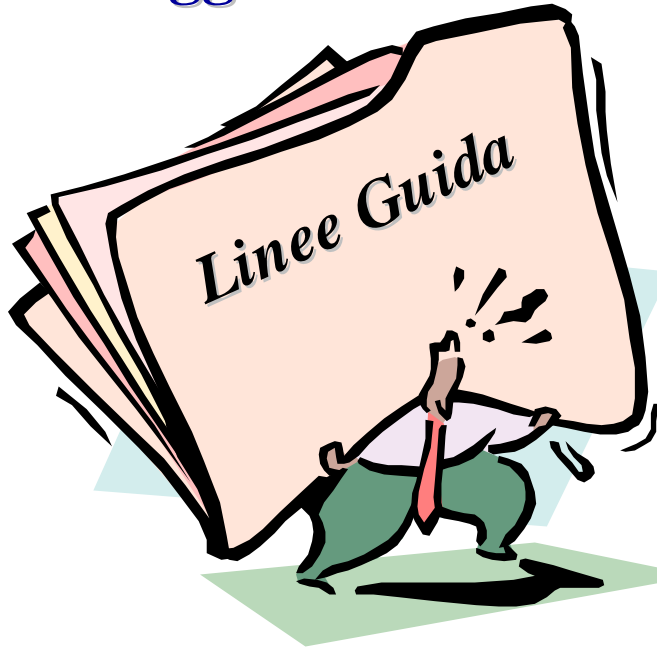
Variabili istituzionali

- **Pressioni amministrative per evitare implicazioni legali**
- **Disponibilità di mezzi di contenzione**
- **Attitudini dello staff**
- **Staff insufficiente o poco preparato**

Disturbi psichici e comportamentali nelle demenze

- Causa più frequente di istituzionalizzazione
- Causa più frequente di prescrizione farmacologica
- Causa più frequente di intervento medico ...
- Aumento della disabilità
- Causa di stress grave del caregiver
- Ridotta qualità di vita del paziente e del caregiver
- Aumento dei costi economici della malattia

Atteggiamenti:

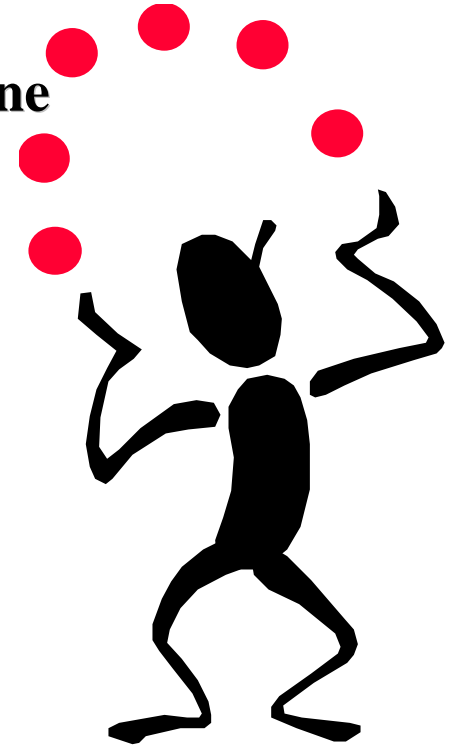


Ma noi sappiamo !

Improvvisazione



Ci penso io !



Colpevolismo

Alberto Cester



Alberto Cester

MISURE DI QUALITÀ

	Umbria (n= 496)	ULISSE (n= 1756)	USA tutti i residenti
Allettamento (%)	3.0	5.5	4.0
Cataterizzazione (%)	8.9	7.2	6.0
Contenzione fisica (%)	18.9	21.4	6.0
Incontinenza (BR) (%)	34.4	30.7	49.0
IVU (%)	3.2	6.1	9.0
Perdita di peso (%)	8.6	8.1	8.0
Dolore moderato-severo (%)	18.8	11.3	5.0
Lesioni da decubito (AR) (%)	11.6	20.6	13.0
Lesioni da decubito (BR) (%)	0.7	5.5	2.0

BR= basso rischio; AR= alto rischio

Per la spiegazione delle singole misure di qualità vedi nel testo

Gentilmente concessa dal Prof. A Cherubini

Allora per ogni anziano che varchi le soglie di un luogo sanitario o residenziale, per pensare ad un programma terapeutico, si dovranno valutare (oltre alla routine anamnestica, farmacol., all'E.O., ecc.):

- ◆ **lo stato cognitivo ed ev. aspetti riguardanti l'umore, il comportamento**
- ◆ **le ADL**
- ◆ **le IADL**
- ◆ **l'uso domiciliare della rete dei servizi**
- ◆ **il reale livello di autogestione domiciliare**
- ◆ **le funzioni residuali (se esistenti)**
- ◆ **gli hobbies e le altre attività di occupazione del tempo (per T.O.)**
- ◆ **il sostegno e l'aiuto fornito da terzi**
- ◆ **le condizioni socio economiche**
- ◆ **il profilo di personalità di base**
- ◆ **(l'anamnesi alimentare, musicale, l'ecologia di vita precedente, ecc.)**

Alberto Cester

Presupposto fondamentale per affrontare qualsiasi argomento relativo all'assistenza geriatrica è la conoscenza di questa semplice scaletta, sapendo distinguere tra:

- **Controllo**
 - **Supervisione**
 - **Guida**
 - **Aiuto**
 - **Sostegno attivo**
 - **Sostituzione**
-
- A blue arrow points from the word 'Guida' to the word 'diretto'. A red arrow points from the word 'Aiuto' to the word 'indiretto'.

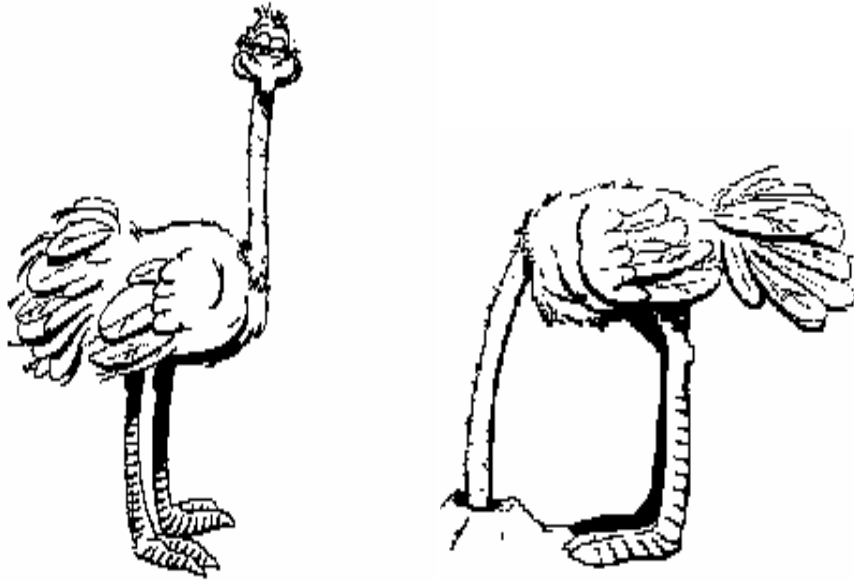
In questa scaletta tra la prima semplice attività di controllo e l'ultima, cioè la totale sostituzione, sono comprese tutte le attività assistenziali, ma anche le abilità dell'uomo che noi andiamo ad assistere ...

PROFESSIONALITA'

COMPETENZE

QUALITA'

Lo struzzo:



Oppure:



La beata ignoranza dell'esistere: è uno stato di grazia ? G. Cester

Sul tema della contenzione diciamo chiaramente che questi modelli hanno governato per anni ... ed in molti ambienti ...

Alberto Cester

**Inoltre sul problema della
contenzione esistono in
Italia forse troppa
esterofilia e troppi
atteggiamenti basati su un
vecchio “**paternalismo**”
assistenziale.**

Alberto Cester

**La risoluzione di un problema
nasce quasi sempre
dall'analisi dei tentativi errati
compiuti per risolverlo.**

Alberto Cester

CIO' CHE NON E' SCRITTO

NON E' FATTO !!!

Alberto Cester



Legare gli anziani è lecito?

**Riflessioni sull'uso
della contenzione in geriatria**

Alberto Cester



Centro ANCHISE
Formazione & informazione
in Geriatria

Q & S

Formazione & informazione
per la qualità in sanità

Con il patrocinio
della Regione del Veneto



organizzano il Convegno

LEGARE I VECCHI

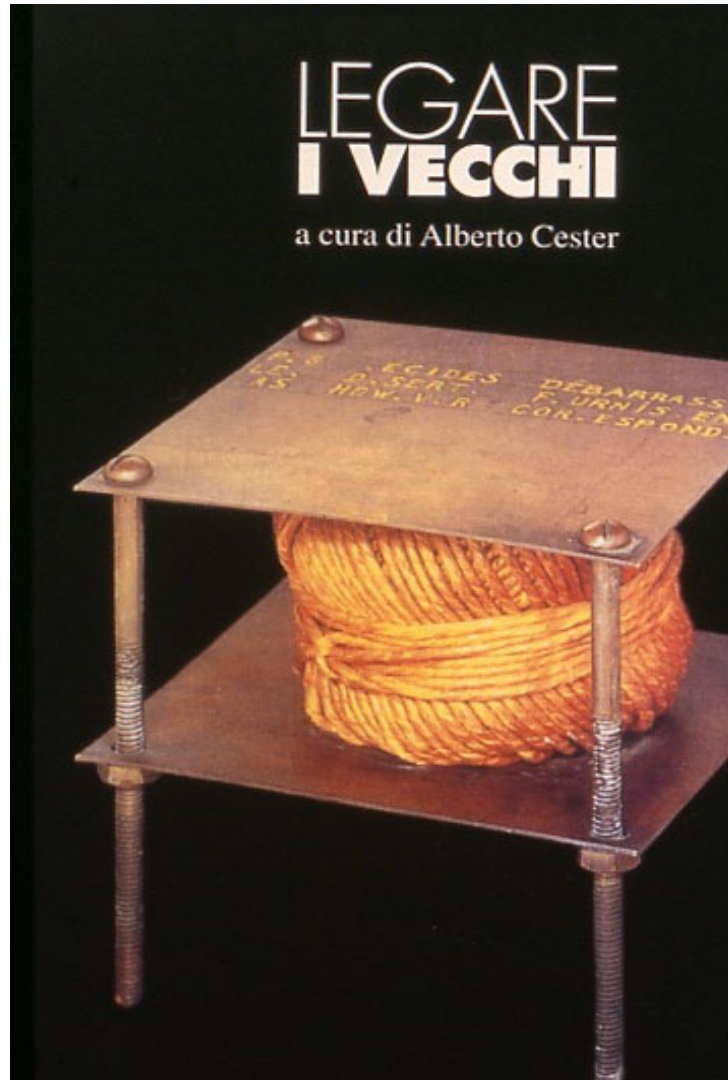
Teoria e pratica dell'uso della
contenzione fisica con gli anziani

19 e 20 Maggio 1995
Teatro del Casinò
Lungomare Marconi, 30126 Lido di Venezia

Alberto Cester

LEGARE I VECCHI

a cura di Alberto Cester



Alberto Cester

Edizioni VEGA

F
O
R
M
A
Z
I
O
N
E

Alberto Cester
Gino Gumirato

**I PERCORSI DELLA
CONTENZIONE**
dal caos al metodo

MANUALI

Alberto Cester

MEDICOLEGAL ISSUES

Restraints and the elderly: when safety and autonomy conflict

Arthur Schafer, * D Phil

Every year in north America thousands,.....

The case of Mr. Jones

Mr. Jones is 68 years old.....

CAN MED ASSOC J. Vol 132, june 1, 1985

Elder Care 1999 Oct; 11(7): 34-5

Restraint Revisited

Miller L.

Geriatr Nurs 1999 Nov; 20(6): 305-308

Restraint Reduction: Research Utilization and Case Study with Cognitive Impairment

Mayhew PA, Christy K, Berkebile J, Miller C, Farrish A *Central Texas Veterans Health Care System, Temple, TX*

The use of physical restraints in Western Australian nursing homes

Retsas A

***Faculty of Nursing and Health Sciences, Griffith University,
Gold Coast, Queensland***

Geriatr Nurs 1999 Nov; 20(6):297-300

Bedrails: Choosing the Best Alternative

Hammond M, Levine JM

Bronx Division of the Jewish Home and Hospital for Aged, Bronx, NY.

Gerontologist 1999 Oct; 39(5):611-4

Removal of bedrails on a short-term

Nursing home rehabilitation unit.

Si M, Neufeld RR, Dunbar J

***Jewish home and hospital, New York, NY 10025, USA,
msi@jhha.org***

JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation: Volume 5:4, december 2003 pp 87-93.

Use of Restraints on Dementia Patients: An Ethical Dilemma of a Nursing Staff in Israel

Weiner, Chava; Tabak, Nill; Bergman, Rebecca, EDd.
From the School of Nursing, Bnai-Zion Hospital Haifa (CW), and the MA Program,
Department of Nursing, School of Health Profession, Sackler Faculty of Medicine,
Tel Aviv University.

Age Ageing May 2004; 33(3):304-6

A novel system of electronic tagging in patients with dementia and wandering.

METHODS: This study tested equipment, **derived from prisoner tagging systems**, ...

RESULTS AND CONCLUSIONS: The system proved very reliable and two incidences of external wandering were successfully detected. Compliance was excellent. Ethical issues regarding the tagging of confused elderly people were raised by professional organisations but were not considered a contra-indication by the relatives, clients and staff.

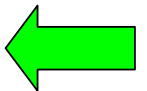
Miskelly F.

J Gerontol Nurs Nov 2003; 29(11) :34-42

BedSAFE. A bed safety project for frail older adults.

Abstract

In response to heightened awareness of patient safety, restraint reduction, and the potential for life-threatening entrapment caused by bed rails, a quality improvement program entitled BedSAFE was conducted to systematically and safely decrease the use of bed rails in three nursing home care units. **This article describes an interdisciplinary process of individualized patient assessment,** selection of appropriate alternatives for residents, compliance monitoring, training, and monitoring of patient outcomes including falls and injuries related to falls from bed.



Hoffman SB, Powell Cope G, Mac Clellan L, Bero K

Z Gerontol Geriatr Aug 2003; 36(4) :266-73

Deaths due to mechanical restraint in institutions for care.

Abstract

The state of confusion in patients with severe disorientation and brain damage symptoms presents particular problems in gerontologic psychiatry. Six fatalities at different institutions due to improperly employed physical restraint and deficient surveillance are described. The causes of death involved strangulation which was accidentally caused by patients who become stuck between bedrails and mattress or who were fixed in an abdominal restraint belt or in a special protective blanket (mostly used for serious pre-conditions). The reconstruction of the scene of death was based in almost all the cases on the autopsy findings. We assume a considerable number of unreported emergency or fatal cases. The legal, psychiatric and nursing-related issues are discussed in this paper. Furthermore the precise documentation of the on-site appearance of the situation at discovery of death is called for. The indication for physical restraint should be limited as far as possible. Further studies in nursing homes and hospitals should focus on structural conditions with respect to the frequency of physical restraint in order to optimize the protection by quality standards.

Mohsenian C, Verhof MA, Risse M, Heinemann A, Püschel K



Volume 6, Issue 3, 2002 ISSN 1329 - 1874

Traduzione a cura di: Infermiera SABRINA FONTANA,
Centri studi EBN -Direzione Servizio Infermieristico e
Tecnico, Azienda Ospedaliera diBologna – Policlinico
S.Orsola-Malpighi, Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna, Italia
ebn@orsola-malpighi.med.unibo.it

*Best*Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

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

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

The series *Best Practice* is disseminated collaboratively by:



**Blackwell
Publishing**



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

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

This sheet should be cited as:

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

Acknowledgments

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

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

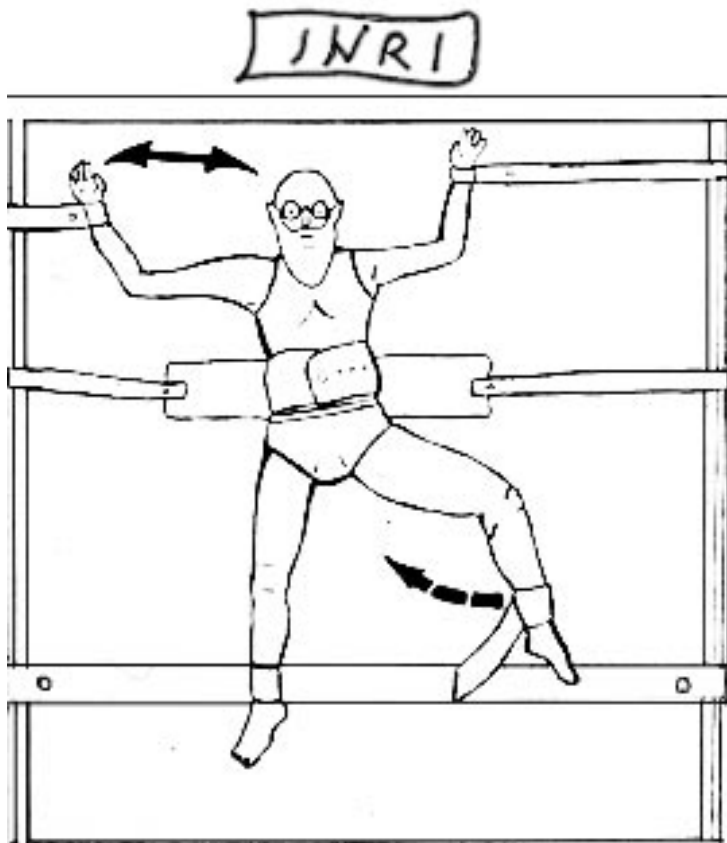
- Professor Michael Clinton
- Professor Rhonda Nay
- Professor Leon Flicker
- Professor Andrew Retsas
- Ms Sue Koch



Linee guida per l'uso della contenzione fisica nell'assistenza infermieristica

Nadia Poli
*Inf. AFD, Uff. Formazione,
Az. Osp. 'Istituti Ospitalieri' di Cremona*

Anna M.L. Rossetti
*IID, Serv. Infermieristico,
IRCCS San Raffaele di Milano*



Da: ” **Il dizionario pratico di assistenza e cure domiciliari** ” di G. Roucoules L.

Perlemuter Masson (modificato) alla voce: contenzione e sicurezza (apparecchiature di)

...impediscono al paziente in poltrona o a letto di cadere e permettono di mantenere fisso l'arto superiore o inf. per evitare con i movimenti che la flebo si stacchi...

esistono sistemi di contenzione per mantenere la postura degli anziani costretti a sedere in poltrona, onde evitare lo scivolamento in avanti...

Alberto Cester

Contenimento

Chi, cosa e come coinvolge?

- **Soggetto contenuto**
 - "Prescrittore"
 - Personale di assistenza
 - Luogo dove avviene
 - Modalità di applicazione
 - Materiali di contenimento
 - Sorveglianza

Il metodo geriatrico è già percorso di qualità

La vera VMDg è un piccolo sistema di analisi di qualità gestionale: ho prodotto in équipe una VMDg ed un percorso assistenziale individuale, so realizzarlo ?

Ho strumenti e professionalità adeguate al raggiungimento degli obiettivi prefissati ?

Devo **ritarare il sistema su obiettivi meno ambiziosi, più in linea con le mie capacità organizzative e con il mio budget ?**

Alberto Cester

Nurs Older People 2001 Oct; 13(7):22-7

**SIDE RAILS AS PHYSICAL RESTRAINTS:
THE NEED FOR APPROPRIATE ASSESSMENT**

Gallinagh R, Slevin E, McCormack B.
United Hospitals, Antrim, Northern Ireland.

**L'età avanzata non è un indicatore
per l'uso delle sponde di contenzione**

Alberto Cester

JAGS J Am Geriatric Soc 2002 Mar;50(3):526-9 (ISSN: 0002-8614)

RESTRAINT USE, RESTRAINT ORDERS, AND THE RISK OF FALLS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Shorr RI; Guillen MK; Rosenblatt LC; Walker K; Caudle CE; Kritchevsky SB
Methodist Healthcare-Central Unit, Memphis, Tennessee 38163, USA,
rshorr@utmem.edu.

❑ Non vi sono evidenze che l'uso della contenzione protegga i pazienti ospedalizzati dalle cadute

Alberto Cester

**Dati GIFA: durante il ricovero
ospedaliero l'impiego dei farmaci
neurolettici raddoppia ...
Nota negativa sui neurolettici atipici
Risperidone ed Olanzapina (EMEA, CMCP).**

Alberto Cester

SIDE RAILS AS PHYSICAL RESTRAINTS IN THE CARE OF OLDER PEOPLE: A MANAGEMENT ISSUE

R. Gallinagh RGN, ADV DIP N ED, BSc (HONS), MSc, E. Slevinb RGN, RMNH, RNT, ADV DIP ED, PG DIP NURS, BSc (Hons), DNSc and B. McCormack RGN, RMN, RNT, PG CERT. ED, BSc (Hons), DPHIL

□ La fragilità non è un indicatore per l'uso delle sponde di contenzione, occorre un approccio individuale al singolo caso del singolo paziente

**Quanti di noi sono pienamente
consapevoli dell' azione dei
sedativi sui sistemi di controllo
polisensoriale e sul tono
muscolare posturale ...**

Alberto Cester

**INTERDIZIONE? O
INABILITAZIONE,
AMMINISTRATORE
di SOSTEGNO ?**

- Limitazione della libertà individuale
- Maltrattamento
- Sequestro di persona



- Negligenza
- Omissione
- Abbandono d' incapace

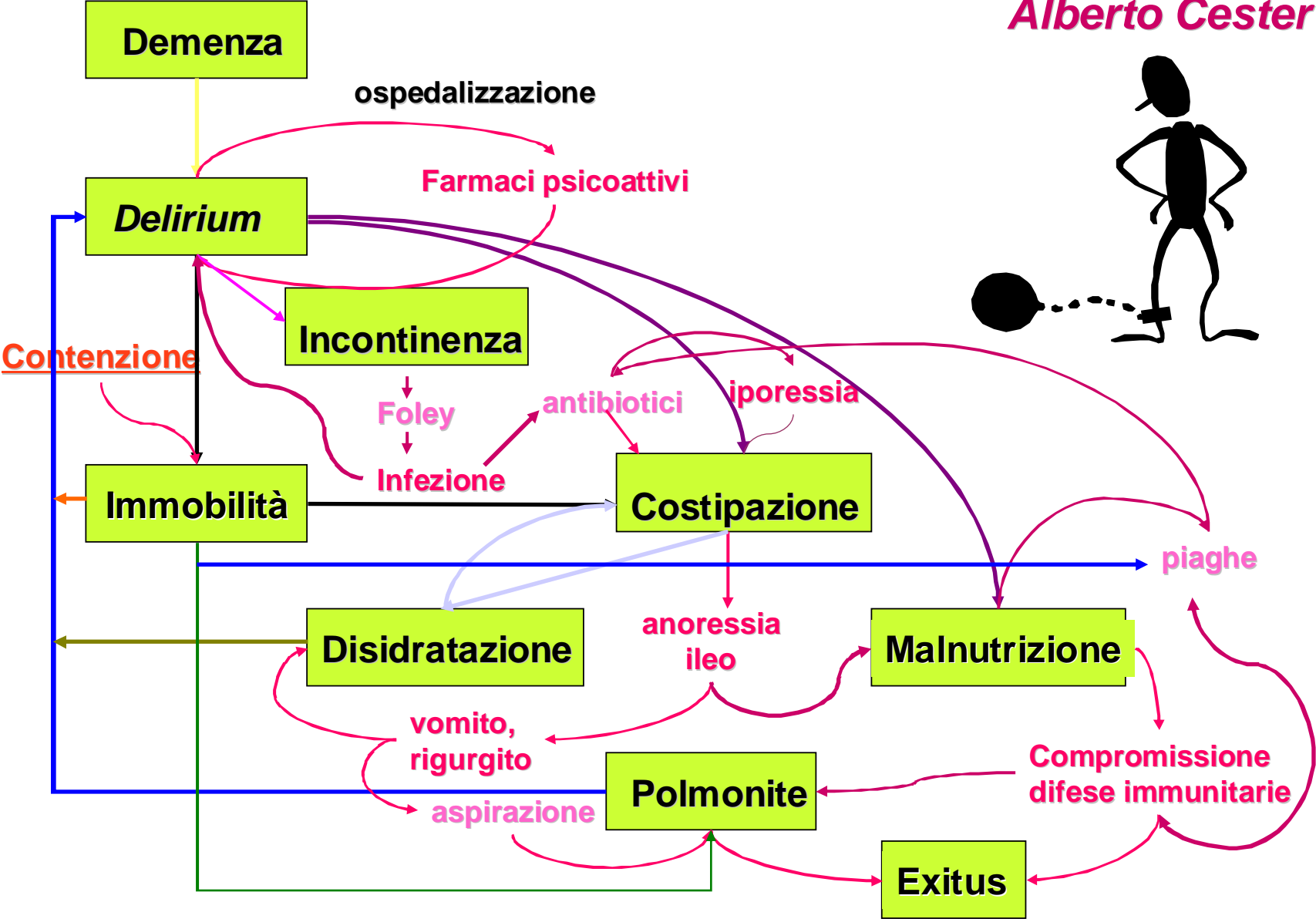
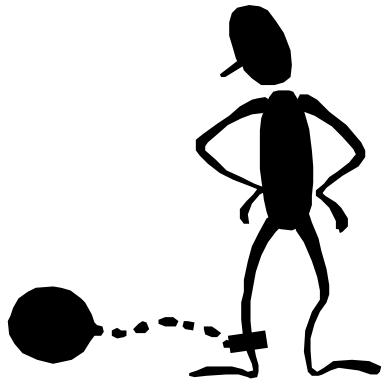


Carenza di Personale e d'Assistenza Professionale



Burn out (Disimpegno e Disaffezione al Lavoro in Risposta allo Stress)

Alberto Cester



Potenziali complicanze della contenzione fisica

(da Ouslander JG, Osterweil D, Morley J. Medical care in the nursing home. New York: McGraw Hill 1991;10:129-33, mod.).

- **Cadute**
- **Morte**
- **Ferite, abrasioni, contratture, piaghe da decubito**
- **Disidratazione**
- **Incontinenza**
- **Anoressia a malnutrizione proteico-calorica**
- **Aumento dell'agitazione**
- **Depressione, ansia**
- **Decremento dello stato funzionale**
- **Comportamento regressivo**
- **Effetti sul “clima assistenziale”**
- **Effetto domino “più la usi, più la userai !”**

Metodi alternativi all'uso della contenzione fisica

METODI DIRETTI

Letti ad altezza variabile (ultima generazione: 26 cm di h)

Sedie “protette”, passeggini, ecc.

Caschi di protezione

Biancheria intima protetta in sede trocanterica (Safe-Hip)

Uso di gommapiuma con bordo adesivo (sedi a rischio)

Sistemi di postura complessi

Sistemi di stabilizzazione e sicurezza del cammino e dei trasferimenti (dal bastone, al tripode, al deambulatore, corrimano, appoggi, ecc.)

Alberto Cester

Metodi alternativi alla contenzione fisica (da Bryant H, Fernald L. Nursing knowledge and use of restraint alternative: acute and chronic care. Geriatr Nurs 1997;18:57-60, mod.).

Metodi alternativi	Case di riposo	Ospedale per acuti
Sollievo del dolore	34%	54%
Misure di comfort	69%	71%
R.O.T.	62%	86%
Pet Therapy	3%	0%
Musicoterapia	36%	14%
Therapeutic Touch	31%	11%
Attività distraenti	62%	46%
Reminiscenza	24%	3%
Modificazioni del comportamento	66%	29%
Fare compagnia	55%	60%
Ascolto attivo	34%	26%
Supervisione	69%	69%
Avvicinare il paziente alla stanza delle infermiere	86%	80%
Ambiente tranquillo	52%	31%

Perché l'anziano è soggetto a rischio di contenimento?

- Perché
 - È spesso socialmente indifeso
 - È spesso abbandonato
 - Per la sua “fragilità” individuale è soggetto a rischio sociale di violenza (pensionato, malato, ridotta forza contrattuale, bassa produttività e redditività, ridotta forza fisica, ridotte atout da status sociale, confusione m., ecc.)
- Per eccesso di atteggiamento *custodialista*
- Per carenze di personale
- Per carenze organizzative e culturali
- Per assenza di alternative al contenimento
- Perché talvolta non può e non deve opporsi al contenimento
- Perché il contenimento è un atto estremamente più semplice della sua risoluzione.

Alberto Cester

La “Cascata” verso la Sindrome da Immobilizzazione

DEPRIVAZIONE NEURO-SENSORIALE

IPOCINESIA → SINDROME
DA IMMOBILIZZAZIONE

Riduzione delle
stimolazioni
nervose afferenti,
efferenti e
proprioceptive

Paralisi dei sentimenti
delle emozioni e delle
volontà, anche motorie

Alberto Cester

Conclusioni

(futuro !)

**PERTANTO L'USO DELLA
CONTENZIONE FISICA, NON PUO' CHE
ESSERE
UN PERCORSO PRESCRITTIVO
INDIVIDUALE !!!**

Alberto Cester



**Grazie a tutti per
l'attenzione**

alberto.cester@ulss13mirano.ven.it

IL VECCHIO

Demente

Disorientato S/T

Confuso

.....



Istituzionalizzato

.....



**Eradicazione dal contesto socio
culturale abituale e variazioni
nelle abitudini dei trasferimenti
nel proprio *domus*
(esempi: localizzazione del
bagno, percorsi resi ormai
consueti, ecc.)**



Alberto Cester

**Il sogg. vive un “nuovo rapporto”
con gli altri, il più delle volte in
spazi comunitari, perde quel
minimo di privacy che gli restava,
vive profonde sensazioni di
inadeguatezza e *disadattamento*
ambientale**

(peggiorano confusione e disorientamento) ...



Alberto Cester

**La relazione con gli operatori
geriatrici (costretti alla routine per
inderogabili esigenze di reparto)
provoca nel soggetto:**





Aggressività verbale e fisica verso un ambiente non familiare, che non gli appartiene, che gli fa paura.

Diviene egli stesso nel tentativo di difendersi, ancora più vittima della sua nuova condizione e viene contenuto (fisicamente e/o farmacologicamente) nel “goffo” tentativo di proteggere lui stesso e gli altri.



Piomba nell'indifferenza o nell'abulia. Si isola e viene isolato, è considerato ancora una volta "diverso" e la deprivazione neurosensoriale totale peggiora il suo già fragile mondo psicosensoriale.



**Rifiuta la nuova condizione e
viene ancora una volta rifiutato.**

Alberto Cester

Inadeguatezza ...

ma di chi ?

La “Cascata” verso la Sindrome da Immobilizzazione

DEPRIVAZIONE NEURO-SENSORIALE

IPOCINESIA → SINDROME
DA IMMOBILIZZAZIONE

Riduzione delle
stimolazioni
nervose afferenti,
efferenti e
propriocettive

Paralisi dei sentimenti
delle emozioni e delle
volontà, anche motorie

Alberto Cester

Perché l'anziano è soggetto a rischio di contenimento?

- Perché
 - È spesso socialmente indifeso
 - È spesso abbandonato
 - Per la sua “fragilità” individuale è soggetto a rischio sociale di violenza (pensionato, malato, ridotta forza contrattuale, bassa produttività e redditività, ridotta forza fisica, ridotte atout da status sociale, confusione m., ecc.)
- Per eccesso di atteggiamento *custodialista*
- Per carenze di personale
- Per carenze culturali
- Per assenza di alternative al contenimento
- Perché talvolta non può e non deve opporsi al contenimento
- Perché il cont. è un atto estremamente più semplice della sua risoluzione.

Alberto Cester

CONTENERE: (dal vocabolario) *Frenare, Reprimere, Trattenerne.*

CONTENZIONE o CONTENIMENTO: meccanismo di “limitazione” fisica delle possibilità di movimento di un soggetto, attuato quasi sempre con mezzi esterni (fasce, corsetti, fermapolsi, ecc.) applicati spesso senza il consenso esplicito del soggetto.

Sogg. a rischio di C.: disabili psichici e/o fisici, **VECCHI.**

Motivazioni addotte per l'uso di C.: pericoli che lo stesso soggetto contenuto può arrecare a sé stesso (o a terze persone).

Luoghi di applicazione della C.: cronicari, strutture psichiatriche, corsie d'ospedale, RSA, RA, domicilio.

Alberto Cester

Il miglior uso della contenzione in geriatria sarà quello di non usarla.

La tensione verso questa affermazione costruisce almeno in parte, la cultura per la buona assistenza geriatrica.

Questo modello rappresenta una delle *VISION* assistenziali della geriatria degli anni 2000.

Alberto Cester

Uso della contenzione fisica

- ✓ 4 % in Danimarca ...
- ✓ dal 40 al 14 % dopo O.B.R.A. in USA (ora ~ 20 %)
- ✓ 40 % in Spagna
- ✓ dati Italiani:
 - in Residenza dal 24 al 49 %
 - in Ospedale dal 7 al 17 %

Dal 10 al 47 % dei soggetti cade nonostante i mezzi di contenzione ...

Anno	Sede di intervento	Prevalenza
-------------	---------------------------	-------------------

(%)

1986	Ospedale per Acuti	7,4
1987	Ospedale per Acuti	17,0
1987	Strutture Protette	25,0
1988	Strutture Protette	41,3
1989	Reparto di clinica medica	13,0
1989	2 Rep. Cure Riabilitative	34,0
1990	Strutture Protette	39,0

da Zanetti E. e Costantini S. (modificato)

Fragilità

I pocinesia -
Cadute



Contenzione

Riabilitazione

Alberto Cester

Cosa dicono i codici deontologici ?



By Dr. L. Marinangeli

CODICE DEONTOLOGICO DEL MEDICO

•**Art. 3** : Doveri del medico è la **tutela** della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel **rispetto** della libertà e della dignità della persona umana ...

La **salute** è intesa nell'accezione biologica più ampia del termine come condizione, cioè di **benessere fisico e psichico della persona**.

•**Art. 5** : Il medico 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.

•**Art. 15:** 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.

•**Art. 17:** Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

•**Art. 29:** Il medico deve adoperarsi affinché ... all'anziano e al disabile siano garantite qualità e dignità di vita, ponendo particolare attenzione alla tutela dei diritti degli assistiti non autosufficienti sul piano psichico e sociale, qualora vi sia incapacità manifesta di intendere e di volere, ancorché non legalmente dichiarata. Il medico, in caso di opposizione dei legali rappresentanti alla necessaria cura degli incapaci, deve ricorrere alla competente autorità giudiziaria.

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

•**Art. 4.10:** L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla **contenzione fisica e farmacologica** sia **evento straordinario e motivato** , e non metodica abituale di contenimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri **l'interesse della persona** e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

La decisione di contenere va accompagnata da una adeguata **formazione del personale** insegnando che:

- **la contenzione non è uno strumento per la riduzione dei carichi di lavoro;**
- **spesso può comportare lesioni anche gravi;**
- **devono essere sempre considerate strategie alternative;**
- **gli operatori devono saper osservare e comunicare ogni piccola variazione di comportamento del paziente ai fini di predisporre risposte coerenti e non coercitive;**
- **..... ogni gruppo ha propri setting nei limiti**
....!

By Dr. L. Marinangeli (modificata)

- **Deve essere preceduta da consenso informato (salvo stato di necessità);**
- **Va normata come qualsiasi intervento terapeutico precisando:**
 - **Il prescrittore;**
 - **Il motivo;**
 - **Le misure alternative già prese ed il motivo del loro fallimento;**
 - **Il metodo;**
 - **I tempi di applicazione;**
 - **La data di inizio e termine del trattamento;**
 - **Lo stato cognitivo e funzionale all'inizio ed al termine del trattamento.**

FAMIGLIA = RISORSA

sia per l'anziano che per la stessa organizzazione

+ I familiari vanno adeguatamente informati, motivati e formati spiegando che:

+ Togliere un m.d.c. non equivale a mancanza di assistenza.

+ La presenza di un familiare che tranquillizzi il paz. con una adeguata comunicazione non verbale (basso timbro di voce, tono rassicurante, atteggiamento affettuoso) può essere una valida alternativa alla contenzione.

+ Contenere un un demente deambulante risulta più dannoso che benefico nel tempo perché viene tolta la libertà di movimento.

+ Il rischio e le conseguenze delle cadute possono aumentare nei pazienti contenuti.

+ Anche la contenzione farmacologica ha i suoi effetti collaterali (sedazione, calo dell'attenzione, difficoltà nella deglutizione, immobilità, rischio di cadute,

rischio di ulcere da decubito) ed è necessaria "gradualità" nel trovare la giusta posologia.

By Dr. L. Marinangeli

Dobbiamo sempre tenere presente che :

- **La sicurezza del paziente è l'obiettivo.**
- **La contenzione è solo uno dei mezzi : forse il “più comodo”, raramente necessario, ma molto spesso addirittura inutile e/o dannoso.**
- **La “comodità d'uso” non deve mai essere invocata come pretesto per non intraprendere un percorso che ne riduca l'utilizzo attraverso la ricerca e l'adozione di interventi assistenziali alternativi.**
- **Obiettivo di chi assiste gli anziani deve essere quello di razionalizzare l'uso della contenzione ai fini di ridurre il più possibile la frequenza di applicazione.**
- **Va rifiutata la pratica della contenzione come filosofia assistenziale anche se potranno essere adottati alcuni sistemi di limitazione parziale dell'attività motoria per motivi ben definiti e limitati al tempo strettamente necessario.**

By Dr. L. Marinangeli

**Presenza di
stato di necessità**
(art. 54 c.p.)

**Rispetto del
principio di proporzionalità**

**non
applicata
contenzione ?**

**ABBANDONO
DI
INCAPACE**

(art. 591 c.p.)

Assenza di

**stato di necessità
e
consenso**

**Inviolabilità libertà personale
(art. 13 cost.)**

**Necessità di consenso atto terapeutico
(art. 32 cost.)**

**applicata
contenzione ?**

**LESIONI PERSONALI
(art.582 c.p.)**

**SEQUESTRO DI PERSONA
(art. 605 c.p.)**

**AGGRESSIONE E VIOLENZA
(art. 610 c.p.)**

**MALTRATTAMENTI
(art. 572 c.p.)**

**Può definirsi CONTENZIONE
la limitazione meccanica e/o
farmacologica della libertà di
movimento di una persona.**

By Dr. L. Meloni

GIURIDICITA' ED ANTIGIURIDICITA' DELLA CONTENZIONE – ATTO MEDICO

By Dr. L. Meloni

Antigiuridicità

art. 571 c.p. abuso di mezzi di correzione o di disciplina

art. 572 c.p. maltrattamenti

art. 605 c.p. sequestro di persona

art. 610 c.p. violenza privata

Giuridicità > = obbligatorietà


- art. 54 c.p. stato di necessità
- art. 591 c.p. abbandono di persone minori o incapaci
- art. 593 c.p. omissione di soccorso

LE SITUAZIONI

- ❖ **contenzione non giustificata**
- ❖ **contenzione giustificata**
- ❖ **contenzione giustificata, ma attuata in modo erroneo**
- ❖ **contenzione non applicata quando sarebbe stato giustificato e necessario applicarla**

By Dr. L. Meloni

Esaminiamo una linea guida

- ❖ Prescrizione medica al singolo paziente
- ❖ Tempo di applicazione previsto
- ❖ Modalità di applicazione
- ❖ Motivazione
- ❖ Intervallo di controllo (ogni 30 minuti almeno) !!!!
- ❖ Rilevazione effetti dannosi ogni 3-4 ore !!!! 
- ❖ Programmazione di movimento → 10 min. ogni 2h !!!!
- ❖ Consenso informato famigliari ? (alleanza terapeutica)
- ❖ Rivalutazione

www.nursinghomeabuse-news.com/index.html

June, 2001. WASHINGTON (CNN) -- Almost one of every three nursing homes in the United States has been cited for an elder abuse or violation, according to a government report released Monday.

<http://www1.cnn.com/2001/HEALTH/07/30/nursing.home.abuse/index.html>

A Time Magazine Article entitled, FATAL NEGLECT: IN POSSIBLY THOUSANDS OF CASES, NURSING-HOME RESIDENTS ARE DYING FROM A LACK OF FOOD AND WATER AND THE MOST BASIC LEVEL OF HYGIENE

http://www.time.com/time/magazine/1997/dom/971027/nation.fatal_neglect.html

A Time Magazine Article entitled, "Shining a Light on Abuse." --The guilt children feel about putting a parent in a nursing home can sometimes lead them to blame others for the death of their loved one. But what Leslie Oliva saw as her mother moved through three California nursing homes during the last three years of her life is part of a bigger, shocking tale the Federal Government will tell this week.

http://www.time.com/time/magazine/1998/dom/980803/nation.shining_a_light_o6.html

Alberto Cester

NURSING HOME LAW & RESIDENT RIGHTS

For example:

Access and Visitation Rights

- Residents may receive or deny visitors.
- Nursing home facilities must allow visitation rights with any state or federal agency that provides health, social, or legal services.

Exercise of Rights

- Nursing home residents have the freedom to exercise their rights as residents, and as a citizen of the United States without fear of discrimination, **restraint**, interference, coercion or reprisal.
- If an individual is unable to act on their own behalf, those rights can be exercised by whoever is appointed under state law to act on their behalf.

Alberto Cester

Restraints

- Facilities are not allowed to use physical restraints, nor are they allowed to use psychoactive drugs, on residence for either discipline or as a simple convenience.

These can only be used if they are for the purpose of treating legitimate medical purposes.

Self-Administered Drugs

- Medicinal drugs may be self-administered as long as they are deemed safe by the interdisciplinary team.

Staff Treatment

- Facilities must be equipped to protect its residents from staff abuse, neglect, and theft.
- If staff abuse or neglect is suspected or alleged, facilities must investigate the incident and report it to the proper personnel.

**Historical Sketch of a Unique Long Term Care Project:
The Pennsylvania Restraint Reduction Initiative (PARRI)**

sito: <http://www.ute.kendal.org/parr.htm>

Physical restraints on the elderly

sito: http://www.essortment.com/physicalrestrai_mrt.htm

Restraint Injury & Abuse

**Legal evaluation of cases involving nursing home physical
restraints, bedrail injuries**

<http://www.nursinghomeabuseresourcecenter.com/injured/>

Academic Nursing Practice

Selected List of References on Restraint Free Care:

<http://www.pennmacy.com/practice/gncsref.cfm>

Alberto Cester

“Invecchiamento di successo” ???

In Geriatria

- **Complessità**
- **Fragilità**
- **Instabilità clinica**
- **Comorbilità**
- **Patologie “a cascata” ... da uso incongruo di contenzione.**
- **Sociopatie ...ecc.**

Alberto Cester

Vorrei parlare di un processo di vera e propria *iniziazione* delle équipes geriatriche all'uso della contenzione.

- Conoscenza giuridica del problema,
- “*Coscientizzazione*” del gesto contenitivo,
- Cultura della sorveglianza,
- Conoscenza dei mezzi,
- Conoscenza delle alternative,
- Sistemi di prescrizione,
- Controllo degli abusi e

Alberto Cester

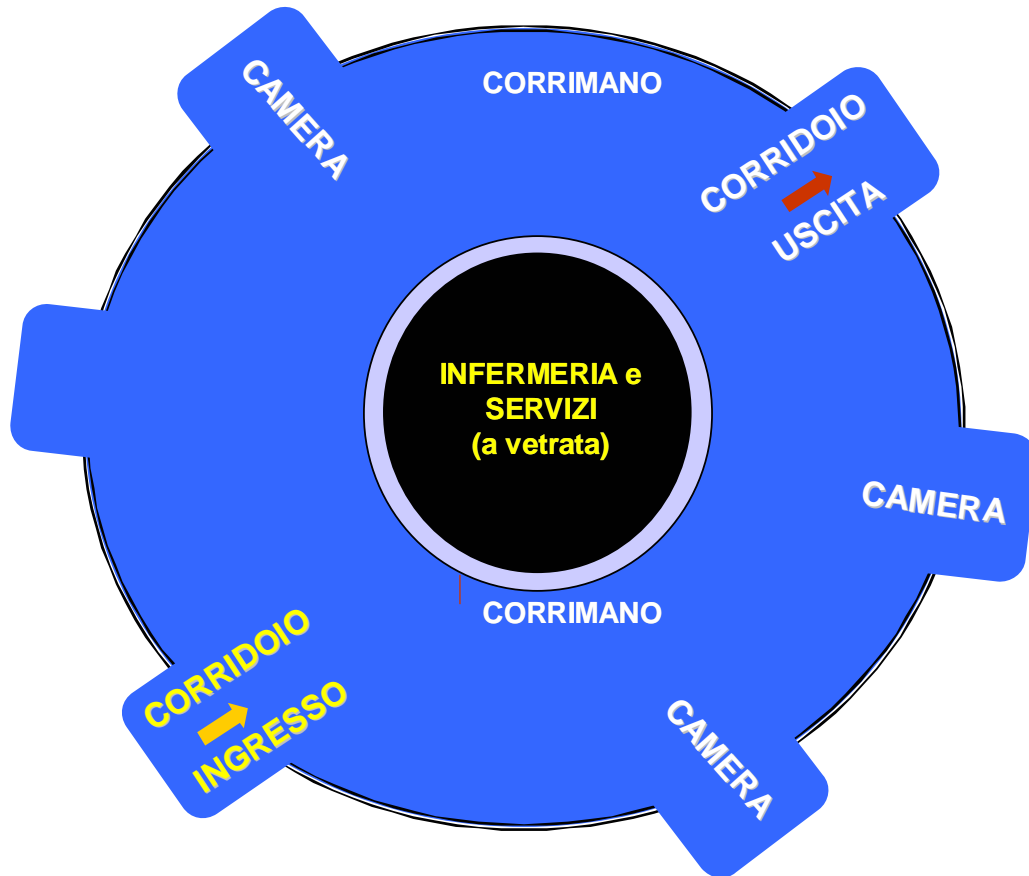
ALTERNATIVE AL CONTENIMENTO

- Il mantenimento ed il miglioramento dell'igiene ambientale e dell'ecologia di vita
- La riabilitazione
- La attivazione o riattivazione e:
 - educazione all'ambiente ed alle variazioni delle proprie condizioni ed abitudini
 - animazione e "terapia" del tempo libero, ambienti pensati e costruiti diversamente
- T.O.
- R.O.T.
 - formale } ?
 - Informale
 - ... ???
- Eccetera, eccetera, ma le dimostrazioni scientifiche

Alberto Cester



Alberto Cester





CIT - linea Silver age



Silver age



Silver age

Bisogni primari:

- **igiene**
- **alimentazione**
- **farmaci ...**

**L'uso della contenzione è
un indicatore di buona
cultura e buona pratica
geriatriche ?**

Alberto Cester

E' ancora lecito parlare di
"liceità" dell'uso della
contenzione?

Alberto Cester

La contenzione "ben applicata", previene alcune cadute?

Perché cadono i vecchi?

Alberto Cester

I sistemi di controllo "a paracadute" ...

Le cadute nei soggetti anziani sono in genere, molto più rovinose e con conseguenze maggiori che nei giovani. Ciò per ragioni neurologiche (es.: *reazioni a paracadute, schema di flessione totale*), per *appannamento* dei sistemi sensoriali (vista, cenestesi globale, integrazione dei messaggi propriocettivi, ecc.) e per ovvie ragioni articolari (osteoporosi=esiti maggiori, artrosi=deformità, instabilità posturali, anomalie di appoggio, esiti di chirurgia protesica, ecc.).

- **L'incidenza delle cadute nei soggetti con più di 65 anni che vivono in comunità è del 35-40% per anno.**
- **Dopo i 75 anni aumentano notevolmente le fratture di femore.**
- **Nei soggetti ospiti delle strutture per anziani l'incidenza è 3 volte più alta.**

FATTORI FAVORENTI LA CADUTA negli anziani

- La instabilità posturale che subentra con l'invecchiamento è il fattore favorente principale.
- Ovviamente, molte condizioni morbose frequenti nell'anziano, contribuiscono ad accentuare il rischio di caduta:
 - riduzione del visus (cataratta, glaucoma, degenerazione maculare, retinopatia diabetica);
 - “*deficit*” dei sistemi polisensoriali;
 - gravi reumoartropatie;
 - patologie neurologiche (in particolare morbo di Parkinson, sindrome pseudobulbare, neuropatie, sindrome del lobo frontale con atassia della marcia, demenza senile);
 - patologie del piede (calli, escrescenze cornee, deformità, ecc.).

FARMACI CHE POSSONO ESSERE CAUSA DI CADUTE

ANTIPERTENSIVI: soprattutto diuretici	Ipotensione ortostatica e incontinenza da urgenza
IPNOTICI	Sedazione e confusione
IPOGLICEMIZZANTI	Ipoglicemia
NEUROLETTICI: soprattutto aloperidolo	Effetti extrapiramidali
NARCOTICI	

Il Delirium: quadri clinici

Disturbo del sonno: alterazione del ritmo sonno veglia, sonnolenza diurna, agitazione notturna (“sindrome del tramonto”).

Attività psicomotoria:

D. Iperattivo	25%
D. Ipoattivo*	25%
D. Misto	35%

*I pazienti con delirium ipoattivo hanno una prognosi peggiore rispetto a coloro che soffrono della forma iperattiva.

Alterazioni dell'umore: ansia, angoscia, depressione, irritabilità, instabilità affettiva

FATTORI PREDISPONENTI

Alta vulnerabilità

Demenza

Malattia grave

Deficit sensoriale

Anziano sano

Bassa vulnerabilità

FATTORI PRECIPITANTI

Presenza di fattori esterni

Intervento chirurgico

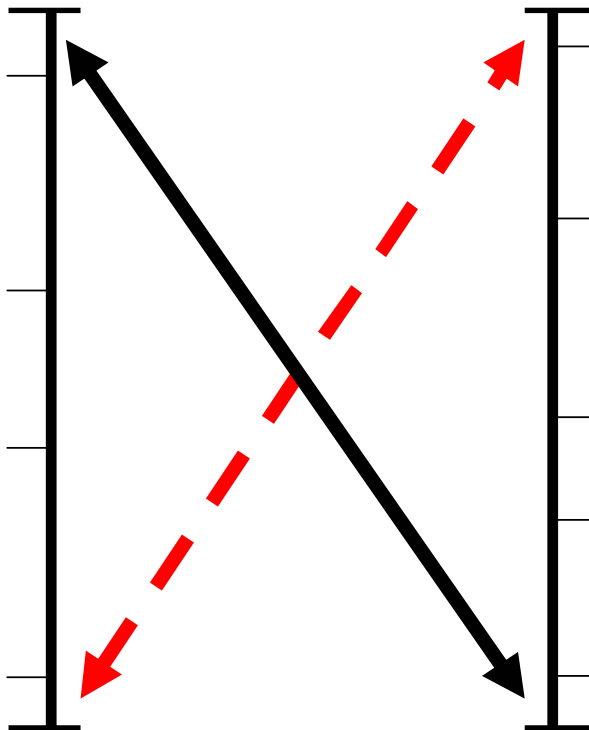
Catetere vescicale

Polifarmacoterapia

Privazione del sonno

Dose di benzodiazepina

Assenza di fattori esterni



Delirium: Scelta del farmaco

Prima scelta

Seconda scelta

- **Agitazione**

**Aloperidolo
Lorazepam**

Antipsicotici Atipici

- **Sedazione**

Lorazepam

Aloperidolo

- **Rapidità d'azione**

**Formulazioni
Endovenose**

**Diazepam e
Clorpromazina IM**

Somministrazione del farmaco

Lorazepam: efficace in 3' EV, 60-90' IM, < 60' in formulazione Expidet, 60-180' per os.

Aloperidolo: 0,25 - 0,5 - 1mg come dose iniziale in base all'età, peso, condizioni fisiche, rischio di EA gravità dell'agitazione (IM), monitoraggio continuo, se invariato e nessun EA, dopo 30' raddoppiare la dose, ripetere il ciclo fino al raggiungimento di una risposta accettabile (max. 5mg/die).

APA, 1999; Maegher DJ. *Br Med J* 2001;322:144-149.

Sindrome neurolettica maligna

E' una sindrome relativamente rara, ma potenzialmente letale (mortalità del 15-30%) a causa di complicazioni quali rabdomiolisi e insufficienza renale, aritmie con shock cardiogeno o arresto cardiaco, insufficienza respiratoria con o senza tromboembolia polmonare.

Piccinelli M. *Antipsicotici. Vademecum per il Neurogeriatra Italiano*. Springer-Verlag Italia, Milano, 2003, p. 162

Sindrome neurolettica maligna

Quadro clinico progredisce nel giro di 24-72 ore e regredisce di solito se trattato*, nel corso di 5-10 gio

*** bromocriptina (Parlodel 5-10 mg/die)
dantrolene (Dantrium 5 mg x 3/die
oppure 0,25-3 mg e.v.)**

La contenzione geriatrica si differenzia spesso in maniera sostanziale da quella in uso in ambiente psichiatrico

- ✓ Non viene applicata per tempi definiti
- ✓ Non si limita ai tempi necessari per l'efficacia di un sedativo o per rendere possibile la sua somministrazione
- ✓ Spesso il soggetto da contenere non si oppone all'atto (es.demente, afasico motorio)
- ✓ Talvolta la contenzione non è solo diurna ma anche notturna (letti bandinati ↔ tutela?)
- ✓ In alcuni casi si rende necessaria per assumere determinate posture che risulterebbero impossibili per ragioni patologiche senza un mezzo di contenimento (flebo, schermi neurol. patol., ecc.)
- ✓ Si può rendere necessaria:
 - per sogg. ipercinetici che tendono al vagabondaggio o per rischio di caduta (per sogg. aggressivi in presenza di sogg. inermi allettati, catatonici, ecc., in corsia)
- ✓ Esiste anche una patologia da contenzione (es. cadute che avvengono con/o grazie ai mezzi di cont., riduzione della meccanica respiratoria da mezzi inadeguati, ecc.)

Appurato ciò, come comportarsi?

Alberto Cester

Metodi alternativi alla contenzione fisica, (da Bryant H, Fernald L. Nursing knowledge and use of restraint alternative: acute and chronic care. Geriatr Nurs 1997;18:57-60, mod.).

Metodi alternativi	Case di riposo	Ospedale per acuti
Sollievo del dolore	34%	54%
Misure di comfort	69%	71%
R.O.T.	62%	86%
Pet Therapy	3%	0%
Musicoterapia	36%	14%
Therapeutic Touch	31%	11%
Attività distraenti	62%	46%
Reminiscenza	24%	3%
Modificazioni del comportamento	66%	29%
Fare compagnia	55%	60%
Ascolto attivo	34%	26%
Supervisione	69%	69%
Avvicinare il paziente alla stanza delle infermiere	86%	80%
Ambiente tranquillo	52%	31%

Vademecum all'uso della CONTENZIONE IN GERIATRIA 1

- L'indicazione al conten. deve essere precipuamente **un atto INFERMIERISTICO**, deve prevedere una attenta analisi del perché, come e quando. Si debbono considerare, alla stregua dell'uso di un farmaco, oltre alle indicazioni, gli effetti collaterali e le controindicazioni.
- La decisione all'uso va presa e gestita dall'U.O.G. dopo attenta analisi **MULTIDIMENSIONALE** ed **INTERDISCIPLINARE** del soggetto (concetto di équipe terapeutica).
- Non deve essere un atto alternativo ad altre emergenze (sovraffollamento delle corsie, carenza di personale, ecc.)
- Deve essere circostanziata nei tempi di applicazione, metodi d'uso e frequenza d'uso.
- Va valutata la "cascata" delle responsabilità in assenza di personale specializzato al momento dell'applicazione.

Alberto Cester

Vademecum all'uso della CONTENZIONE IN GERIATRIA 2

- **La decisione all'uso va spesso riesaminata dopo aver vagliato alternative al contenimento.**
- **Vanno informati del cont., qualora possibile, il soggetto (!!!), i familiari, gli amici, ecc..**
- **L'atto va documentato**
- **Il mezzo di cont. deve essere il più idoneo e va conosciuto ed applicato correttamente.**
- **Il soggetto contenuto va comunque assistito nei ragionevoli limiti del possibile; bisogna continuare ad interagire e socializzare con lui non emarginandolo o dimenticandolo.**
- **Il contenimento non deve essere l'alibi per l'abbandono assistenziale, quindi non abbassare il livello di sorveglianza.**
- **Porre molta attenzione all'abuso di cont. e partire dal presupposto assistenziale che è sempre meglio non**

Il team:

A 4x4 grid with alternating yellow and red cells, numbered 1 to 15. The bottom-left cell is blue. The grid is set against a blue background.

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
	13	14	15

Alberto Cester

Conclusioni

(futuro !)

**PERTANTO L'USO DELLA
CONTENZIONE FISICA, NON PUO' CHE
ESSERE
UN PERCORSO PRESCRITTIVO
INFERMIERISTICO
INDIVIDUALE !!!**

Alberto Cester

Conclusioni 2

**Solo in un lavoro d'équipe
l'approccio al contenimento
può risultare logico,
rispettando sempre l'uomo
ed il suo diritto oltre che alla
salute, alla libertà anche se
demente.**

Alberto Cester